

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURÍDICAS
PROCESO DE GRADUACIÓN 2007
ÁREA: DERECHOS HUMANOS**

ASESOR DE CONTENIDO: LIC. HUGO NOÉ GARCÍA GUEVARA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN CIENCIAS JURIDICAS**

**TEMA: ACCESO Y COBERTURA DEL DERECHO A LA SALUD
PUBLICA EN LA CIUDAD DE SAN MIGUEL PERIODO 2006- 2007.**

INTEGRANTES:

**PEREIRA CASTRO, JACKELINE
REYES ESPINOZA, JOHANA BASILIA
VILLATORO SORTO, MARIA ESTELA**

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE DE 2007

AUTORIDADES

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. RUFINO ANTONIO QUEZADA

RECTOR

ARQ. MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE-RECTOR ACADEMICO

LIC. OSCAR NOE NAVARRETE

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. DOUGLAS BLADIMIR ALFARO CHAVEZ

SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

ING. DAVID ARNOLDO CHAVEZ SARAVIA

DECANO

DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICE-DECANA

ING. JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMIREZ

SECRETARIO

AUTORIDADES

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURIDICAS

DR. OVIDIO BONILLA FLORES

JEFE DEL DEPARTAMENTO

LIC. JOSE FLORENCIO CASTELLON

COORDINADOR GENERAL DE SEMINARIO

LIC. HUGO NOE GARCIA GUEVARA

DIRECTOR DE CONTENIDO

LIC. CARLOS ARMANDO SARAVIA SEGOVIA

DIRECTOR DE METODOLOGIA

EVALUADOR DE LA INVESTIGACION

LIC. HUGO NOE GARCIA GUEVARA

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso y la Santísima Virgen María, por permitirme llegar a cumplir un sueño, por darme salud y bendecirme todos los días de mi vida.

A mis padres Luís Alonso Pereira y Marta del Rosario Castro, por brindarme su apoyo y comprensión.

A mis hermanas, Martita y Jennifer por ayudarme a seguir hacia delante cuando el camino se tornaba difícil y por ser las mejores hermanas. Las quiero mucho.

A mis tíos, primos y demás familia, por su afecto y apoyo.

A mis compañeras de tesis, Estela y Johana, por su apoyo y comprensión.

A mi asesor de tesis, Lic. Hugo Noe García Guevara, por haber dado su mayor esfuerzo, y transmitirnos todos sus conocimientos.

A mis demás amigos y compañeros de la Universidad, por haber compartido una de las etapas más importantes en nuestras vidas.

De Jackeline Pereira Castro.

DEDICATORIA

A Dios Padre y a la Virgen Maria, por que sin su gracia y sabiduría nada se puede lograr y ningún triunfo se alcanza sin la ayuda y bendición de ellos.

A mis hijas, que son una luz de esperanza y la fuerza que me impulso a seguir adelante, todo sacrificio vale la pena por ustedes que Dios me las bendiga siempre, te amo Danielita y a ti Bebé también.

A mis padres, quienes con mucho esfuerzo a lo largo de su vida trabajo y bendición han hecho posible que este sueño se haya hecho realidad, gracias por darme todo lo que he necesitado siempre

A mis hermanos, y en especial a Tito y Karla gracias por su apoyo y por que siempre hemos estados unidos que Dios también haga realidad sus sueños.

Al padre de mis hijas, por brindarme todo su apoyo a lo largo de mi carrera gracias por ser el amigo que necesite en momentos difíciles y por cuidar de nuestra Dani para que pudiera terminar mi carrera con mucho cariño y respeto para ti Javier.

A niña Elia y niña Enmita, por su apoyo, bendición y consejo y por orar por mí para que todo me saliera bien gracias por ser mis amigas.

A mis compañeras de tesis, por haberme permitido tener el honor de trabajar juntas y culminar de gran forma este proyecto.

A mis amigos, Carlota, Sonia, Juan Ramón, Luís, Ernesto, Milton, Nancy, Leo, Cristian, Blanca, Belinda, Daniel por su apoyo y colaboración. Y a David por su ejemplo de vida.

De Johana Reyes

DEDICATORIA

A DIOS todopoderoso por haberme dado la sabiduría, el entender y por permitirme subir un peldaño mas en mi vida.

A la Virgen de la Paz, a quien pedí de todo corazón que intercediera por mí para cosechar este logro.

A mis padres Maria de la Paz Sorto y José Matías Villatoro, por brindarme su apoyo y comprensión y por ser los mejores padres.

A mis hermanas Rosibel y Yanira Lisseth, por su cariño y apoyo incondicional en todo momento.

A mi hermano Deny Osmel, por enseñarme a ver la vida de otra forma con su dulzura e inocencia de niño.

A mi abuelo Félix que en paz descanse y a mis demás abuelos que los quiero mucho.

A Humberto, por su apoyo, amor y comprensión.

A mis amigas y compañeras de tesis Jackeline y Johana, por su paciencia, comprensión y compañerismo.

A mi asesor de tesis Lic. Hugo Noe García Guevara, por habernos guiado en la elaboración de este seminario, pues sin su ayuda, asesoría profesional y técnica no hubiese sido posible llegar a la culminación del mismo.

De: María Estela Villatoro Sorto.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Situación Problemática.....	5
1.1.1 Enunciado del Problema.....	10
1.2 Justificación de la Investigación.....	11
1.3 Objetivos.....	13
1.4 Alcances.....	14
1.5 Limitantes.....	16
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.	
2.1 MARCO HISTÓRICO.	
2.1.1 Evolución Histórica de los Derechos Humanos.....	18
2.1.2 Antecedentes Históricos Generales del Derecho a la Salud.....	20
2.1.3 El Utilitarismo de Bentham y la Protección de la Salud por parte del Estado.....	22
2.1.4 La Salud a Nivel Nacional.....	25
2.1.5 Evolución Histórica Constitucional del Derecho a la Salud.....	26
2.1.6 La noción de la Salud como un Derecho Humano.....	29
2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.	
2.2.1 El Significado de Salud.....	31
2.2.2 Concepto Tradicional de Salud.....	32
2.2.3 Concepción Moderna de Salud.....	33
2.2.4 Fundamentación Doctrinaria del Derecho a la Salud.....	35
2.2.5 El Derecho a la salud en el proceso de Globalización.....	38
2.2.6 Cobertura del Derecho a la Salud.....	42
2.2.7 Presupuesto Asignado a Salud.....	46
2.2.8 Acceso al Derecho a la Salud.....	48

2.2.9	Justiciabilidad del Derecho a la Salud.....	51
2.2.10	Opiniones de las Instituciones con Respecto al Derecho a la Salud..	55
2.2.11	Propuesta de Reforma Integral de Salud.....	63

2.3 MARCO NORMATIVO LEGAL.

2.3.1	Legislación Internacional y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.....	68
2.3.2	Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos.....	78
2.3.3	La salud en el Orden Jurídico de algunos Países Latinoamericanos....	84
2.3.4	El Derecho a la Salud en la Constitución de El Salvador.....	91
2.3.5	Legislación Secundaria que protegen el Derecho a la Salud.....	92
2.3.6	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	104
2.3.7	Organizaciones No Gubernamentales.....	109
2.3.8	Obligaciones del Estado en relación al Cumplimiento del Derecho a la Salud.....	111

CAPITULO III. METODOLOGÍA.

3.1	Sistema de Hipótesis.....	117
3.1.1	Hipótesis Generales.....	117
3.1.2	Hipótesis Específicas.....	118
3.2	Método.....	120
3.3	Naturaleza de la Investigación.....	121
3.4	universo Muestra.....	122
3.5	Técnicas de Investigación.....	126
3.5.1	Técnicas de Investigación Documental.....	126
3.5.2	Técnicas de Investigación de Campo.....	126

CAPITULO IV

INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1.1	Entrevista No Estructurada.....	131
-------	---------------------------------	-----

4.1.2 Encuestas.....	151
4.2.1 Demostración y Verificación de Hipótesis.....	169
4.2.2 Solución al Problema de Investigación.....	174
4.2.3 Logros de Objetivos.....	177
4.2.4 Análisis de Casos.....	181

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	192
5.1.1 Conclusiones Doctrinales.....	192
5.1.2 Conclusiones Jurídicas Políticas.....	193
5.1.3 Conclusiones Sociales.....	195
5.1.4 Conclusiones Económicas.....	196
5.2 Recomendaciones.....	197
BIBLIOGRAFIA.....	200
ANEXOS.....	205

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación en el cual se estudia ***“El acceso y cobertura del derecho a la salud pública en la Ciudad de San Miguel en el periodo 2006-2007”*** , se ha dividido en dos partes: la primera que es el Diseño de la Investigación y consta de tres capítulos, iniciando con el Planteamiento del Problema, el que comprende la Situación Problemática, en la cual se hace referencia a todos los aspectos que envuelven el problema objeto de estudio, es decir, la forma en que este se ha venido desarrollando dentro y fuera de nuestra sociedad, llegándose a establecer el enunciado del problema o las interrogantes principales de la investigación. Se establece la Justificación de la Investigación, así como también los Objetivos que son los puntos de referencia que guían el desarrollo de la investigación y los Alcances y Limitaciones que se tienen en el tema objeto de estudio.

En el segundo capítulo se desarrolla el Marco Teórico, dentro del cual se constituyen los Antecedentes, siendo el principal del tema objeto de estudio La Evolución Histórica Constitucional del Derecho a la Salud. En la Base Teórica se establecen diversos aspectos como las generalidades acerca de la salud, definiendo las diversas Teorías que fundamentan el derecho a la salud, se establece también el Concepto Tradicional y Moderno de salud y la base legal en la cual se hace referencia de los diferentes cuerpos legales de protección a este derecho. El tercer capítulo comprende el Sistema de Hipótesis en el que se establecen dos hipótesis generales y cuatro específicas, elaborándose cada una con sus respectivas variables, indicadores y definición conceptual.

La segunda parte de este trabajo el cual es el Informe de la Investigación se conforma de dos capítulos: el primero de ellos que es el Capítulo cuatro, el cual contiene aspectos principales que estuvieron sujetos a comprobación sobre el tema objeto de estudio; se analiza la investigación de campo llevada a cabo por el grupo investigador obteniéndose así la

comprobación de los objetivos, hipótesis y el enunciado del problema planteados previamente en el proyecto de investigación; en el quinto capítulo se presentan las conclusiones, entre las cuales se hicieron las conclusiones doctrinales, políticas-jurídicas, sociales y económicas; y las recomendaciones a las instituciones relacionadas con la protección del derecho a la salud, las que se obtuvieron del análisis doctrinario y de campo. Y finalmente los anexos que reflejan la realidad de esta problemática.

PARTE I
DISEÑO DE INVESTIGACION

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Carta Constitutiva de la OMS, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.

Partiendo de esta definición se puede decir que la salud es una de las condiciones fundamentales para que las personas puedan tener un desarrollo adecuado y una vida digna. Tomando en cuenta que el principal objetivo del Derecho a la Salud es el generalizar un mayor grado de equidad en las condiciones de vida y de salud de los habitantes de la región y en el acceso de los servicios básicos de salud, se observa que éste se encuentra condicionado por factores económicos, políticos y sociales y no solamente por el resultado de procesos puramente biológicos.

En el país este Derecho esta reconocido en la Constitución de la República en los Artículos 1, 3 y 65; así mismo existe un Código de Salud que desarrolla las funciones y atribuciones legales orientadas a proteger y fomentar la salud de la población; también esta reconocido en instrumentos del Derecho Internacional.

Dentro del sistema de salud pueden distinguirse los siguientes Subsectores: PUBLICO, SEGURIDAD SOCIAL Y PRIVADO; el sector publico esta representado principalmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social¹, quien es el encargado de velar porque las necesidades de salud de la población sean atendidas por medio de las redes hospitalarias. Estas redes están integradas de las siguiente forma: Primer Nivel, en ella se encuentran las Unidades de Salud y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Segundo Nivel, que abarca los Hospitales Nacionales públicos,

¹ MSPAS

en nuestro caso el Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel quien también ejerce funciones de Tercer Nivel que atiende necesidades no solo de la Ciudad de San Miguel sino también a nivel de Zona Oriental, al igual que existen otros Hospitales de este mismo nivel como: el Hospital Rosales, Hospital de Niños Benjamín Bloom, Hospital de Maternidad. En cuanto al sector de seguridad social, éste se encuentra integrado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial y el Sector Privado que se distingue básicamente por que el usuario es quien paga directamente por el servicio recibido. Así también existen Organizaciones no Gubernamentales y grupos religiosos que se preocupan por brindar atención médica y quienes funcionan por medio de donaciones.²

Si bien es cierto tenemos una normativa de protección a este Derecho, podemos observar que en relación a la cobertura y acceso a este rubro, este Derecho esta siendo vulnerado; el Acceso es un Derecho de las personas y la Cobertura una obligación del Estado a través del MSPAS; esto implica que el Estado es responsable de brindar un buen servicio a sus habitantes, sin olvidar que también son ellos los que tienen que tratar de conservar un adecuado Bienestar Individual.

Hay muchos factores que inciden en la falta de Acceso y entre ellos están: los Culturales, Geográficos y Económicos, los cuales dificultan a las personas el tener una atención adecuada; todo lo cual depende de la cobertura que el sistema público proporciona y que incide en la falta de medicamentos, falta de atención especializada tanto en la ciudad como en áreas rurales donde funcionan las Unidades de Salud, equipo técnico, infraestructura y transporte entre otros.

² Licda. Reyna América Rodríguez, Educadora en Salud, Entrevista Personal sobre el Acceso y Cobertura de la Salud Pública, Abril 2007, Universidad de El Salvador Departamento de Medicina (FMO).

El problema de salud pública estriba en no tener bien definida una Política Preventiva para atender los principales padecimientos que afectan a la sociedad Salvadoreña, es decir que el Estado no actúa para atacar aquellas posibles enfermedades o epidemias que pudieran presentarse, puede verse que solo se implementan estados de emergencia (alerta roja, verde o amarilla) cuando estas ya han afectado a un buen porcentaje de la población.

En cuanto a los Recursos Económicos que se destinan al Sistema Público de Salud se ha visto que este no es proporcional a las necesidades que deberían cubrirse, debido a que no se puede satisfacer la demanda de medicamentos para el tratamiento adecuado puesto que solo se cuenta con un cuadro básico de medicamentos (acetaminofen, amoxicilina, ambroxol), igualmente no se cuenta con el personal médico adecuado.

Otro de los problemas es la infraestructura con que cuentan los Hospitales y en especial el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, el que a raíz de los pasados terremotos (2001) sufrió grandes daños, por lo que se vio imposibilitado de atender en un cien por ciento a los usuarios, ya que a pesar de habersele otorgado financiamiento para su reconstrucción, todavía no da señales de mejora.

Además las enfermedades crónicas siguen careciendo de tratamientos apropiados; por ejemplo, la falta de más médicos nefrólogos dedicado al servicio de insuficiencia renal a nivel nacional. La única opción para un/a salvadoreño/a que acude a la red de salud pública en busca de una cita para pasar consulta con un especialista es esperar, solo para obtener una cita; en el Hospital Rosales, un paciente puede tardar más de cuatro horas. La burocracia de los trámites y largas filas pueden implicar invertir una mañana entera en obtener una cita.

Como por ejemplo, se cita el caso en que la falta de coordinación entre los Departamentos de Consulta Externa, Cirugía, Archivo, Laboratorio y Rayos X repercuten en desorden y caos a la hora de dar una cita en cualquiera de los hospitales nacionales. Algunos pacientes han tardado años para lograr pasar una consulta en la que les autoricen la fecha de una operación quirúrgica.

De lo anterior puede derivarse que el acceso y la cobertura de la salud se vea limitado, al menos por dos razones. La primera por la insuficiente capacidad de los hospitales nacionales para dar respuesta a la demanda generada por la poca asignación presupuestaria al rubro de salud y, la segunda, por el tiempo excesivamente largo que generan los procesos burocráticos. Ambas situaciones obstaculizan el acceso, por lo que los ciudadanos no encuentran soluciones a sus problemas de salud y buscan aquellas que se encuentran a su limitado alcance. Esta es la razón por la que cerca de la mitad de la población se automedica. Es así como los más pobres, que son los que más se enferman, son los que menos atención institucional reciben y los que más se automedican o recurren a curanderos.³

El nivel de acceso y cobertura que la población de escasos recursos tiene a la salud es muy bajo, a pesar de la supuesta “gratuidad” del Sistema Nacional de Salud. En todos los hospitales y unidades de salud que conforman el sistema, se cobra a cada paciente una “cuota social” que nominalmente “tiene carácter voluntario”, pero que en verdad es una cuota obligatoria, llegando al extremo de negar un servicio médico a aquellos pacientes que no hayan cancelado la llamada: “cuota voluntaria”.

³ Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en El Salvador, enero/diciembre 2001, FESPAD ediciones.

La salud en el país, ha pasado en los últimos años por diferentes problemas a los que los gobernantes en sus programas de gobierno han querido darle la importancia requerida plasmando o elaborando políticas de salud que tiendan a resolver este problema; pero que en la mayoría de los casos queda solo como palabra escrita en los programas de gobierno de uso propagandístico.

Es necesaria que la política de salud sea encaminada sobre todo a la prevención primaria con énfasis en educación en salud y protección específica de la salud, y así lograr la participación de la comunidad y poder en alguna medida modificar el medio ambiente hostil de la población salvadoreña. Tomando en cuenta los indicadores antes mencionados, se estaría logrando que el Derecho a la salud contemplado en nuestra Constitución tenga validez.

1.1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Qué factores inciden para que no haya un acceso a la salud y que ésta no sea de calidad?

¿En que grado el Estado Salvadoreño esta haciendo un adecuado uso de los recursos económicos con los que cuenta para la satisfacción del Derecho a la salud de la población?

¿Inciden las Políticas del Gobierno en el mejoramiento de la Atención Médico Hospitalaria?

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Derecho a la Salud se ha positivado constitucionalmente en virtud de proteger al hombre como miembro de una colectividad, puesto que éste es considerado como un derecho fundamental que implica el goce de todas las personas en igualdad de condiciones para planificar su vida de la mejor manera y que se garantice un nivel mínimo de salud individual y protección de la salud pública. De ahí la importancia que tiene la presente investigación en relación al Derecho a la Salud en cuanto a su “acceso y cobertura” especialmente en la Ciudad de San Miguel, donde se puede observar la violación inminente a éste derecho que conlleva a negarle a la persona humana el goce de éste derecho, trayendo como consecuencia la obstaculización de uno de los más importantes derechos sociales reconocidos en nuestra Constitución, Tratados Internacionales y Leyes Secundarias.

Es de vital interés hacer un estudio sobre la falta de cobertura y el problema de acceder a la red pública hospitalaria, debido a que si se niega el goce del derecho a la salud se le estaría también negando el derecho a la vida de la persona como tal, entre las características de los Derechos Humanos esta el que éstos son integrales, complementarios e interdependientes, es decir que están ligados unos a otros y por ende del cumplimiento de unos depende que se cumplan los otros y esto siempre en la búsqueda de la dignidad humana.

Pretendiendo con la presente investigación, obtener un documento que demuestre la importancia acerca de éste Derecho, ya que hasta ahora la políticas implementadas por el gobierno no han dado los resultados esperados, pues se observa que la falta de un presupuesto adecuado incide en aspectos tales como: infraestructura inadecuada, falta de medicamentos,

equipo técnico e insuficiente personal especializado, programación de cirugías tardías entre otros.

La figura en estudio no sólo posee las fuentes necesarias para su investigación (bibliografía, unidades de análisis: Unidades de Salud y Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel), sino también un gran interés en cuanto a su contenido actual en El Salvador debido a las polémicas que se han generado en relación a este rubro.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES

- Analizar cuales son los factores que inciden para que no haya un eficiente acceso y cobertura a los servicios de salud.

- Determinar si las políticas que implementa el Estado son las adecuadas para el desarrollo del Derecho a la salud.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si el presupuesto asignado al Sistema de Salud Pública es suficiente para dar cobertura a las necesidades de la población.

- Establecer cuales son los obstáculos que impiden al Estado garantizar el Derecho al acceso a la Salud.

- Evaluar si el Estado en materia del Derecho a la Salud cumple con el Principio de Logro Progresivo.

- Determinar en que medida el Estado cumple con las recomendaciones dadas por los Organismos Nacionales e Internacionales encargados de velar por el goce del Derecho a la Salud.

1.4 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Con la presente investigación, el grupo investigador manifiesta el interés por desarrollar un análisis teórico-práctico en torno al problema objeto de estudio, para lo cual se ha elaborado una lista de alcances de los que se espera tener los mejores resultados al final de la investigación, los cuales se detallan a continuación:

1.4.1 ALCANCE DOCTRINARIO

En este apartado expondremos las diferentes doctrinas que existen referentes al Derecho a la Salud y que establecen los diversos criterios y enfoques, como el que utiliza la Organización Mundial de la Salud para dar el concepto de salud; así como también recogeremos las distintas ideas de autores, y puntos de vistas de las instituciones públicas o privadas como la Procuraduría para Defensa de los Derechos Humanos (PDDH), Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho (FESPAD); visualizando el cumplimiento del Derecho a la Salud en el país en cuanto al Acceso y Cobertura de éste.

Además, de hacer una comparación de la concepción que se tiene del Derecho a la Salud en países de América Latina, con la finalidad de apreciar las distintas etapas por las cuales ha evolucionado éste Derecho como uno de los derechos sociales de singular importancia.

1.4.2 ALCANCE NORMATIVO

Para desempeñar y hacer un estudio profundo sobre la materia será necesaria la utilización de las siguientes normas jurídicas: en primer lugar, la Constitución de la República en sus Artículos 1 y 3 relacionados con los Artículos del Capítulo II de la Sección cuarta de la misma, en los cuales se establece todo lo referente al rubro de la salud como Derecho Fundamental de toda persona humana.

Así mismo, se hará uso de diferentes Declaraciones y Tratados Internacionales reconocidos por el país, entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 25 párrafo 1, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y demás leyes y reglamentos legales, relacionados con la salud y el quehacer jurídico salvadoreño.

1.4.3 ALCANCE TEMPORAL

La investigación abarca un periodo comprendido entre los años 2006 y 2007, debido a que en éste período de tiempo se ha presentado una problemática en cuanto al Acceso y Cobertura de los Servicios Básicos de Salud y que hasta la fecha se sigue presentando, así como también es en éste espacio de tiempo que se ha observado que los programas y políticas de salud implementadas por el Gobierno sobre el Derecho a la Salud.

1.4.4 ALCANCE ESPACIAL

En la presente investigación se analizará como esta distribuido el Sistema de Salud Pública a nivel nacional y local, se estudiará si se dan las condiciones necesarias para garantizar el Acceso y Cobertura de los servicios de salud, tanto en las Unidades de Salud como en el Hospital Nacional San Juan de Dios en la Ciudad de San Miguel.

1.5 LIMITANTES

1.5.1 Documental

- Secretidad en la información estadística en relación a los Servicios de Salud
- El difícil acceso a Jurisprudencia relativa a demandas de amparo por motivo de violación al Derecho de Salud.

1.5.3 De campo

- El poco acceso a entrevistas con especialistas en el ramo de Salud.
- La dificultad de acceder al Hospital Nacional San Juan de Dios.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1 MARCO HISTÓRICO

2.1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS HUMANOS

El desarrollo histórico de los derechos humanos, desde su surgimiento a finales del siglo XVIII, se refleja en la incorporación progresiva de nuevos derechos, que con anterioridad no eran considerados como tales, surgiendo doctrinalmente las “generaciones” de derechos humanos, cada una de ellas con diferentes contenidos.

Se ha considerado entonces como primera generación de derechos humanos, los denominados “Derechos de la Libertad”, llamados en la actualidad Derechos Civiles y Políticos: derecho a la vida, a la integridad y a la seguridad de las personas, al ejercicio de las libertades públicas, a la igualdad ante la ley y la justicia y a la participación política. Una segunda generación se denominó “Derechos de la Igualdad”, hoy conocidos como Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), entre los que se encuentran: el derecho a vivienda digna, a la educación y a la cultura, al trabajo, a una remuneración justa, a la sindicalización, negociación colectiva y huelga, a la seguridad social, **a la salud**, y a la alimentación suficiente.

Estos derechos surgen a fines del siglo XIX y comienzos de siglo XX, en contraposición al sistema económico liberal, inspirados en las ideas de justicia social desarrolladas en el pensamiento socialista y más tarde por la denominada Doctrina Social de la Iglesia.

Su reconocimiento jurídico se plasma en su incorporación en las primeras leyes sociales de fines del siglo XIX. Se ha estimado también la existencia de una tercera generación de derechos humanos, denominados Derechos de la Solidaridad, entre los cuales se incluyen el derecho al desarrollo, a la paz y a un medio ambiente libre de contaminación. Con ello se encuentra el desarrollo de la cuarta generación de los derechos humanos,

denominados Derechos de la Humanidad, que tienen por objeto el género humano, sumado a las recientes investigaciones sobre la quinta generación de derechos, que son aquellos referidos al mundo denominado “cyber” o los derechos humanos de la era de la sociedad de la información.⁴

A pesar de estas diferentes categorías de derechos, la doctrina internacional en las últimas décadas ha sostenido la necesidad de aplicar los principios de indivisibilidad, complementariedad y exigibilidad a los derechos humanos, por lo que la violación por acto u omisión, de uno de estos derechos cualquiera sea su naturaleza, atenta contra la dignidad del ser humano en su totalidad e impide su pleno desarrollo como persona y sujeto de derecho. La historia de los estados modernos demuestra que cuando los derechos humanos no son concebidos como un todo indivisible y se privilegia a algunos de ellos en desmedro de otros, tarde o temprano se afecta el pleno ejercicio de todos ellos.

En América Latina la falta de cumplimiento de los DESC, se traduce en situaciones generalizadas de pobreza discriminación por diversos factores y una precaria participación política, con regímenes formalmente democráticos, pero que en los hechos reprimen las libertades públicas y no contribuyen a la disminución de las condiciones de pobreza e inequidad.

Durante los últimos años, El Salvador, como país latinoamericano, ha experimentado el desarrollo de un modelo económico de libre mercado que ha permitido aparentes logros globales y de crecimiento macroeconómicos; no obstante, a la hora de desagregar los índices de crecimiento promedio, este desarrollo a estado caracterizado más bien por crecientes grados de inequidad y ha sido negativamente discriminatorio para el sector mayoritario de la población.

⁴ La situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en El Salvador, FESPAD, enero/diciembre 2004. Pág. 13, 14.

El signo distintivo del proceso económico presentado como de crecimiento con equidad, sigue siendo la injusta distribución de los beneficios del aparente crecimiento y la ausencia de condiciones de vida digna para gran parte de la población.⁵

2.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS GENERALES DEL DERECHO A LA SALUD.

El derecho a la salud se manifestó inicialmente por medio de la prestación de servicios de atención a los pobres, a cargo de ciertos órganos de gobiernos e instituciones religiosas. En el siglo IV a. de J.C., Aristóteles señaló la importancia del derecho a la salud implementando la fórmula siguiente:

“Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que les son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y solo ella, sea capaz de proporcionársela”.

Esta fórmula aristotélica da la idea de que la salud es un derecho natural de todos los seres humanos; incluye también la idea de que el derecho a la salud es un derecho tanto individual como social. La salud como derecho individual debe incluir la protección de la integridad física del individuo y de su dignidad.⁶ La salud como derecho social implica que la sociedad es responsable de la protección de la salud de sus ciudadanos y del suministro de servicios en caso de enfermedad.

⁵ *Ibíd.* Pág. 24

⁶ **Ruth Roemer**, Derecho a la Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado, Organización Panamericana de la Salud, Editores Hernán L. Fuenzalida-Puelman/Susan Scholle Connor y otros, Publicación Científica N° 509 Pág. 16.

En los comienzos de la era cristiana la Iglesia fundo, aproximadamente en el año 325, hospitales para los pobres. Más tarde, las autoridades municipales se hicieron cargo de esos servicios. En la edad media era obligatorio colocar carteles en las casas para alertar a la comunidad sobre casos de peste. Lo que demuestra un reconocimiento embrionario del derecho a la protección de la salud. Las leyes Isabelinas de Socorro que eran aquellas dirigidas a los pobres y promulgadas en Inglaterra a principios del siglo XVII, reconocían la responsabilidad pública a los pobres e indigentes, y contenían disposiciones relativas a la atención de la salud.

La Salud y la Revolución Industrial.

Se considera que las leyes que garantizan el derecho a la salud se originan con la Revolución Industrial. A consecuencia de la mecanización y el aumento de la productividad, fue posible en esa época proporcionar cierto grado de protección a la salud de los trabajadores, quienes durante siglos habían sido considerados como elementos de trabajo fácilmente reemplazables, del mismo proceso del que surgieron las fabricas, la economía de mercado y las grandes ciudades, surgieron también problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar las enfermedades y proteger la salud.

Con el advenimiento de la industrialización se establecieron diversos mecanismos para solventar la atención médica, algunos de los cuales fueron establecidos por medio de legislación. Sin embargo, los movimientos que preconizaban la importancia de proteger la salud pública y el bienestar social surgieron también como consecuencia de la Revolución Industrial, y contribuyeron a permitir el reconocimiento del derecho a la salud tanto para la sociedad en su conjunto como para determinados grupos en particular.

2.1.3 EL UTILITARISMO DE BENTHAM Y LA PROTECCION DE LA SALUD POR PARTE DEL ESTADO.⁷

Los filósofos y juristas reconocen desde hace mucho tiempo el derecho a la salud, este comenzó a ser contemplado en las constituciones y en las leyes cuando se considero factible proporcionar un cierto nivel de atención a la salud, es así que estos formulaban sus bases teóricas, como el Código de Jeremy Bentham el cual establecía tres principios fundamentales de gobierno: 1) el objetivo del legislador es *“garantizar el mayor bienestar para el mayor número de personas; 2) la dignidad es un atributo individual, y 3) las leyes y las autoridades de la comunidad deben cuidar que el individuo al satisfacer sus intereses, promueva el bienestar de sus semejantes.*⁸

El utilitarismo es un marco teórico para la moralidad, basado en una maximización cuantitativa de consecuencias buenas para una población. La moralidad de cualquier acción o ley viene definida por su utilidad para la humanidad. *Utilidad* es una palabra que significa las consecuencias positivas que deben estar maximizadas. Estas consecuencias usualmente incluyen felicidad o satisfacción de las preferencias. El utilitarismo es a veces resumido como "el máximo bienestar para el máximo número de personas".

Si vemos el utilitarismo en relación con el derecho humano a la salud este tiene aspectos en pro y en contra para con este derecho, por ejemplo la distribución de los bienes y oportunidades de salud y la utilización de los servicios de salud se manifiesta la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidas del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. La exclusión en salud representa la negación del

⁷ El Utilitarismo es un marco teórico para la moralidad, basado en una maximización cuantitativa de consecuencias buenas para una población.

⁸ Ruth Roemer, Op. Cit. Pág. 17

derecho a la salud para las personas, a su vez la segmentación del derecho a la salud el cual, a pesar de aparecer en los cuerpos legales como universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la capacidad de pago.

Esta refleja los patrones de segmentación social de las sociedades donde se insertan y constituyen un potente freno al ejercicio del derecho a la salud y al logro de mejores resultados de salud; en la realidad el acceso a la salud se basa en mecanismos de discriminación y las restricciones al acceso a la salud afectan a algunos grupos sociales más que a otros. Como consecuencia de ello, los excluidos en salud son mayoritariamente los pobres, que viven en el medio rural y que están insertos en la economía informal.

Por otra parte como aspectos positivos del Utilitarismo se pueden mencionar: el fortalecimiento de los sistemas de salud, la extensión de cobertura, reducción de enfermedades infectocontagiosas, entre otros.⁹

El principio utilitarista es muy atractivo porque se refiere a la máxima felicidad de todo el mundo; parece razonable pero no lo es, ya que exige cálculos imposibles para personas reales. No es posible prever todas las consecuencias de todos los posibles actos individuales, sus efectos sobre todas las personas y la valoración de estas. La felicidad no puede medirse, ni cuantificarse, ni objetivarse, ni compararse entre diversas personas, se trata de algo subjetivo y relativo. Los seres humanos actúan teniendo en cuenta su propia felicidad y la de los más próximos, pero no teniendo en cuenta la felicidad de todo el mundo.

⁹ Álvaro Franco Giraldo, Globalización, Gobernabilidad y Salud, Presentación realizada en el IV Congreso Internacional de Salud Pública: Globalización, Estado y Salud, organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia. Noviembre de 2005.

El utilitarismo es a menudo utilizado como excusa para violar derechos individuales privilegiando los intereses particulares de grupos de presión políticamente organizados que aspiran a obtener algo a costa de los demás pero no pueden plantear abiertamente lo que pretenden y se escudan detrás de la propaganda del interés general o la ayuda a los más necesitados.

La Salud en el Siglo XVIII-XX.

Los factores que impulsan a toda la sociedad a ampliar el alcance de la atención de la salud para los ciudadanos son dos: *el desarrollo económico*, que trae aparejado el concepto de comunidad o responsabilidad social, y *el progreso de la ciencia* y la disponibilidad de los medios suficientes para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades.¹⁰

En los siglos XVIII y XIX el individuo debía ocuparse, entre otras necesidades básicas, de su propia salud. Con la industrialización y la concentración de la población en las ciudades, los gobiernos incrementaron sus funciones en el campo del saneamiento, distribución de alimentos, condiciones de trabajo y atención de salud para los grupos mas vulnerados como las madres, los niños y los trabajadores industriales.¹¹

Al aumentar la dependencia entre los distintos sectores de la sociedad, el concepto de comunidad fue reconocido y gano aceptación; fue hasta fines del siglo XIX y principios del siglo XX que los gobiernos adoptaron importantes leyes para proteger la salud de los ciudadanos. Aun en los países de idiosincrasia individualista y orientación empresarial, la sociedad en su conjunto es responsable de la aplicación de ciertos controles ambientales, medidas preventivas y niveles mínimos de servicios de salud.

¹⁰ Ruth Roemer, Op. Cit. Pág. 20, 21.

¹¹ *Ibíd.* Pág. 20

Esos dos factores - *el desarrollo económico y el progreso de la ciencia*- posibilitaron la consecución de la meta formulada en el Artículo 1 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): **“alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”**. Conforme a la orientación de la OMS, la salud se define en su sentido más amplio y se tienen en cuenta todos los factores, así como el medio físico y social, que influyen en la salud y el bienestar.¹²

2.1.4 LA SALUD A NIVEL NACIONAL.

Durante el siglo XX en América Latina la regla, más que la excepción, ha sido el impulso de reformas de la atención de salud, lo cual no ha pasado a más en la mayoría de casos; en particular, cuando han mostrado clara intención de favorecer los intereses de los grupos mas pobres.

Es conocido que al final de la década de los 70 y, en gran medida como consecuencia de las crisis de 1973, la mayor parte de países de América Latina sufrieron una recesión económica de mayor o menor grado y que, a raíz de ello, tuvieron dificultades serias para pagar sus prestamos así como que el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) conminaron a los gobiernos de los países a implementar los denominados Programas de Ajuste Estructural (PAE) y Programas de Estabilización Económica (PEE), como condición para facilitarles recursos necesarios para su recuperación económica y desarrollar capacidad de pago de la deuda externa.

Estas instituciones promovieron una reducción en el tamaño del aparato estatal y en el nivel de sus gastos estatales, lo que ha conducido a un replanteamiento de sus funciones, así como a favorecer la estrategia de

¹² *Ibíd.* Pág. 21

trasladar la provisión de servicios por parte del Estado al sector privado - preferentemente a aquel subsector que mas actúa en el ámbito de los criterios de rentabilidad-, limitándose la responsabilidad estatal a regular dicha producción.

En ultima instancia, el diseño de los PAE y los PEE busca encarrilar las economías de países pobres a liberar dinero para el servicio de la deuda externa, sobretodo reduciendo los presupuestos destinados a sectores considerados “improductivos”, tales como salud, educación, subsidios alimentarios y otros.¹³

2.1.5 EVOLUCIÓN HISTÓRICA CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.

Es así como en El Salvador han existido tanto Constituciones Federales como Unitarias, las Federales fueron la del 22 de noviembre de 1824, la del 13 de febrero de 1835, la del 29 de septiembre de 1921 por la cual Guatemala, El Salvador y Honduras constituyeron la República de Centroamérica.

En las tres primeras Constituciones no se encuentra ninguna disposición que directamente se refiera a la salud. En la de 1921 en cambio, el Art. 86 al señalar las atribuciones del Poder Legislativo incluye en la “32ª. Crear un Departamento de Sanidad, cuyas órdenes serán directamente transmitidas a todas las autoridades federales y de los estados.

Lamentablemente, el año siguiente la Asamblea de El Salvador alegó que los poderes federales no se habían organizado en el tiempo establecido

¹³ Fundamentos del Proceso de Reforma del Sector Salud en El Salvador, (PDDH), noviembre 2004.

por la Constitución, y ante la manifiesta imposibilidad de lo que hicieran, decretó que la República de El Salvador reasumía la plenitud de la soberanía que le correspondía conforme a su Constitución Política del 13 de agosto de 1886, en todo en cuanto aquello hubiere sido afectada por la Constitución Federal. De esta manera se le puso fin a la república de Centroamérica y por ende al intento de reconstrucción de la patria grande y al departamento de sanidad proyectada para ello.

En cuanto a las constituciones unitarias estas fueron:

Constituciones de 1824, 1841, 1864, 1871, 1880, 1883, 1885 (que no entró en vigencia) y 1886 que estuvo vigente hasta enero de 1939, y sus reformas del 29 de febrero de 1944, del 29 de noviembre de 1945, que fue la misma de 1885 pero con modificaciones, del 7 de septiembre de 1950, del 8 de enero de 1962, y la actual del 15 de diciembre de 1983.

En las constituciones del primer grupo, en lo que a salud se refiere no hay ninguna disposición excepto en la constitución de 1841, en la cual el artículo 62 establece como objetivo del poder municipal *“la conservación, progreso, salubridad, comodidad y ornato de su vecindario”*. Las constituciones comprendidas en el segundo grupo, se caracterizan por el intervencionismo del Estado.

La Constitución de 1939, perteneciente al segundo grupo con sus reformas de 1944, dispone en el apartado 21 del artículo 67, que al decretar anualmente el presupuesto de entrada y gasto de la administración pública la Asamblea Nacional debe arreglar la inversión de las rentas de modo que sean atendidas la salubridad, la educación, la administración de justicia y la policía; en el artículo 105, entre los deberes del Poder Ejecutivo se establece “mantener la salubridad pública en el país y mejorar las condiciones

higiénicas de los habitantes” (numeral 8), y el “proteger la maternidad y la infancia, organizando al efecto la institución respectiva”. En el título 10 que trata del régimen departamental y local se encuentra el artículo 140 que permite que las municipalidades para llenar su función emitan acuerdos sobre policía, higiene y educación popular”.

En las Constituciones de 1950 y 1962 se incrementó notablemente el papel del Estado en la vida económica y social debido a que sus disposiciones son, salvo algunas variantes, iguales a la de 1983 (Constitución vigente).

Con respecto a la salud pública y asistencia social, la Exposición de Motivos de la Constitución de 1950 manifiesta que: “Se establece como una de las obligaciones primordiales del Estado, la protección y restablecimiento de la salud porque se estima como el don más preciado del hombre; la salud de un pueblo constituye la condición indispensable para su progreso que pretenda tal fin, tiene que procurar mantenerse a la altura de los progresos de la ciencia a sus gobernados el pleno goce público de su salud.

Fue a partir de la Constitución de 1950 que se consideró a la salud como un bien público. La expresión “bien público” inserta en el concepto del bien común como objetivo y finalidad del Estado.

En la actual Constitución de 1983 se contempla el rubro de la salud pública y asistencia social salud en la sección cuarta del capítulo segundo, que trata de los derechos sociales (artículos del 65 al 70).¹⁴

¹⁴ **Francisco Bertrand Galindo**, Derecho a la Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 509. Págs. 220, 221, 222 y 223.

2.1.6 LA NOCIÓN DE LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO.

La salud es uno de los derechos humanos fundamentales incluidos dentro del conjunto Derechos Económicos, Sociales y Culturales; los que, a su vez, se entienden como aquellos requerimientos de indispensable satisfacción para el respeto de la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad de los seres humanos, los cuales les han sido reconocidos al más alto nivel internacional.¹⁵

Al referirse los Derechos Económicos, Sociales y Culturales a necesidades básicas se entienden que estas requieren ser atendidas privilegiadamente por los Estados, encontrándose sujetas sus obligaciones, en este sentido al Principio de Progresividad, es decir, al compromiso de adoptar medidas de orden interno así como relativas a la cooperación internacional para la plena efectividad de estos derechos, sin que medie condición o limitación alguna en el mismo. Estas medidas deben ser especialmente de naturaleza económica y técnica y de tipo legislativo que posibiliten utilizar el máximo de los recursos disponibles para ese fin.

En este sentido, la titularidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, lo mismo que del resto de los derechos Humanos comporta dos aspectos de especial trascendencia: por una parte, se fundamenta en el reconocimiento expreso de tal titularidad en razón de la dignidad que le confiere a cada individuo su calidad de ser humano; pero por otra, se refiere a la posibilidad que tienen hombres y mujeres de exigir el cumplimiento y respeto de sus derechos así como de otros conexos con su satisfacción a las autoridades respectivas.¹⁶

¹⁵ Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 22.

¹⁶ Ruth Roemer, Op. Cit. Pág. 632.

Un elemento de especial consideración a este respecto es la indivisibilidad e interdependencia que caracteriza a todos los Derechos Humanos: civiles, políticos, económicos, sociales, ambientales y culturales que, previamente han sido proclamados de forma permanente por diferentes instrumentos internacionales.

A partir de lo anterior, se entiende por que el goce pleno del derecho humano a la salud se ha concebido, desde hace mucho, como uno de los objetivos y cimientos principales del progreso y el desarrollo social de los pueblos, lo que permite ir mas allá de toda noción y tutela de la salud limitada a la mera prestación de servicios sanitario sino ampliar a un conjunto de condiciones económicas sociales, culturales, ambientales y políticas que determinan su vigencia, tales como la existencia de seguridad e higiene en el trabajo, la ausencia o eliminación del hambre y la desnutrición.

Es así que no resulta sorprendente que la normativa internacional de derechos humanos establezca una especial y directa relación entre la consecución del derecho a un nivel de vida adecuada para las personas y su familia y el goce de su salud, lo mismo que entre este derecho y el derecho al desarrollo. En esta lógica, la salud se encuentra estrechamente vinculada a la posibilidad de satisfacción de otros derechos fundamentales como la alimentación, el abrigo, la vivienda, y otros servicios sociales así como del trabajo y la educación, más allá de la mera asistencia medica, la que entonces pasa a ser solamente uno de los factores constitutivos del derecho humano a la salud.

2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1 EL SIGNIFICADO DE SALUD

La salud es innegablemente importante, ya que ofrece la base para establecer una sociedad justa y productiva y es la piedra angular de las posibilidades que tiene una persona de realizarse a su máximo individual y socialmente. Una población enferma no puede aprender, trabajar, ni desarrollarse.

Por muchos años la salud se definió negativamente como la ausencia de enfermedad. La definición moderna más aceptada de la salud es la que figura en el preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷: ***“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”***; sin embargo, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas esta en contraposición a la definición de salud dada por la OMS, debido a que ésta entiende el derecho a la salud como: ***“el más alto nivel posible de salud”***, debido a que éste abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajos seguras y sanas y un medio ambiente sano; es decir, que el derecho a la salud según la Tercera Comisión de las Naciones Unidas debe entenderse, como un

¹⁷ La Constitución fue adoptada en New York, el 22 de julio de 1946, por la Conferencia Internacional de la Salud. Fue firmada por los representantes de 61 Estado y entro en vigor el 7 de abril de 1948.

derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.¹⁸

Las definiciones de la salud son numerosas. El diccionario Larousse contiene la siguiente definición: “Salud: estado habitual de equilibrio del organismo”. El diccionario de la Lengua Española dice que la salud es “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Una definición más prosaica se dio en una excelente conferencia celebrada con el auspicio de las Naciones Unidas y la OMS: “la salud es un estado en el cual la persona no tiene conciencia de su propio cuerpo; cuando se brinda salud a los hombres y mujeres, se les permite tener libertad respecto de su propio cuerpo, la libertad de sus movimientos”.¹⁹

2.2.2 CONCEPCIÓN TRADICIONAL DE SALUD.

El concepto de salud humana y su significado e implementación, deben ser de extrema importancia en cualquier sociedad. El acceso a la salud es un derecho inalienable del ser humano y su violación debería ser, en la práctica, fuertemente repudiada y penada.

La salud de la población hace en su esencia, a la ética, a la calidad de vida, al grado de desarrollo y a la viabilidad de esa población. El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inevitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social.²⁰

Histórica y clásicamente se definía salud como la ausencia de enfermedad en el “cuerpo”. En la práctica, aun hoy para ciertos sectores sociales este criterio, lamentablemente, perdura.

¹⁸ Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y culturales (DESC), FESPAD ediciones, Págs. 146 y 147.

¹⁹ Ruth Roemer, Op. Cit. Pág. 539

²⁰ Álvaro Franco Giraldo, Op. Cit. Pág. 23.

2.2.3 CONCEPCIÓN MODERNA DE SALUD.

La salud, el deseo de gozar de salud para el desarrollo de una vida plena, ha sido una de las preocupaciones constantes de todas las personas y sociedades a lo largo de la historia y ha representado una de las metas más importantes de la Humanidad.

La concepción de Salud ha evolucionado a lo largo del tiempo en función de los cambios que las sociedades y mentalidades han experimentado, así como por el progreso de los conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad.

Desde tiempos remotos, la enfermedad se entendió como el resultado de la invasión del organismo humano por parte de agentes externos (la acción de los dioses, la posesión por espíritus malignos o más recientemente, la invasión por microorganismos). Esta visión *ambientalista* de la enfermedad hizo que durante mucho tiempo imperara la concepción de que la salud era sólo la ausencia de enfermedades e invalideces, visión que ha perdurado hasta hace escasas décadas y que permitió el mantenimiento de la idea de que *"todas las enfermedades pueden explicarse a partir de problemas en procesos fisiológicos, resultado de heridas, desequilibrios químicos e infecciones bacterianas o víricas"*.²¹

Sin embargo, desde mediados del siglo XX se comenzaron a plantear alternativas a éste modelo dada la reconsideración de esos otros factores implicados en la salud humana. Esto propició la aparición de una nueva concepción de la enfermedad como fenómeno plurideterminado en el que los factores biológicos, conductuales y ambientales (físicos y sociales) cobran una gran importancia.

De este cambio en la concepción de la salud y enfermedad, da testimonio la definición del concepto de salud que la Organización Mundial de

²¹ *Ibíd.* Pág.25.

la Salud (OMS) acuñó en su Carta Constitucional de 1948. Según ésta, salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad. Aunque esta definición equipara "bienestar" a "salud" y puede ser criticada por su falta de operabilidad – es utópica, estática y subjetiva-, pretendía reflejar un cambio importante en la perspectiva que debía adoptarse en las políticas de salud futuras, pues por primera vez la salud es definida en términos positivos y se incluyen en ellas las áreas mental y social.

Es decir, ya no se ve la salud simplemente como un medio de evitar enfermedades; por tal razón el papel que juega el Estado en esta área han cambiado con el tiempo, dependiendo de las enfermedades, y epidemias, de los conocimientos médicos y de las características de la sociedad y a que se da una más amplia y positiva definición de salud como lo es “estado de completo bienestar”, convirtiéndose el estado en promotor de la salud individual y social según lo establece la Constitución de la OMS y otros instrumentos internacionales.

A diferencia del viejo paradigma, donde la enfermedad del individuo es el objeto, bajo el nuevo paradigma de salud ahora se debe prestar atención al proceso salud-enfermedad y no solo en los individuos sino también en la comunidad, entendida esta como la agrupación natural de esos individuos en la que se relacionan para satisfacer sus necesidades individuales y sociales.

La salud como derecho individual y responsabilidad del Estado se encuentra reconocida explícita o implícitamente y con enfoques variados, en instrumentos internacionales aplicables al régimen de derechos humanos y en la legislación interna de los estados. Algunos textos internacionales consideran a la salud como un derecho humano básico al igual que el derecho a la vida, de cuya protección el estado es el responsable. Otros tratan a la salud como una,

entre varias condiciones sociales respecto de la cual la responsabilidad del Estado se traduce a asegurar niveles mínimos de decencia, al tiempo que a lograr mejorar los niveles de salud generales e individuales.²²

Es importante enfatizar que, la salud ha sido tratada siempre como un derecho, como una responsabilidad concomitante. La salud pública tiene que ver con la protección y promoción de la salud de la comunidad. En este caso el interés protegido es el colectivo, sea parcial o totalmente. Si un individuo es afectado por una dolencia es posible o probable que muchos otros o quizás todos sean también afectados. La salud individual, por su parte, se relaciona con la condición del individuo como ser humano. En muchos casos, una dolencia que afecta a un individuo puede o no tener consecuencias en la salud de los demás miembros de la comunidad.

2.2.4 FUNDAMENTACIÓN DOCTRINARIA DEL DERECHO A LA SALUD

La obligación del Estado de proporcionar atención médica individual a los ciudadanos constituye un tema altamente controvertido. A continuación, se hace referencia a las teorías más relevantes en consideración con el Derecho a la Salud.

Teoría de los Libertarios

Consideran que la atención médica constituye una recompensa al éxito individual y atribuyen suprema importancia a la libertad del individuo y a la eliminación de la fuerza.

Según esta teoría, la salud es solamente una necesidad más del individuo, como serían la vivienda, la educación y la recreación.

²² *Ibíd.* Pág. 27.

El individuo debe decidir como utilizar sus recursos para satisfacer esas necesidades. Los libertarios están de acuerdo en aplicar las reglas del mercado libre al área de la atención de la salud.

Teoría de los partidarios del Igualitarismo

Sostienen una postura opuesta a la de los libertarios, estos ponen de relieve la igualdad de oportunidades y redefinen la libertad como la oportunidad de estar en igualdad de condiciones para efectuar una elección. Esta doctrina se explica señalando que la salud es un requisito para el éxito, y que la competencia para ser justa debe garantizar a todos los competidores un nivel de salud razonablemente igual.

De ahí que el acceso a la salud no debe basarse en la capacidad económica del individuo. Además, las características de la enfermedad y de la atención médica están fuera del alcance tanto intelectual como económico del individuo y requieren de acción colectiva, ya sea pública o privada. Y que por razones, los principios de la economía de mercado no deben aplicarse a la salud y la intervención de la sociedad es necesaria para asegurar la equidad.

Teoría de los Economistas

Consideran que el derecho a la salud al igual que los alimentos, la vivienda y la educación, es un bien primario, o sea, algo que todos necesitamos y deben tener. Tal como señala "Fein", la frase: " el derecho a la salud, encierra mucho más que la posibilidad de permitir que las personas compren servicios de atención médica si los encuentran, si los desean y si disponen de los medios necesarios para hacerlo".

El derecho a la salud implica una preocupación por el suministro de servicios y por la eliminación de las barreras económicas que impiden su utilización.²³

De las teorías descritas anteriormente decimos que: no compartimos la idea de aplicar al rubro de la salud pública las reglas del libre mercado de la primera teoría; ya que esa filosofía de “dejar hacer dejar pasar”, propone la no intervención del Estado en el sistema económico, defendiendo el individualismo.

Este liberalismo económico no debe ser aplicado al campo de la salud pública, porque la salud constituye un Derecho eminentemente social, lo que significa que corresponde a la sociedad o comunidad entera velar por su promoción y garantización.

La segunda teoría nos parece más acertada, ya que resalta no solo la igualdad de condiciones, en cuanto al acceso de los servicios de salud pública; sino que además pone de relieve la integración de todos los sectores de la sociedad para lograr la justicia social. Por último la tercera teoría aporta otro elemento, el cual compartimos, ellos proponen que los servicios de salud sean gratuitos, es decir abogan por la supresión de las barreras económicas para poder adquirir servicios de salud de forma equitativa, ya que, la salud constituye un derecho primordial del cual todos deben gozar.

²³ Ivette Rocío Araujo Velásquez, La Ineficacia del Proceso de Amparo como medio de Tutela frente a la Violación del Derecho a la Salud, Pág. 113.

2.2.5 EL DERECHO A LA SALUD EN EL PROCESO DE GLOBALIZACIÓN²⁴

La globalización es una tendencia histórica y universal, no solo de la técnica y la economía sino de la cultura y de los medios de difusión. La globalización significa mundialización de la economía y, como tal, ejerce el más extraordinario impacto sobre los Estados y las diferentes formas de la conciencia social, como son las ideas jurídicas, políticas, filosóficas y científicas. Desde la comunidad primitiva existía el afán de expansión, los Nazis confirmaron que globalizar no tuvo siempre las más sanas y puras intenciones. Carlos Marx en el siglo XVI fue el primer mentor de la globalización; en los manuscritos económicos y filosóficos de 1844 y en el Manifiesto Comunista en 1848, veía las premisas para el paso a la sociedad de productores libres y asociados, que llamaba indistintamente, comunismo o humanismo.

En la globalización se entrecruzan: economía de mercado transnacional, aparición de órdenes jurídicos estatales, florecen las autonomías, la cultura del consumismo, los medios de comunicación electrónicos a escala social (conciencia global) y los problemas que atañen a la humanidad en conflicto.²⁵

De manera que sin estar en contra del proceso de globalización, es indudable que hay que hacer fuertes correcciones al mismo antes de que sea demasiado tarde, puesto que el hecho incontestable es el de un incremento constante y creciente de las desigualdades en este mundo. Esta globalización se plantea en el momento presente que se han de aumentar las oportunidades económicas de los desheredados, dándoles más fácil acceso

²⁴ Globalización es un conjunto de procesos, conocimientos y valores particulares que se universalizan y de universalismos que se localizan.

²⁵ Álvaro Franco Giraldo, Op Cit. Pág. 3

a la tierra y a la educación, desarrollando su capacidad de autogestión, eliminando discriminaciones por sexo, raza o nivel social y reduciendo su vulnerabilidad ante la enfermedad y otras catástrofes que les afligen.²⁶

Consecuencias negativas de la Globalización para la Salud.

La disciplina fiscal y las políticas de ajuste recaen en las clases más pobres y dramáticamente en los sectores no productivos de la población, creando verdaderos bolsones de marginalidad y exclusión (niños, ancianos, discapacitados, etc.).

El Dr. Amilcar Challú²⁷ explica claramente por que la política llevada a cabo por los organismos mundiales, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional etc., durante años ha producido daños para la salud en los países del Tercer Mundo. Pero ese modo aplicar absolutamente las reglas del mercado no solo lleva a dañar la salud de la población de estos países, sino también margina y empeora la situación de entre un 20 a un 25% de la población de los países del Primer Mundo.

Algunos de los inconvenientes que la globalización esta produciendo para la salud son:²⁸

- Dualización de la población al incrementarse las desigualdades.
- Exclusión en la sanidad y selección adversa de riesgos para ancianos, inmigrantes, diabéticos, y en general para los enfermos que requieren tratamientos caros y crónicos.

²⁶ *Ibíd.* Pág. 7.

²⁷ Nefrólogo Argentino, participante del Congreso Internacional de Salud Publica, sobre la GLOBALIZACIÓN, ESTADO Y SALUD, Colombia, Noviembre 2005.

²⁸ Álvaro Franco Giraldo, Op. Cit. Pág. 9.

➤ Uniformización de la información del conocimiento médico.

De manera que a pesar de la mejoría de los indicadores del estado de salud en el mundo, las desigualdades del mismo siguen creciendo a todos los niveles. Otra variante de este pensamiento paralizador es suponer que son fenómenos transitorios de desajuste inicial en la marcha “esplendorosa” de la globalización. Lo cierto es que ya casi nadie piensa esto y las voces de alarma se están levantando por todas partes al estarse llegando a una situación insostenible.

Las respuestas deben de venir por una mayor “optimización de los recursos”, pero también en una mejor y más justa distribución de los mismos entre los que están más necesitados y no entre los que más fuerza de presión social ejercen.²⁹

En resumen, la globalización, aun teniendo aspectos positivos, presenta cada vez consecuencias más negativas, tendencia que debe ser corregida con toda energía, si no queremos ver convulsiones que acabarán con el mundo actual.³⁰

El desarrollo de nuevas tecnologías conlleva a un aumento de riesgos ambientales y para la salud, transferencias de industrias peligrosas y productos químicos altamente tóxicos a países cuyas normas estrictas no se conocen o tienen poca información, el uso de las maquiladoras, cuyos dueños son empresas extranjeras, que envían materia prima y partes no terminadas de productos a estos países latinoamericanos para ensamblarlos y luego devolverlo al país de origen. Se desarrollan enfermedades originadas por el empleo de máquinas ergonómicamente no aptas para las dimensiones

²⁹ Teoría Utilitarista: lo importante es aumentar el número y calidad de los años de vida de la población general; por tanto apliquemos los medios a los que más beneficio puedan obtener de ellos.

³⁰ Álvaro Franco Giraldo, Op. Cit. Pág. 11.

corporales del hombre latinoamericano, introducidas en la producción por la transferencia de tecnologías.³¹

La salud es un determinante importante en el crecimiento económico y en la creación de recursos que no solo requiere bienestar sino un adecuado medio ambiente para permanecer estable.

La política de globalización neoliberal ha generado cambios en las condiciones de vida y de salud de las personas. Esta política exige ajustes económicos sobre la seguridad social, el empleo, la educación, el sector salud, lo que ha conllevado al deterioro de la salud y la calidad de la población en general. Ante esta situación se hace necesaria la reforma de los servicios de salud que hasta el momento son en general inequitativos, ineficaces, insuficientes. Estas reformas están encaminadas a mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes de nuestra región. Reviste gran importancia alcanzar la equidad en salud y la necesidad de la construcción social de la salud, mediante la promoción, prevención y acciones recuperativas del sector salud (mejorar la calidad y eficiencia de los servicios).³²

La globalización es un fenómeno objetivo de las fuerzas productivas, de la tecnología, de los medios de transporte, de la comunicación, de los avances científicos del mundo y tiene como centro a la economía pero abarca también la cultura, la política, la ideología y otras esferas de la vida social. Esta globalización manejada por las grandes potencias imperialistas cuyo papel principal corresponde a Estados Unidos con su modelo neoliberal, penetra en todos los países en desarrollo de América Latina, originando cambios drásticos en las condiciones de vida, salud y trabajo de las masas trabajadoras, cada vez más explotadas, globalizando la pobreza, la

³¹ *Ibíd.* Pág. 15.

³² *Ibíd.* Pág. 17.

contaminación ambiental, y poniendo en peligro el futuro del planeta. Debe imponerse la globalización de la equidad, de la cooperación fraternal y solidaria, con los avances del desarrollo y la salud al alcance de todos para eliminar lo impuesto por la codicia y la explotación.³³

2.2.6 COBERTURA DEL DERECHO A LA SALUD.

La asistencia pública en salud en nuestro país y principalmente en la zona oriental, en particular respecto a los servicios médicos generales y especializados, depende del Plan Integral de Salud Pública que establezca el Ministerio y del programa nacional para su implementación, así como de las normas generales “para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos”³⁴.

La cobertura de la asistencia médico-hospitalaria continúa siendo insuficiente, dada la débil o inexistente articulación entre los diferentes proveedores de salud. Los últimos años se ha dado prioridad a la rehabilitación de los establecimientos del primer nivel, dañados por los terremotos de 2001, más que a la expansión de los mismos en zonas especialmente rurales. Hay carencia de infraestructuras públicas de salud, pese a que las unidades de salud son a las que recurre, mayoritariamente la población en pobreza, relativa y extrema.³⁵

La provisión directa de servicios que realiza el MSPAS va dirigida al 80% de la población, aunque, en términos efectivos se estima que solo logra cubrir, únicamente, entre el 50% y el 55%. La cobertura del ISSS no

³³ *Ibíd.* Pág. 18.

³⁴ Federación Iberoamericana de Ombusman (FIO), Cuarto Informe sobre Derechos Humanos, Protección de la Salud, rendido por Guillermo Escobar, Universidad de Alcalá, 2006, Trama Editorial. Pág. 212

³⁵ *Ibíd.* Pág. 213

sobrepasa el 17% de la población y la atención que prestan los servicios médicos autónomos solo alcanza a aproximadamente, un máximo de un 3.5% en total. El porcentaje cubierto por los servicios del sector privado no es significativo a nivel hospitalario, pero si en cuanto a la atención del total de las consultas externas en el sistema, aunque se calcula que representa entre el 5% y el 10% de la atención prestada en el sector. Con todo, se calcula que, por lo menos, un 25% de la población no esta cubierta por el sistema sanitario nacional.

El indicador referido al número de camas hospitalarias, por cada mil habitantes, ubica a nuestro país en el 1,6 superando en ese sentido (en la región centroamericana) únicamente Honduras con el 1,1 y Guatemala con el 1,0 y muy cerca de Nicaragua con el 1,5. A su vez, más del 43% de la dotación de camas se encuentra concentrada en cinco hospitales de tercer nivel del país.

No existen restricciones legales, de ninguna naturaleza, para gozar del derecho a la salud; sin embargo, en la práctica ello se ve superado, principalmente, por condicionamientos geográficos y socioeconómicos, lo que inhibe buscar los servicios públicos de salud a un alto porcentaje de la población (superior al 40%), pese a requerir de ellos.³⁶

En el país las instituciones públicas encargadas de prestar servicios públicos de salud tienen una misión importante que cumplir en la provisión de servicios equitativos, eficientes y de calidad, es decir suficiente cobertura para dar atención de primera a la población; pero actualmente el sistema de salud no cuenta con los mecanismos que generen estos resultados en la operación cotidiana.

³⁶ Ibíd. Pág. 213

Según el IV Informe sobre Derechos Humanos rendido por Guillermo Escobar, Protección de la Salud, de la Federación Iberoamericana de OMBUSMAN del año 2006:

“El marco legal es insuficiente para los cambios requeridos; además las instituciones encargadas de la aplicación del marco legal vigente no han funcionado adecuadamente, este marco se debe armonizar, recrear y garantizar su aplicación.

La falta de una planificación integral como un sistema de salud ha favorecido la segmentación de la población para recibir servicios. Hoy en día se ofrecen servicios principalmente a través del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. La operación paralela de estas dos instituciones de atención en el medio urbano, presenta problemas de coordinación importantes, entre los que destaca la falta de utilización plena de la capacidad instalada en algunas zonas y la existencia de lagunas de atención en otras. Claramente, en un país en que los recursos destinados a la salud exigen el mayor rendimiento posible, esta insuficiente coordinación acarrea graves costos”.

Además de eso, existe un marcado centralismo el cual excluye la participación de los trabajadores de salud y de la población permitiendo una inadecuada gerencia, poca transparencia en el manejo de recursos y limita considerablemente la adaptación del sistema y la eficiencia de su operación. La operación centralizada hace que los procesos sean complejos y que tomen más tiempo del necesario.³⁷

³⁷Informe de la PDDH, Afectaciones al Derecho a la Salud, Pág. 19.

Las decisiones respecto de la asignación de los recursos se toman en el centro, en donde no siempre se conocen los problemas y las prioridades de salud regionales, esto genera desacierto en las decisiones respecto de hacia donde deben orientarse los recursos.

Es de tomar en cuenta que la cobertura además de referirse a un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios de salud, centros de atención y programas; también alude a que estos servicios incluirán los factores determinantes básicos para la salud: personal médico y profesional debidamente capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones en el país, agua potable, condiciones sanitarias adecuadas y medicamentos esenciales. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.³⁸

En este sentido la noticia más publicitada fue la aprobación, a finales de 2004, del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), cuyos recursos, provenientes de un gravamen especial al tabaco, las bebidas embriagantes y las armas, pretenden la progresiva ampliación de la cobertura de algunas unidades de salud, mediante la contratación de nuevo personal, compra de medicamentos e insumos y la apertura de las mismas las 24 horas del día. Según el Ministerio de Salud se invirtió \$ 25.9 millones de dólares, en rehabilitar, reparar y equipar unidades de Salud y Hospitales a nivel nacional, beneficiando a un aproximado de 4, 300, 000 habitantes.

Desde el inicio de actividades del FOSALUD, el 11 de agosto de 2005, se ha invertido 32 millones de dólares en asistencia médica a las familias en extrema pobreza. Se incremento las atenciones y servicios médicos con la extensión de horarios, actualmente 35 unidades atienden 24 horas al día, los

³⁸ Ibíd. Pág. 20

365 días del año y 70 unidades atienden durante los fines de semana y días festivos, acercando la salud a una población de 4 millones de personas, esto ha permitido también el descongestionamiento de las consultas y emergencias en los hospitales. En San Miguel, son cuatro las unidades de salud que cuentan con los servicios de FOSALUD entre ellas la Unidad de Salud del Zamoran (hasta hoy la más completa), Colonia la Presita, Colonia Carrillo, Colonia Milagro de la Paz, todas ellas prestan atención las veinticuatro horas del día.³⁹

A la fecha, FOSALUD ha brindado más de 600 mil consultas médicas en las distintas unidades de salud, en los 14 departamentos, y más de un millón de consultas médicas en 105 centros asistenciales. Este trabajo incansable supone que en el sistema de salud ha generado más de 2, 161 plazas del personal médico y administrativo, tanto fijos como temporales. Transformándose en una fuente de empleo.⁴⁰

Sin embargo, junto a ello el presupuesto asignado no ha experimentado un incremento significativo, manteniéndose a la zaga de las prioridades gubernamentales y resultando insuficiente para dar respuesta a las necesidades de salud existentes.

2.2.7 PRESUPUESTO ASIGNADO EN SALUD.

El gasto público en salud en El Salvador sigue siendo uno de los más bajos de América Central, representando 3,3% del Producto Interno Bruto (PIB), lo cual significa una deficiencia del sistema de salud pública; mientras el gasto privado (inversión directa de la población) constituye 4,9% del PIB.

³⁹ Entrevista Personal realizada por el grupo investigador al Dr. Rómulo Vides, Coordinador SIBASI San Miguel.

⁴⁰ Informe Presidencial del Tercer año de Gestión del Presidente Elías Antonio Saca, Publicado en el Diario de Hoy, 1 de junio de 2001. Pág.8.

El sistema de salud en el país es inequitativo, regresivo, insostenible e inaccesible a los sectores más pobres.⁴¹

Gran parte de los fondos asignados a salud se destinan a remuneraciones (más de 70%, en promedio) y el resto se distribuye en medicamentos, insumos médicos y otros.

La Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud⁴² ha reconocido que el actual Sistema Nacional de Salud se caracteriza por ser fragmentado, inadecuadamente financiado a pesar de los recursos existentes, de baja cobertura, con énfasis en las acciones paliativas e importantes grupos de población sin acceso a la atención en salud. Si no se produce un aumento significativo a los recursos aportados al sector, es posible que este experimente un colapso económico.

En 2006 el Ministro de Salud⁴³ Guillermo Maza, reconoció que el sistema Público ha sobrevivido gracias ingresos extraordinarios provenientes del cobro de cuotas “voluntarias”, en realidad impuestas a las personas que consultan, quienes generalmente no pueden cubrir este pago por servicios y si lo hacen es en detrimento a otras necesidades básicas. El monto total de estos aportes se calcula en \$18,2 millones.

Una denuncia de organizaciones civiles a la Dirección de Protección al Consumidor dejó en evidencia la obligatoriedad de la mal llamada cuota voluntaria, provocando que el Presidente de la República ordenara la suspensión de este cobro, sin embargo, en la actualidad dicho cobro sigue siendo obligatorio para las personas que acceden a los servicios públicos de

⁴¹ Social Watch, Informe Ciudadano sobre el Progreso en la Erradicación de la Pobreza y el logro de la Equidad de Género en el Mundo. 2006. Pág. 206.

⁴² Formada por diferentes sectores (MSPAS, ISSS, Universidades con Maestrías en Salud Pública, Sector Empresarial, gremio médico y del sector salud, sindicatos de trabajadores, sociedad civil), cuyos representantes fueron escogidos a discreción del Presidente de la República, Lic. Francisco Flores.

⁴³ Políticas Públicas, Presupuestos y Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Centro de Estudios Constitucionales y Derechos Humanos, San Salvador, Noviembre 2006.

salud, de lo contrario no podrían pasar consulta ni obtener los medicamentos necesarios.

Pese a este déficit, en 2005 este Ministerio fue una de las carteras de Estado que experimento una menor ejecución de su presupuesto. En el rubro de la infraestructura ejecuto solamente \$11 millones de los 31,3 millones disponibles.

2.2.8 ACCESO AL DERECHO A LA SALUD.

El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales, los cuales están interrelacionados⁴⁴:

a) Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna; este elemento presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- **No discriminación:** significa que se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, impedimentos físicos y mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Una

⁴⁴ Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, FESPAD 2006, Pág. 148.

asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.⁴⁵

- **Accesibilidad física:** se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos más vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
- **Accesibilidad económica (asequibilidad):** implica, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el *principio de la equidad*, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

⁴⁵ Informe de la PDDH, Afectaciones del Derecho a la Salud, Op. Cit. Pág. 26

- **Acceso a la información:** este comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

- b) **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

- c) **Calidad:** además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas⁴⁶.

En la medida en que la población obtiene mejores condiciones de salud, también mejora el aporte al desarrollo del país. De manera recíproca, la mejoría en las condiciones económicas de una población conlleva incrementos en los niveles de salud y bienestar.

Durante los últimos años han mejorado las condiciones de salud de la población salvadoreña especialmente a través del combate de enfermedades infectocontagiosas. Con ello se ha logrado la erradicación o el control de

⁴⁶ Guillermo Escobar, op.citp. Pág. 50, 51, 52.

algunas de las principales causas de mortalidad y morbilidad, tales como la poliomielitis, el sarampión y el paludismo.⁴⁷

Sin embargo, los grupos poblacionales de mayor riesgo (binomio materno/infantil, población rural y población en situación de pobreza) tienen dificultades en el acceso a los servicios de primer nivel de atención, y más aun, a los servicios de medicina especializada del segundo y tercer nivel. Al mismo tiempo, un gran porcentaje de la población más pobre no tiene acceso a servicios de agua potable y saneamiento, que son aspectos determinantes de los resultados de salud. El acceso diferenciado a servicios de salud y de agua y saneamiento se traduce, también en indicadores de salud diferenciados.

2.2.9 JUSTICIABILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD. (PRINCIPIO DE LOGRO PROGRESIVO).

Dentro del genérico deber del Estado de adoptar medidas para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud de los salvadoreños y salvadoreñas, se encuentran la obligación de garantizar el ofrecimiento de recursos administrativos y judiciales, de conformidad con el ordenamiento jurídico constitucional. La provisión de los recursos, es una de las medidas más apropiadas para erradicar la discriminación y otras graves afectaciones al disfrute del derecho a la salud de las personas.

El deber de justiciabilidad del Estado –respecto del derecho a la salud u otros DESC- debe entenderse, también, relacionado a la obligación Estatal de establecer legislaciones que permitan llevar al plano jurisdiccional reclamos relativos a estos derechos.

⁴⁷ Informe de la PDDH, Afectaciones del Derecho a la Salud, Op Cit. Pág. 27

Para el caso de los DESC, el Comité de DESC creado por el PIDESC considera que:

“El derecho a un recurso eficaz en el caso de violaciones al Derecho a la Salud no debe interpretarse necesariamente en el sentido de que exige siempre un recurso judicial. Los recursos administrativos en muchos casos son adecuados, y quienes viven bajo la jurisdicción de un Estado parte tienen la expectativa legítima de que, sobre la base del principio de buena fe, todas las autoridades administrativas, al adoptar decisiones, tendrán en cuenta las disposiciones del Pacto. Esos recursos administrativos deben ser accesibles, no onerosos, rápidos y eficaces. También es conveniente muchas veces establecer un derecho ultimo de apelación judicial con respecto a los procedimientos administrativos de este tipo, cuando un derecho reconocido en el Pacto no se puede ejercer plenamente sin una intervención del poder Judicial, es necesario establecer recursos judiciales”.

La obligación de justiciabilidad del derecho a la salud debe entenderse genéricamente, es decir, considerando que la efectividad de los DESC pasa por considerarlos exigibles –en tanto auténticos derechos- o que son susceptibles de que su aplicación practica, en casos concretos, sea realizada por los propios tribunales. Tal visión parte del concepto de la integridad de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y requiere de la voluntad de los Estados para promover la justiciabilidad en la legislación y los sistemas jurídicos.

La justiciabilidad también es especial consecuencia del derecho de garantía y protección. La responsabilidad indirecta de los particulares, por violación a los derechos humanos, eventualmente, solo podrá hacerse valer mediante la acción de la justicia para la restitución y la reparación.

En El Salvador, el sistema jurídico permite la justiciabilidad de ciertas violaciones a los deberes estatales de respeto y protección del derecho a la salud, pese a numerosas limitaciones estructurales. Muchas de tales violaciones, obviamente, pueden ser el resultado de acciones de mala praxis médica o deficiencias graves en la prestación de servicios de atención a la salud de la población, los cuales en algunos casos pueden configurar tipos penales como el Homicidio Culposo y Lesiones Culposas (Art. 132 y 146 Cpn).

Así el Estado debe respetar la salud de los habitantes – por lo cual esta impedido de tomar acciones directas que puedan tener impactos negativos en este ámbito -, pero con el mismo rigor debe tomar medidas positivas para garantizar que la salud de las personas no sea afectada ilegítimamente, incluso por acciones realizadas por particulares. Estas obligaciones positivas requieren, por ejemplo, que los Estados adopten regulaciones para que los hospitales y los profesionales de la salud, tanto en el ámbito público como en el privado, se conduzcan de manera apropiada y siguiendo las reglas de la ética médica para proteger la vida y la integridad de sus pacientes. También implican que el Estado garantice la existencia de un sistema judicial y de unos procedimientos legales eficaces que permitan encontrar responsabilidades y otorgar reparación adecuada para las víctimas de muertes y lesiones causadas por cualquier tipo de negligencia o mala praxis médica.⁴⁸

En particular, debemos subrayar la eficacia de los recursos judiciales como su requisito más esencial. Eficacia es, en una palabra, la idoneidad real de estos medios para establecer si ha incurrido en una violación a los derechos humanos y proveer lo necesario para remediarla. “No pueden considerarse efectivos aquellos recursos que, por las condiciones generales

⁴⁸ *Ibíd.* Pág. 73.

del país o incluso por las circunstancias particulares de un caso dado, resulten ilusorios”.⁴⁹

En la práctica, el derecho a la salud no es justiciable. En su mayor proporción, las víctimas de violaciones al derecho a la salud no tienen acceso a un recurso oportuno y eficaz que permita el cese de la violación y la reparación debida. Son responsables de esta denegación de justicia las autoridades de salud, así como las autoridades fiscal y judicial.⁵⁰

La falta de acceso a un recurso se produce frente a toda una gama de hechos, desde las irregularidades administrativas – como los cobros por los servicios a los medicamentos - hasta graves casos de mala praxis, los cuales han provocado la muerte o gravísimas lesiones a los pacientes. En virtud de lo anterior, el Estado Salvadoreño es responsable por omitir la práctica de la justiciabilidad del derecho a la salud en el país.

La obligación estatal de lograr “progresivamente” la plena efectividad del derecho a la salud, debe verse desde la perspectiva de las claras obligaciones que este concepto supone para el Estado, entre las cuales se cuenta la de “proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo (la efectiva realización del derecho a la salud)”.

Esta “*no justiciabilidad*” de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales esta determinada por el carácter o “Principio de Logro Progresivo” de estos derechos; este principio significa, que no se le puede exigir al Estado que de pronto cumpla con estos derechos, sino que se obliga al Estado a que progresivamente vaya adoptando medidas tendientes a ir garantizando gradualmente el goce de estos derechos⁵¹.

⁴⁹ Informe de la PDDH, Afectaciones al Derecho a la Salud, Op. Cit. Pág. 74.

⁵⁰ *Ibíd.* Pág. 34.

⁵¹ *Ibíd.* Pág. 35.

2.2.10 OPINIÓN DE LAS INSTITUCIONES CON RESPECTO AL DERECHO A LA SALUD.

Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

Según la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, el mayor problema en materia de derechos humanos que enfrenta nuestro país, es la afectación de los derechos económicos, sociales y culturales⁵². Se estima que el incremento en los gastos de salud se ha traducido en mayor cobertura de servicios, pero, no obstante, éstos aún son muy deficientes; debe tenerse en cuenta que el mayor porcentaje del incremento se utilizó para aumento en el pago de salarios.

Por otra parte, la utilización de la infraestructura de servicios de salud disponible no es óptima, esta presenta diversos patrones que van desde la saturación hasta la subutilización. La disponibilidad de recursos físicos es también muy variada. Existe, además, una insuficiente e inadecuada provisión de medicamentos, lo cual constituye un motivo central de malestar entre los/as usuarios/as.

Existe deficiente cobertura de los programas de atención en salud y restringida calidad de los servicios; el énfasis en las acciones curativas y los modelos rígidos de prestación de los servicios de salud no han permitido la implementación de nuevos enfoques que mejoren los resultados y la satisfacción de los usuarios.

Para esta Institución, la importancia radica precisamente en el señalamiento moral sobre las responsabilidades del Estado en un sentido global o genérico, pues aunque repitamos verdades o realidades dichas hasta la saciedad por sectores, víctimas, investigadores sociales o instancias

⁵² *Ibíd.* Pág. 3.

académicas diversas, entre otros, nuestro pronunciamiento tiene consigo la significación de poner la institucionalidad de la Procuraduría al servicio de los más necesitados y excluidos, aquellos miles y hasta millones de salvadoreños que más allá de las cifras y los datos, conforman ese universo de víctimas de violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; cada una de ellas pagando con su dignidad y quizás hasta con su vida misma, el precio de estos cruentos males estructurales de nuestra sociedad.

En ese orden, la Procuraduría ha afirmado el hecho que estas realidades se encuentran abundantemente descritas en informes propios de las ciencias sociales y económicas; ello no exime a esta Procuraduría de su obligación constitucional de declarar que tales realidades constituyen *violaciones a los derechos fundamentales de los salvadoreños*, en tanto afectan la vida, el desarrollo y la dignidad fundamental de centenares de miles de personas; así también, que suponen el incumplimiento de obligaciones básicas del Estado, las cuales tienen su fuente en la Constitución y en el derecho interno e internacional.

En virtud de la integralidad e indivisibilidad de los derechos humanos; y en virtud de que el disfrute efectivo del derecho a la salud requiere de factores socioeconómicos como la alimentación y nutrición, entre otros; así como depende del goce de toda una gama de facilidades, bienes y servicios indispensables y de la plena efectividad de otros muchos derechos fundamentales; es oportuno pertinente declarar que la situación general de vulneración a los DESC, implica una violación al derecho a la salud de la población salvadoreña.

De tal manera, no será posible obtener un nivel aceptable del disfrute al derecho a la salud en El Salvador, pese a los esfuerzos, las reformas y los ideales propuestos, si persiste la violación de los DESC, en las circunstancias generalizadas en que se producen actualmente. El disfrute del

derecho a la salud de la población salvadoreña, de acuerdo a la realidad del sector, no satisface los niveles mínimos de acuerdo a los parámetros y alcances del Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Por tanto, deben tenerse por incumplidas las obligaciones básicas del Estado en materia de salud, respecto de su responsabilidad internacional.

Especialmente, deben tenerse como violaciones al derecho a la salud de la población salvadoreña, las siguientes:⁵³

- La existencia de un sistema de servicios de salud ineficaz para enfrentar el perfil epidemiológico del país; especialmente, por ser insuficientes los esfuerzos gubernamentales para promover los cambios necesarios.
- La inaccesibilidad de un amplio sector de la población a los servicios de salud. La brecha significativa entre el acceso de la población urbana y la rural a tales servicios, debe tenerse como un fenómeno de discriminación en perjuicio de la población rural. Tal discriminación se produce respecto de la accesibilidad a los establecimientos, los bienes y servicios y los programas de atención en salud.

Concluye la PDDH, que son insuficientes los avances hacia la plena realización del derecho a la salud en El Salvador y considera que el Estado salvadoreño no ha obtenido ni promueve resultados que hagan prever la realización plena de este derecho, aún tomando en cuenta los recursos utilizados (que deberían emplearse hasta el máximo disponible) y pese al proyecto de reforma integral del sistema de salud tímidamente iniciado.

Por tanto, debe tenerse por no realizada la obligación estatal de *cumplir*, entendida como la obligación de *facilitar, proporcionar y promover* la salud de los salvadoreños y salvadoreñas. Esta Procuraduría recomienda al

⁵³ *Ibíd.* Pág. 34.

Estado salvadoreño, especialmente a las altas autoridades en el ramo de la Salud, retomar con mayor compromiso el proceso de Reforma Integral, cuyo punto de partida es el documento propuesta elaborado por el Consejo de Reforma al Sector Salud que fue presentado al Señor Presidente de la República en Diciembre de 2000.⁵⁴

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto.

El Comité en la Observaciones Generales publicadas por FESPAD en el año 2006, es consciente de que los obstáculos estructurales y de otra índole resultantes de factores internacionales y otros factores fuera del control de los Estado impiden la plena realización del artículo 12. Pero a pesar de estos (y otros) factores los Estados debe luchar de manera coordinada con las instituciones encargadas de velar por este derecho humano a la salud, para elaborar políticas y programas que permitan a toda

⁵⁴ *Ibíd.* Pág. 31, 32, 33.

la población gozar de un nivel salud adecuado, pues es de esta manera que se contribuye a construir una sociedad en armonía y por consiguiente una sociedad trabajadora.

El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona.

Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado. Es más, enfermedades anteriormente desconocidas, como el VIH/SIDA, y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio de derecho a la salud.

Es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios

a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud⁵⁵.

Los Estados suelen utilizar las cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea hacer hincapié en el hecho que la cláusula limitativa –el artículo 4- tiene más bien por objeto proteger los derechos de los particulares, y no permitir la imposición de limitaciones por parte de los Estado. Por consiguiente, un Estado que, por ejemplo, restringe la circulación de personas -o encarcela a personas- con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4. Esas restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas internacionales de derechos humanos, y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática.

Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna

⁵⁵ Observaciones Generales del Comité de DESC, Op. Cit Pág.153.

y la obligación de adoptar medidas en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

Por consiguiente, los Estados deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades. Entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo las siguientes:⁵⁶

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
- Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
- Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad.
- Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.
- Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

Las medidas viables más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro. Cada Estado tiene un

⁵⁶ Informe de la PDDH, Afectaciones al Derecho a la Salud, Op. Cit, Pág. 29.

margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental.

Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos⁵⁷.

Banco Mundial.

En relación con América Latina y el Caribe, el BM puso de manifiesto que dicha región había hecho avances notables en el campo de la salud en los últimos años, pero que la desigualdad y la exclusión seguían siendo grandes desafíos para mejorar aún más los resultados y ayudar a la región a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El BM considera que proporcionar servicios básicos de salud y nutrición a los pobres es un elemento decisivo en la lucha contra la pobreza y fomenta el crecimiento económico, y aunque señala que en muchos países se han conseguido logros importantes, aún quedan muchos problemas por resolver. La mejora de las políticas y las instituciones –dentro y más allá del

⁵⁷ Observación General 14 “El Derecho al Disfrute al mas alto Nivel posible de Salud” del Comité DESC, FESPAD Ediciones. San Salvador Septiembre 2006 Pág. 145, 147, 157.

sector salud-, resulta crucial para acelerar el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Así mismo, el gasto en salud requiere de una mejor selección de los objetivos respecto a los pobres y grupos marginados si se quiere reducir las desigualdades extremas en la prestación de salud.⁵⁸

2.2.11 PROPUESTA DE REFORMA INTEGRAL DE SALUD.

Durante el siglo XX en América Latina la regla general, más que la excepción, ha sido el impulso de reformas de atención de salud, lo cual no ha pasado a más en la mayoría de casos; en particular, cuando han mostrado clara intención de favorecer los intereses de los grupos más pobres⁵⁹.

En este sentido en El Salvador en 1994 la Organización Mundial de la Salud de El Salvador mejor conocida como grupo ANSAL, publicó el documento “La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficacia”, este documento reafirmaba la visión sobre el tema de la reforma en el sector salud. De esta manera proponía implementar un sistema nacional de salud único, es decir recomendaba la transferencia de la gestión de los Hospitales del MSPAS y del ISSS al sector privado.

Siempre en 1994, comienza a operar el **Grupo de Reforma del Sector Salud (GRSS)**, comisionado por la gubernamental Comisión intersectorial de Salud. Como resultado de sus gestiones produjo, en 1995, el borrador para discusión del “**Documento guía para la Reforma del Sector Salud en el Salvador**”, en el que claramente se planteaba que la privatización era concebida como un instrumento para liberar la administración pública de funciones de tipo productivo y que, de acuerdo con el criterio gubernamental, pueden ser más eficientemente ejecutadas por el sector privado.

⁵⁸ Federación Iberoamericana de Ombusman. op.citp. Pág. 32.

⁵⁹ Fundamentos del Proceso de Reforma del Sector Salud, Op. Cit. Pág. 5.

Pese a lo anterior, la denominada reforma institucional del sector salud, hasta finales de la década de los noventa, se limitó a promover la mejora en la atención primaria en salud prestada, principalmente, a través de la Cartera de Salud y sus dependencias.

Merced a un decreto presidencial, emitido el 26 de marzo de 1998, el presidente de la República, doctor Armando Calderón Sol, integró la Comisión nacional de Salud (CONASA) con un grupo de reconocidas personalidades del Sector Salud, que presentó públicamente su **“Propuesta de lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador”**, en febrero de 1999, significando un esfuerzo diferente al realizado previamente por el Grupo ANSAL.

La propuesta de CONASA planteaba el establecimiento de un seguro general obligatorio con opciones privadas de aseguramiento. Proponía un sistema que operaría desconcentrado en áreas sanitarias, las cuales tendrían autonomía de gestión con amplias facultades para contratar proveedores privados. Las unidades desconcentradas deberían hacer énfasis en acciones de promoción y prevención. Así mismo se planteó la elaboración de una Política de Salud a cargo de un Consejo Nacional de Salud, organismo asesor y consultivo del Ministerio de Salud. Finalmente se incluyó la creación de un Fondo de Solidaridad para la Salud que operaría un consorcio bancario bajo la dirección de una Junta en la que estarían representados los financiadores.

Sin embargo, los esfuerzos por llevar a cabo una reforma del Sector Salud comenzaron a incrementarse pero adoleciendo de una lamentable dispersión en la dirección de las propuestas lanzadas.

Para contribuir a elaborar un sistema de salud que respondiera a las necesidades de la población el Colegio Médico de El Salvador, el Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (SIMETRISSS) junto a otros sectores sociales⁶⁰, iniciaron igualmente un proceso para diseñar su propia propuesta llamada “Propuesta Ciudadana por la Salud”, la cual fue hecha publicada en junio de 1999.

Esta propuesta enfatizó en la configuración del nivel político normativo bajo la Rectoría del Ministerio de Salud y aportó insumos para la elaboración de la Política de Salud. Sustentó el aumento de cobertura en la ampliación de cotizantes del ISSS en otros sectores como el sector informal y el campesino y concebía para el sector privado un papel complementario al sector público (Provisión Mixta). Propuso también la formación de un Fondo Nacional de Solidaridad administrado colegiadamente por representantes de la sociedad civil, sustentada en un reforzamiento considerable de la inversión en salud basada en una mayor eficacia de la recaudación fiscal. Propiciaba la participación social a través de comités ciudadanos en todos los niveles con base en un marco legal para ello.

Todas las propuestas antes mencionadas, se caracterizaron por ser diferentes en muchos de sus aspectos claves además de no haber propiciado concertación alguna entre sí. Más allá de ello, reflejaron en algunos casos, formas diametralmente distintas de plantear un importante proceso en la vida nacional así como en la manera de establecer el horizonte deseado con el mismo en la salud y en las condiciones de vida de la población salvadoreña.

⁶⁰ Entre ellos los Sindicatos y Organizaciones Laborales del personal Médico y demás trabajadores de la salud, tanto del MSPAS como del ISSS.

Recién iniciada la gestión presidencial de Francisco Flores, por Decreto Presidencial N° 15 del 20 julio de 1999, fue creado el Consejo de Reforma del Sector Salud encargándoles una propuesta de consenso para realizar la Reforma de Salud, en el término de un año (octubre del 2002) y basándose en los cinco documentos que, justo en ese momento, se encontraban en debate (CONASA, Mesa XIII, FUSADES, COLMES y STISSS)⁶¹.

Es así como en diciembre de 2000, el Consejo Nacional de Reforma hizo entrega formal al presidente de la república, de su “Propuesta de Reforma Integral de Salud”, en la que se definieron siete lineamientos generales para impulsar el proceso de reforma haciendo énfasis en la consolidación del sistema nacional de salud, la integralidad del modelo de atención (promoción, prevención, curación), la institucionalización de la participación social y la descentralización como ejes transversales del sistema, el desarrollo de los recursos humanos y la respuesta intersectorial así como en la universalidad de los servicios sociales para toda la población.

Por casi dos años, fue postergada la conformación de la Comisión de Seguimiento de la Propuesta de Reforma, que retomaría aspectos trascendentales como el modo de financiamiento, el marco legal y la participación social en el proceso, hasta, que a mediados de 2002, y en contexto de realización del III Tercer Encuentro Nacional de la Empresa Privada (ENADE 2002) , tema de la privatización y concesión de los servicios públicos, particularmente los relativos a la salud y a los prestados por el ISSS, volvió a colocarse en la discusión nacional, sobretudo, porque, esta

⁶¹ El Consejo de Reforma del Sector Salud estuvo integrada por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, la Directora del ISSS y un representante de los Proveedores Privados de Servicios de Salud, las Gremiales Profesionales, los Usuarios y las Instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud y las Gremiales Empresariales.

vez, se vislumbró una ruptura respecto a la Propuesta de Reforma Integral de Sector salud, a pesar que seguía sin retomarse el sentido de la misma.

Desde mediados de 2003 y con el apremio de una población que demanda servicios de salud de calidad, oportunos y con calidez humana, así como condiciones más apropiadas para avanzar en el logro de su máximo bienestar físico emocional y social, se presento un panorama decisivo para retomar un Proceso de Reforma del Sector Salud que se encontraba en situación de aletargo después de que quedara pendiente el seguimiento a la “Propuesta de Reforma Integral de Salud” del Consejo Nacional de la Reforma, años atrás, pero sobre todo después de comprobar que se iba configurando un mayor desencuentro, fragmentación y falta de consenso respecto al tema.

La reforma del sector salud que se propone, según la Propuesta de Reforma Integral de Salud debe estar guiada por nueve lineamientos generales entre ellos:⁶²

- Consolidar un Sistema Nacional de Salud.
- Consolidar un modelo de atención basado en la promoción, la prevención y la atención primaria de salud.
- Promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud.
- Garantizar servicios esenciales de salud a toda la población.

⁶² Informe de la PDDH, Afectaciones al Derecho a la Salud, Op. Cit. Pág. 20

2.3 MARCO NORMATIVO LEGAL

2.3.1 LEGISLACIÓN INTERNACIONAL Y EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

Sistema Universal.

El proceso de internacionalización de los derechos humanos, tiene su origen en la Carta de las Naciones Unidas y su continuación en la adopción de diversos Instrumentos Internacionales de distinto rango y contenido, esto desembocando en la Constitución de un Derecho Internacional de los Derechos Humanos, cuya finalidad primordial reside en proteger los derechos y libertades fundamentales del ser humano en el ámbito internacional.

La primera característica que resulta destacar respecto de las normas que lo componen es precisamente su Heterogeneidad, que se traduce en un distinto alcance jurídico, así como su carácter dinámico y evolutivo en tanto que se trata de un derecho abierto a las nuevas necesidades de cada momento histórico.⁶³

El proceso hacia la concreción de los derechos humanos se ha llevado a cabo a través de la adopción de una serie de instrumentos internacionales, entre los que hay que destacar los de carácter convencional, que van desde los convenios generales, que hacen referencia a todos los derechos humanos o a un grupo importante de ellos, como son los Pactos Internacionales de Derechos Humanos; los convenios específicos, que tienen por objeto la protección de un derecho bien definido, como la Convención para la Prevención y Sanción del Crimen del Genocidio o la Convención Sobre la Tortura; los convenios relativos a las discriminaciones, que se refieren a las condiciones del ejercicio de tales derechos, como la

⁶³ Ivette Rocío Araujo Velásquez, op.citp. Pág. 118

Convención Sobre la Prevención del Crimen de Apartheid o a los convenios relativos de ciertas categorías de grupos humanos, como la mujer, los refugiados o los combatientes, entre otros.

Carta de las Naciones Unidas⁶⁴

La Carta de las Naciones Unidas es el documento constituyente de la Organización: no solo determina los derechos y obligaciones de los Estados miembros si no que establece los órganos y procedimientos de las Naciones Unidas.

La Carta es también un Tratado Internacional que codifica los principios fundamentales de las relaciones internacionales, desde la igualdad soberana de los Estados hasta la prohibición de la utilización de la fuerza en las relaciones internacionales.

En la Carta de la ONU no se nombra en ningún momento como tal el derecho a la salud, sin embargo, nos parece conveniente hacer la observación siguiente; que la Carta reconoce expresamente el promover la solución de problemas internacionales de carácter económicos, sociales, sanitarios entre otros; asimismo reconoce el respeto universal de los derechos humanos, y si se toma en cuenta que la salud constituye uno de esos derechos (tal como lo tipifica entre sus principios la Constitución de la Organización Mundial de la Salud) se puede afirmar que la Carta de la ONU reconoce implícitamente el respeto del derecho a la salud.

En el sentido anterior se expresa el Art. 55 de la Carta de la ONU, a saber: ***“Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y el bienestar necesario para las relaciones pacíficas y amistosas entre las***

⁶⁴ Firmada el 26 de Junio de 1945 en San Francisco, al terminar la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, y entro en vigor el 24 de Octubre del mismo año.

naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y a la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá”:

- a) Niveles de vida mas elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social;
- b) La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y
- c) El respeto universal de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y a la efectividad de tales derechos y libertades.

Carta Internacional de Derechos Humanos. ⁶⁵

Tres años después de fundadas las Naciones Unidas, la Asamblea General eligió el primer pilar que sostiene el edificio jurídico del siglo XX en materia de derechos humanos, es decir la Carta Internacional de Derechos Humanos. Dicha carta fue creada sobre la base del artículo sesenta y ocho de la Carta de Naciones Unidas, a saber: ***“El Consejo Económico y Social establecerá Comisiones de orden económico y social, para la protección de los derechos humanos, así como las demás comisiones necesarias para el desempeño de sus funciones”.***

Es así como el Consejo Económico y Social estableció a principios de 1946, la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, decidiendo esta Comisión el crear tres grupos de trabajo. El primero se ocupo de elaborar una declaración de principios, el segundo de elaborar un pacto con obligatoriedad y el tercero sobre sus aplicaciones. Es así como se presento a la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948, el proyecto de

⁶⁵ Conformada por la DUDH y aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 10 de Diciembre de 1948, debieron pasar 18 años para que la Asamblea General aprobará y abriera a firma los tratados que actualmente integran la Carta Internacional de los Derechos Humanos.

la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual fue aprobada por consenso.

La Carta Internacional de Derechos Humanos esta integrada por: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos con sus Protocolos facultativos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

Declaración Universal de Derechos Humanos.⁶⁶

Como se ha advertido, la Carta de las Naciones Unidas prevé la “Promoción” de los derechos humanos y las libertades fundamentales, sin definirlos ni enumerarlos. En la Conferencia de San Francisco se formularon propuestas con miras a anexar a la Carta una Declaración de los derechos esenciales del hombre, pero esas propuestas no fueron aprobadas. No obstante revivieron durante la primera reunión de la ONU. En ella se dispuso encomendar a la Comisión de Derechos Humanos la tarea de redactar una ley internacional de derechos del hombre, la Comisión pronto llego a la conclusión de que si bien seria posible elaborar una Declaración de carácter general, resultaría más difícil llegar a un acuerdo respecto de las disposiciones que se incorporarían en un tratado jurídicamente vinculante. En consecuencia, la Comisión decidió ocuparse de una Declaración de derechos humanos para después elaborar uno o varios proyectos de tratados. De este enfoque se derivó la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Si bien la Carta de las Naciones Unidas elevó los derechos humanos a un plan internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos se ha convertido en símbolo y piedra angular de la Revolución Internacional de Derechos Humanos, esta Declaración Universal constituye uno de los hitos

⁶⁶ La Declaración Universal no es un Tratado. Fue aprobada por la Asamblea General de la ONU por medio de una Resolución que no tiene fuerza de ley, ya que la Asamblea no tuvo intención de que se crearan obligaciones jurídicamente vinculantes.

fundamentales (a igual que la Declaración Francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, la Declaración de independencia de Estados Unidos de América, etc.) en la lucha del hombre por la libertad y la dignidad humana. Su relación con estos grandes documentos históricos es indudable.

En cuanto al derecho a la salud esta expresamente reconocido en el artículo 25 número 1 de la Declaración, el cual dice: ***“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a sus familia la salud y el bienestar,...”*** Por ultimo destacamos que los derechos que proclama la Declaración no son absolutos, ya que la misma autoriza a los Estados a sancionar leyes que limiten el ejercicio de estos derechos con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden publico y del bienestar general en una sociedad democrática, pero esa autoridad que la Declaración da a los gobiernos para imponer esas limitaciones están restringida por la norma establecida en el artículo 30, el cual dice: ***“nada en la presente Declaración, podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno a los Estados, a un grupo o a una persona, para atender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y las libertades proclamadas en esta Declaración”***.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS como organismo de la ONU especializado en salud, desempeña un papel particularmente importante en la promoción de la observancia del derecho a la salud proclamado en el Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esta disposición se redactó en estrecha colaboración con dicho Organismo Internacional, que también ha formulado específicamente varios de su

programas a fin de facilitar a los Estados partes cumplir las obligaciones derivadas del mencionado artículo 12”.

El organismo especializado que coordina la acción mundial contra las enfermedades es la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS ha marcado metas ambiciosas a fin de lograr la salud para todos facilitando el acceso a la salud reproductiva, fomentando la colaboración y promoviendo estilos de vida y entornos sanos.

La OMS se creó el 7 de abril de 1948 y una de sus primeras tareas fue el combate al cólera. Tal y como establece su Constitución en el Art. 1, el objetivo de OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La OMS ha tenido logros de gran importancia tales como la eliminación de la viruela en 1980, gracias a una campaña de 10 años y, con la cooperación con otros asociados, la eliminación de la poliomielitis en América en 1994, lo que ha sido el primer paso para lograr la erradicación mundial de esta enfermedad antes de finalizar el 2005.

La OMS desempeña un papel esencial en la promoción de la atención primaria de la salud, el suministro de medicamentos esenciales, la mejora de la salubridad de las ciudades y la promoción de entornos y estilos de vida sanos.

La OMS, junto con sus socios en actividades de investigación para la salud, recopila datos sobre condiciones y necesidades actuales, especialmente en los países en desarrollo. Estas actividades permiten supervisar y mejorar la supervisión nacional e internacional de las epidemias y elaborar estrategias preventivas contra las nuevas enfermedades que integren los descubrimientos de los laboratorios con la información más reciente adquirida sobre el terreno. Además, lleva a cabo actividades de investigación que van desde la investigación epidemiológica en remotas

selvas tropicales hasta la supervisión de los avances de la investigación genética.

La OMS también establece normas internacionales sobre productos biológicos y farmacéuticos y ha elaborado el concepto de "medicamentos esenciales" como aspecto básico de la atención primaria de la salud. Además ha elaborado una "lista modelo" de 306 medicamentos y vacunas esenciales para prevenir o tratar más del 80 % de los problemas de salud, la cual casi 160 países han adaptado a sus necesidades. También coopera con los países miembros, la sociedad civil y la industria farmacéutica para elaborar nuevos medicamentos esenciales para combatir los problemas de salud más importantes en los países pobres y de ingresos medios, así como en la producción de medicamentos esenciales⁶⁷ de utilización habitual.

La Organización Mundial de la Salud supervisa la recopilación de información mundial sobre enfermedades transmisibles, efectúa estadísticas comparativas sobre salud y enfermedades y establece normas internacionales para la salubridad de los alimentos, así como para los productos biológicos y farmacéuticos. También es la entidad que mejor ha evaluado los posibles efectos carcinógenos de ciertos contaminantes y ha promulgado directrices para la lucha mundial contra el VIH/SIDA que han sido aceptados por todos los países.

En ese mismo sentido existe la Organización Panamericana de la Salud que es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte

⁶⁷ Se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Son seleccionados atendiendo a su importancia para la salud pública a la evidencia sobre su eficacia e inocuidad y a su relación costo-eficacia comparativo.

del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.⁶⁸

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al igual que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, tuvieron por objeto transformar los principios proclamados en la Declaración Universal en obligaciones dimanadas de tratados. Ello significó que hubo que traducir la noble retórica de la Declaración al lenguaje preciso de la Ley y fue preciso estipular con considerable detalle las excepciones, las limitaciones o restricciones al ejercicio de los derechos contenidos en ella.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene una lista más extensa y completa en los mismos, que la Declaración Universal. En él se reconocen los derechos al trabajo, a formar sindicatos y/o afiliarse a ellos, a la seguridad social, a la protección de la familia a un nivel de vida adecuado *a disfrutar del más alto grado posible de salud física y mental entre otros.*

En cuanto al derecho a la salud, el artículo 12 se encarga de regularlo, a saber:

- 1- Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- 2- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:

⁶⁸ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 de 16 de diciembre de 1966. *Entra en vigor:* 3 de enero de 1976.

- a)** La reducción de mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b)** El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c)** La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole, la lucha contra ellas; y
- d)** La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El contenido del concepto legal que antecede es el fundamento esencial del derecho a la salud; en el orden universal desde luego no solo porque el Pacto crea obligaciones jurídicas para los Estados Partes, sino también porque el mismo establece los mecanismos de control internacional.

Finalmente se habla de los mecanismos de control que el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales determina; este establece el procedimiento de informes en virtud del cual los Estados miembros exponen periódicamente al Consejo Económico y Social de la ONU las medidas que han adoptado y los progresos que han alcanzado para asegurar el respeto garantizado por él. Estos informes junto con los recibidos por el Organismo Especializado de la ONU en fomentar y proteger el más alto grado de salud, es decir; la Organización Mundial de la Salud (OMS), son analizados por el Consejo Económico y Social y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Las conclusiones generales y recomendaciones de la OMS se transmiten a la Asamblea General de la ONU, para que esta tome las medidas pertinentes.

Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales⁶⁹

Las funciones de este Comité tienen que ver con la aplicación del Pacto Internacional de DESC. El comité examina los informes de los Estados partes sobre las medidas que han adoptado y los progresos que han realizado en la promoción de los Derechos reconocidos en el Pacto, presta asistencia al Consejo Económico y Social en el desempeño de sus funciones de supervisión relativas al Pacto, formulando para ello sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes presentados por los Estado partes y los Organismos especializados interesados.

Como en el caso del Comité de Derechos Humanos, los representantes de los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales pueden asistir a las reuniones del Comité de DESC cuando se examinan sus informes, hacer declaraciones sobre los informes de sus Estados y responder a la preguntas que les planteen los miembros del Comité.⁷⁰

Sistema Americano.

La existencia de sistemas regionales como lo son el Europeo, Africano y el Americano, puede atribuirse a la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos, a las dificultades con las que tropezó la ONU para redactar los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y a la noción de que, en general, sería más fácil aplicar los derechos proclamados por la

⁶⁹ Este Comité, que fue establecido en 1985 por el Consejo Económico y Social, lo constituye 18 expertos de reconocida competencia en la esfera de los Derechos Humanos que actúan a título personal. Sus miembros son elegidos por el Consejo para un periodo de cuatro años mediante votación secreta, partiendo de una lista presentada por los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales.

⁷⁰ONU, Mecanismos para los Derechos Humanos, Folleto Informativo N° 1, Pág. 15.

Declaración Universal por medio de los organismos regionales que por medio de la ONU, se consideraba que los Estados Partes en los grupos regionales compartían a menudo muchas tradiciones jurídica, políticas, económicas, sociales y culturales. Las organizaciones regionales por ende podrían avanzar más rápidamente que la ONU en la elaboración de regímenes eficientes de protección de los derechos humanos.

En cuanto al Sistema Americano, sus Estados han llegado en proceso evolutivo a estructurar un sistema regional de promoción y protección de los derechos humanos en el que se reconoce la existencia de los mismos, se han establecido normas de conducta tendientes a protegerlos y se crean órganos destinados a velar por su observancia.

Este Sistema Americano se inicio formalmente a raíz de la novena Conferencia Internacional Americana, celebrada en Bogota en abril de 1948, en la que tuvieron su origen la Carta de la OEA, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y la Carta Internacional de Garantías Sociales.

La culminación de este proceso lo constituye la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, ó Pacto de San José Costa Rica, y su Protocolo Adicional ó Protocolo de San Salvador.

2.3.2 SISTEMAS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

A Nivel Internacional.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos⁷¹ establece los siguientes Mecanismos de Protección en caso de violación a Derechos Humanos, para el caso el Derecho a la Salud: el Art. 4 sostiene la protección del Derecho a la vida a partir del momento de la concepción, y tiene un contenido mucho más amplio que el de simplemente no morir como

⁷¹ Suscrita en San José de Costa Rica el 22 de Noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos (OEA).

consecuencia de una acción u omisión atribuible, según las normas de derecho internacional, a un Estado. El derecho a la vida, en ese contenido es mucho más amplio, presupone *inter alia* que la vida se desarrolle en condiciones de calidad tales que permitan el desarrollo de la personalidad. Así mismo tienen relación los referidos a la integridad personal (artículo 5); igualdad ante la ley (artículo 24) y protección judicial (artículo 25), Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 26), en concordancia con la obligación general prevista en el artículo 1 y el deber previsto en el artículo 2 del instrumento internacional citado.

En caso de violación según la CADH en el Art. 44 establece: *“Cualquier persona o grupo de persona, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembros de la Organización, puede presentar a la Comisión peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de esta Convención por un Estado parte”*.

En el mismo sentido el Protocolo de San Salvador⁷² establece en el Art. 10 el Derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En caso de violación a este Derecho fundamental e inherente de la persona humana, se establecen en el Art. 19 las medidas de protección como lo son los informes. En relación con el Derecho a la Salud y según el Protocolo de San Salvador en el Art. 1 “Los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas necesarias para la plena efectividad de los derechos que se reconocen en dicho Protocolo, para el caso en el Art. 10 del Protocolo en mención se establece la protección del Derecho a la Salud de toda persona. Es así que en casos de violación a este Derecho, la persona o personas afectadas pueden acudir a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos siempre y cuando haya agotado todas las instancias establecidas en el Art. 46

⁷² Ratificado por Decreto Legislativo numero 320, del 30 de marzo de 1995, publicado en el D. O. N° 82, Tomo N° 327, del 5 de mayo de 1995.

de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El Art. 19 del mismo Protocolo establece los medios de protección así como también menciona el párrafo 6º que se podrán presentar peticiones individuales.

El antecedente nacional de esta materia es el caso del Señor Odir Miranda, quien por falta de pronunciamiento inmediato en las Instancias Nacionales, acudió a dicha Comisión en busca de una solución por la negación de proporcionar los medicamentos adecuados para el tratamiento de su enfermedad, pronunciándose ésta a favor del Señor Miranda, este caso no paso a la Corte Interamericana de Derechos Humanos; sin embargo, para que la Corte pueda conocer de cualquier caso es necesario que se hayan agotado los procedimientos previstos en los Art. 48 a 50 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, posteriormente se sigue el procedimiento establecido de la Convención en referencia.

Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Para acceder a los mecanismos de Protección Interamericano de Derechos Humanos, es necesario que se hayan agotado los recursos de jurisdicción interna, de acuerdo al literal a) del Art. 46 de CADH. Los órganos competentes para conocer sobre las violaciones a derechos humanos son: La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Procedimiento ante la Comisión.

La principal función de la Comisión, es la de promover la observancia y defensa de los derechos humanos, incluyendo el Derecho a la Salud. Cualquier persona o grupo de personas o entidades no gubernamentales legalmente reconocidas pueden acceder al mecanismo de protección que

establece la Convención Americana de Derechos Humanos y la Carta de la OEA, la Comisión, a través de denuncias o quejas de violación de algún derecho.⁷³

Una vez admitida la denuncia, la Comisión, pide informe al gobierno del Estado a la cual pertenezca la autoridad señalada como responsable de la violación alegada, fijando un plazo razonable para recibir dicho informe. Recibido los informes, la Comisión procederá a verificar si existen o no tales violaciones, solicitando al Estado que se le proporcione las facilidades necesarias para realizar dicha investigación; podrá a la vez recibir las exposiciones verbales o escritas que presente los interesados.

Si la violación es muy grave, la Comisión realizara la investigación sin previo conocimiento del Estado. Sin embargo, la Comisión se pondrá a disposición de las partes interesadas para que estas lleguen a un acuerdo amistoso, redactando un informe de dichos acuerdos.

Al no haber acuerdo por las partes interesadas, la Comisión redactara un informe, que expondrá los hechos y sus conclusiones formulando las proposiciones y recomendaciones que juzgue adecuadas. Si en el plazo de tres meses a partir de la remisión de los Estado interesados de los informes de la Comisión, la violación no ha sido solucionada o remitida a la Corte, la Comisión puede emitir su opinión en conclusiones finales por la mayoría absoluta de votos de sus miembros, acordando las medidas que deben adoptar el Estado para que cesen las violaciones y garantizar el Derecho a la Salud.

⁷³ El denunciado debe ser un Estado Parte de la Convención o un Estado miembro de la OEA, puede ser un individuo, un grupo u otro Estado Atr. 44 y 45 de la CADH.

Procedimiento ante la Corte.

Para acceder a la competencia de la Corte es necesario haber agotado el procedimiento ante la Comisión (Art. 48 al 50) de la CADH y solo podrán acceder los Estados miembros o la Comisión; (El Salvador adoptó la competencia de la Corte por Decreto Legislativo N° 320 de 30 de Marzo de 1995, publicado en el Diario Oficial N° 82 de 5 de Mayo de 1994). Cuando ha existido violación la Corte dispondrá que se garantice al lesionado el goce de sus derechos, al mismo tiempo que se les reparen la consecuencia de la medida o situación que ha llevado a la vulneración de dicho derecho.

El fallo que emite la Corte será definitivo e inapelable de acuerdo al Art. 67 de la CADH. El Estado tiene la obligación de cumplir la decisión de la Corte.⁷⁴

A Nivel Nacional.

La Constitución de nuestro país reconoce que **“es obligación de Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social”** (Art. 1.3) y dispone que **“la salud de los habitantes de la República constituye un bien público que obliga, desde un punto de vista dual (en torno a un derecho, como la que se genera tanto para el Estado como para las mismas personas), tanto al Estado como a las personas, a velar por su conservación y restablecimiento”** (Art. 65).

Se ha considerado la salud como un derecho humano, al haber sido “positivado constitucionalmente en virtud de considerar que no basta proteger al hombre únicamente en su dimensión individual, sino como miembro de

⁷⁴ Ángel Mauricio Escobar Hernández y otros, Los Medios de Comunicación Social y la Importancia de la Libertad de Expresión e Información para el Respeto y Garantía de los Derechos Humanos. Pág.115, 116, 117 y 118.

una colectividad en la que, coordinadamente con la comunidad política, contribuya a realizar metas comunes”, lo cual es congruente y se sustenta en la disposición constitucional que establece que “el Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación” (Art. 65).

La Constitución reconoce, igualmente, el derecho a la Seguridad Social (Art. 50), aunque el mismo se encuentra agrupado en el texto constitucional junto al derecho al trabajo. Además el precepto constitucional establece que “la seguridad social constituye un servicio público de carácter obligatorio”, remitiendo a la legislación secundaria la regulación de su alcance, extensión y forma, pero estableciendo que “dicho servicio será prestado por una o varias instituciones, las que deberán guardar entre sí la adecuada coordinación para asegurar una buena política de protección social, en forma especializada y con optima utilización de los recursos”.

Proceso Constitucional de Amparo.

El amparo es una garantía diseñada para la protección de los Derechos fundamentales, esta idea se desprende de lo establecido en el Art. 247 CN y la necesidad de estructurar un sistema de tutela de los derechos fundamentales. El amparo es: “*Una garantía que tutela o protege los derechos concretos o difusos, implícitos o explícitos, individuales o sociales, humanos o fundamentales y principios consagrados constitucionalmente*”.⁷⁵ El ámbito de aplicación del proceso de amparo incluye los siguientes actos: actos administrativos, leyes auto-aplicativas y resoluciones violatorias de derechos fundamentales.

Frente a uno de los actos que violentan al Derecho a la Salud procede el proceso de amparo. Partiendo que la titularidad de este derecho

⁷⁵ Aldo Enrique Cader Camilot, El Proceso Constitucional de Amparo. Pág. 28.

corresponde al Estado.⁷⁶ Así, lo regula el Inc. 1º del Art. 12 de la Ley de Procedimientos Constitucionales.⁷⁷

2.3.3 LA SALUD EN EL ORDEN JURÍDICO CONSTITUCIONAL DE ALGUNOS PAÍSES LATINOAMERICANOS.

A partir de la creación de la OMS, la salud se ha venido transformando en un importante tema para todos los países en el mundo, y es que el Derecho a la Salud y las obligaciones que han venido contrayendo los Estados de proteger y realizar el ejercicio del mismo, se encuentran reconocidas tanto en las Constituciones de cada uno como en Tratados Internacionales vigentes.

A continuación se hace una breve reseña de la evolución histórica del Derecho a la Salud en algunas Constituciones del Continente Americano:

En México, es reciente, en 1983 por medio de la reforma del artículo 4 de la Constitución, que el derecho a la protección de la salud adquiere jerarquía constitucional. En la etapa del México independiente, la Constitución de 1824 de corte federalista no hizo ninguna referencia a la materia sanitaria que quedaba reservada a los Estados de la Unión.

En la Constitución actualmente vigente; en el campo del derecho a la protección a la salud, se encuentra la garantía constitucional consagrada en el artículo 4 mediante reforma de 3 de febrero de 1983. En esta disposición

⁷⁶ Según Aldo Enrique Cader Camilot: adquiere legitimación procesal para plantear la pretensión constitucional de Amparo, en virtud de la protección de los intereses difusos, cualquier persona que considere que se le vulnere un derecho de tal naturaleza, sin necesidad que intervengan en el proceso los demás titulares del mismo.

⁷⁷ Toda persona puede pedir Amparo ante la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia por violación de los Derechos que le otorga la Constitución. La acción de Amparo procede contra toda clase de acciones y u omisiones de cualquier autoridad, funcionario del Estado o de sus Órganos Descentralizados y de las Sentencias definitivas pronunciadas por la Sala de lo Contencioso Administrativo que violen aquellos Derechos u obstaculicen su ejercicio.

se hace referencia directa a la salud, así mismo se reconoce en el Art. 73 siendo ambas disposiciones la piedra angular del marco jurídico de la salud en México.⁷⁸

Podemos decir que, los preceptos señalados demuestran la gran preocupación que a lo largo de la historia, ha tenido el constituyente mexicano para que en la Carta Magna se plasmaran de manera directa o indirecta disposiciones encaminadas a la protección de la salud del individuo.

En Honduras, el casi permanente conflicto por el poder político desde finales del siglo pasado hasta la primera mitad del presente, hace posible identificar un vacío prolongado en la normativa constitucional en materia de salud.

A raíz de la Creación de la Organización Mundial de la Salud y a su acción catalítica y sistemática, se imprimen nuevas connotaciones y directrices a los conceptos gubernamentales, iniciándose estas con la creación de la Secretaria de Estado de Salud Publica (Constitución de 1957, Art. 206) bajo cuya responsabilidad se coordinaran los esfuerzos en la materia y reestablecieran los lineamientos en la Política Nacional de Salud. En 1959 se decretaron la Ley del Seguro Social y el Código del Trabajo, cuerpos legales que representan una gran evolución en materia de salud y seguridad social en Honduras.

Es recién a partir de 1972 que se establecen definiciones políticas en materia de salud que incluyen la adjudicación de recursos humanos; acciones para la construcción y mantenimiento de locales de salud; formulación de políticas y estrategias; programación presupuestaria y de inversiones; salud oral; salud mental; nutrición; producción local y consumo de alcantarillados y agua potable para las comunidades; la ampliación de la

⁷⁸ Ivette Rocío Araujo Velásquez, Op. Cit. Pág. 30, 31, 32

cobertura de la seguridad social al sector rural; inmunizaciones, atenciones médico hospitalarios y otros.

La Constitución actual contiene normas relativas a la salud. El Capítulo VII del Título III, “De la Salud”, dedica desde el artículo 145 hasta el 150 inclusive, a regulaciones que inciden directamente en la salud. La Constitución vigente es categórica al reconocer en el artículo 145 el derecho a la protección de la salud. En virtud de esta norma, que no lo limita a una categoría socio-profesional determinada, se universaliza tal derecho y compete dentro de su campo tanto a la salud personal como a la de la comunidad.

En Chile, los textos constitucionales casi no tuvieron vigencia o esta alcanzó en el mejor de los casos, unos pocos años. Así la Constitución provisoria de 1818, al ocuparse de los cabildos les encargaba a sus miembros el fomento de los hospicios, hospitales y cuanto sea de interés al beneficio público.

Más abundante en referencias a la salud es la Constitución de 1823, la llamada “Constitución moralista de Juan Gaña”, que es un texto caracterizado por la minuciosas regulaciones que contiene. La Constitución de 1882, última de la época de los ensayos constitucionales, encarga a las Asambleas Provinciales inspeccionar la administración de los establecimientos de salubridad y a las municipalidades promover y ejecutar mejoras sobre la policía de salubridad, establecer hospitales, lo cual reflejaba en esta materia el amplio grado de descentralización administrativa que aspiraba establecer en el país.

En la Constitución de 1833 encontramos un par de referencias a la salud. Una aparece en el artículo 151, que garantiza que “ninguna clase de trabajo o industria puede ser prohibida, a menos que se oponga a las buenas

costumbres, a la seguridad o *la salubridad pública*, o que exija el interés nacional y una ley lo declare así. La otra se encuentra en el artículo 128 que se ocupa de la competencia de las municipalidades, a las que corresponden dentro de su territorio el cuidado de la policía de salubridad y de los hospitales, hospicios y demás establecimientos de beneficencia,⁷⁹ aquí se considera que la Constitución se preocupa brevemente de la salud individual al hacer recaer sobre las municipalidades de hospitales y hospicios, lo que hará una posibilidad para que las personas que padeciesen enfermedades, fueran o no transmisibles puedan obtener tratamiento.

La Constitución de 1925 aparece en un momento en que la preocupación por la salud y otros problemas sociales comienzan a llegar con más intensidad a los textos constitucionales. No es extraño, por consiguiente, que en ella tenga acogida esta tendencia del constitucionalismo posterior a la Guerra Mundial.

Pero es la reforma constitucional de la Ley N° 17, 398 conocidas como Estatuto de Garantías Constitucionales, la que da innovaciones más amplias de las normas de la Constitución que inciden directa o indirectamente sobre la salud. Con posterioridad 1973 y antes de 1980, fecha en que se promulga la actual Constitución, es digna de resaltar el Acta Constitucional N° 3 de 1976 que tiene por epígrafe “De los derechos y deberes constitucionales”.

Dicha Acta sustituye casi íntegramente el Capítulo III de la Constitución de 1925 sobre “Garantías constitucionales” y representa un anticipo de los que sería la nueva Constitución, pues ella está basada en los trabajos que hasta la fecha había efectuado la Comisión de Estudios.

Como bien se sabe la Constitución de los Estados Unidos de Norte América refleja la doctrina política del siglo XVII, ya que sus redactores

⁷⁹ Ivette Rocío Araujo Velásquez. op.citp. Pág. 36, 37, 38

estaban más interesados en garantizar al pueblo contra la intervención del gobierno, que en asegurar que este proporcione un plan nacional de servicios como sería la atención de la salud. Si se tiene en cuenta las ideas imperantes en el siglo XVIII en cuanto a la atención de la salud, y a la obligación de la sociedad y el gobierno de proveer y proteger la salud, es posible comprender porque la Constitución ni siquiera menciona la palabra salud; en esa época se consideraba que el gobierno y la sociedad tenían poca o ninguna responsabilidad por la salud de sus miembros.

Sin embargo, no se trata solo del caso de la salud; la Constitución no menciona tampoco ninguno de los otros derechos humanos sociales ni económicos. Una de las razones de la omisión de la salud en la Constitución es que era muy poco lo que podían hacer el gobierno o la sociedad con respecto a su protección.

En la mayoría de los casos, antes de que la aplicación de métodos científicos dieran resultados prácticos importantes en el siglo XX, la atención médica resultaba poco efectiva en el tratamiento de las enfermedades, en otras palabras, cuando se adoptó la Constitución, la atención organizada de la salud a nivel nacional era un concepto desconocido debido al primitivo estado de la tecnología médica.

La ausencia de mención expresa del derecho a la salud en el texto constitucional, puede atribuirse también a la idea que la responsabilidad por la salud correspondía al gobierno local y no al federal. De esta manera, en los siglos XVIII y XIX, la atención del gobierno en el campo de la salud fue ejercida principalmente por los gobiernos estatales y locales, y no por el federal.

En años recientes, se ha hecho evidente que la atención de la salud constituye un factor decisivo para los logros de la vida, la libertad y la

búsqueda de la felicidad, derechos considerados inalienables por la declaración de Independencia de 1776. Más aún la preocupación por el bienestar general y a tomar medidas en varias áreas como mejorar el medio ambiente y el estilo de vida.

En síntesis podemos decir, que la definición de los derechos referidos a la salud en la Constitución de Estados Unidos de Norte América ha sido tarea de los tribunales, por lo general, estos han aplicado los parámetros propios del siglo XVIII, es decir, dando relevancia al libre albedrío.

La Constitución de Colombia también impuso en su numeral 9 de su artículo 15 como límite a la libertad de industria y trabajo, el atentado a la salubridad.

No es de extrañar que dentro del concepto individualista del Estado Gendarme los servicios de salud se dejaran más a la iniciativa particular que a la acción directa del Estado, el que apenas se reservaba la función de inspección y vigilancia sobre las instituciones a ese fin establecidas.

No cabe duda sobre la influencia que han tenido los múltiples instrumentos internacionales a los cuales se ha adherido Colombia, que reconocen directa o indirectamente a la salud como uno de los derechos esenciales del hombre, así como el papel que corresponde al Estado frente a la promoción de la salud de sus habitantes; en ese sentido han desempeñado una importante labor la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Aunque en la Constitución vigente de Colombia, proveniente de la carta original de 1886, no existen normas directas que reconozcan como primordial deber del Estado el cuidado de la salud de sus habitantes, sus cláusulas generales han permitido estructurar una legislación moderna en

materia de derecho sanitario, en la que cabe destacar la organización de los servicios de salud como un Sistema Nacional de Salud, acatando las recomendaciones de la OPS hechas en 1969.

En Argentina el único texto que ha existido es el originario de 1853; que entró en vigencia hasta 1860. Sin embargo, vale recordar que en 1949, durante el régimen Peronista (1946-1955), se llevó a cabo una reforma a la Constitución que bien puede ser reputada como una nueva Constitución. El texto de 1949 propuso en declaraciones, algunas de las cuales hacían alusiones a la salud.

Por último se dice que la Constitución Argentina no contiene ninguna norma expresa que reconozca o defina el derecho a la salud como uno de los derechos humanos, esto no significa que tal silencio sea absoluto, conviene tener presente que el texto constitucional argentino es breve, sobrio y solamente traza, en general grandes marcos de referencia.

Actualmente la mayoría de países tienen reservado un Capítulo en sus Constituciones relacionado con el derecho a la Salud y la responsabilidad de cada Estado de proteger, garantizar y cumplir las obligaciones pactadas en variados instrumentos internacionales, el derecho internacional de los derechos humanos, asimismo, consagra expresamente el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Hoy en día la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

2.3.4 EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN DE EL SALVADOR (1983).

La Constitución de la República de El Salvador contiene disposiciones que inciden sobre la salud directa e indirectamente. Es así que la Sección Cuarta se refiere específicamente a La Salud Pública y Asistencia Social. Esta forma parte del Capítulo II que trata de los derechos sociales, y que junto con el capítulo I sobre derechos individuales, forman parte del Título II referente a los Derechos y Garantías fundamentales de la persona. Esta reconoce que es ***“Obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social” (art.1.3).***

Esta Sección Cuarta comprende del artículo 65 al 70 y dispone que:

Art. 65. “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.

El estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación”. Es así que este artículo obliga desde un punto de vista dual, tanto al Estado como a las personas, a velar por su conservación y restablecimiento.

Art.66. “El Estado dará asistencia gratuita a enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la desimanación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona esta obligada a someterse a dicho tratamiento”.

Art.67. “Los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos. Se establecen las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y de Administración hospitalaria”.

Art.68. “Un Consejo de Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo. Estará formado por igual número de representantes de los gremios medico, odontológico, químico farmacéutico y medico veterinario; tendrá un presidente y un secretario de nombramiento del Órgano Ejecutivo, quienes no pertenecerán a ninguna de dichas profesiones. La ley determinará su organización.

El ejercicio de las profesiones que se relacionen de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión. Estos organismos tendrán facultad para suspender el ejercicio profesional a los miembros del gremio bajo su control, cuando ejerzan su profesión con manifiesta inmoralidad o incapacidad. La suspensión de profesionales podrá resolverse por los organismos competentes con solo la robustez moral de la prueba.

El Consejo Superior de Salud Pública conocerá y resolverá de los recursos que se interpongan en contra de las resoluciones pronunciadas por los organismos a que alude el inciso anterior”

Art.69. “El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia.

Así mismo el estado controlará la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar”.

Art.70. “El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo”

2.3.5 LEGISLACIÓN SECUNDARIA QUE PROTEGEN EL DERECHO A LA SALUD.

Además de la Constitución de la República de El Salvador que es la ley primaria, existen leyes especiales que regulan o tienen relación con el

derecho a la Salud Pública y Asistencia Social, entre ellas están: El Código de Salud, Código Penal, Ley del Consejo Superior de Salud y de las Juntas de vigilancia de las Profesiones de Salud (J.V.P.S) , Ley de Medio Ambiente ,Código Municipal, de los cuales se tomarán los artículos que están más íntimamente relacionados con la protección a este derecho.

Código de Salud. (C.S)

El Art.1. define el Objeto de este que es:

“Desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización, funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y las relaciones de estos entre sí en el ejercicio profesiones relativas a la salud del pueblo”.

Entre algunos aspectos importantes que contempla este código se pueden hacer mención los siguientes:

Art. 2 referente a: “Los Organismos estatales, entes autónomos y en general los funcionarios y autoridades de la administración pública, así como los particulares, sean estas personas naturales o jurídicas, quedan obligados a prestar toda su colaboración a las autoridades de Salud Pública y coordinar sus actividades para la obtención de sus objetivos”.

Art.4 “Quedan sujetos a las disposiciones del presente código, la organización y funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que vigilarán el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo; los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de salud”.

Atr. 8. “El Consejo Superior de Salud Publica estará formado por catorce miembros, un Presidente y un Secretario nombrado por el Órgano Ejecutivo y tres representantes electos de entre sus miembros por cada uno de los gremios: Medico, Odontológico, Químico-Farmacéutico y Médico Veterinario.”

El Capitulo II habla de las Atribuciones del Consejo y están desarrolladas en el **Art. 14** entre las cuales están:

Son atribuciones del Consejo:

a) Velar por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;

b) Vigilar el funcionamiento de todos los organismos, instituciones y dependencias del Estado, cuyas actividades se relacionan con la salud del pueblo, presentando al Ministerio las recomendaciones para su perfeccionamiento señalando específicamente las anomalías que deban corregirse;

c) Contribuir al progreso de los estudios de las profesiones y disciplinas relacionadas con la salud Pública, por los medios que estime más prácticos y eficaces, prestando su colaboración a la Universidad de El Salvador y demás Universidades e Instituciones dedicadas a la enseñanza de las profesiones y señalando las mejoras a introducir en los planes de estudio, métodos de enseñanza y demás medios encaminados a esa finalidad;

ch) Autorizar previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva la apertura y funcionamiento de los centros de formación profesional relacionados con la salud del pueblo. Este informe debe ser rendido dentro de los treinta días a partir de la recepción de la documentación por la

respectiva Junta. En caso de no rendirlo el Consejo resolverá sin necesidad de él;

d) Autorizar previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva, la apertura y funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínico-biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia social, gabinetes ópticos, laboratorios de prótesis dental y ventas de medicinas en lugares donde no existe farmacia o que éstas se encuentren a más de 2 kilómetros del lugar donde se pretende abrirlas y los dedicados al servicio y atención de la salud; y a su clausura por infracciones a este Código o sus reglamentos.

Estos establecimientos son de utilidad pública en consecuencia el cierre de los mismos, sólo podrá efectuarse por resolución del Consejo.

e) Llevar un registro público para la inscripción de los establecimientos que autorice de conformidad a los literales ch) y d) de este artículo.

f) Elaborar los proyectos de Reglamentos previo informe de las Juntas de Vigilancia, a que están sometidos los organismos y establecimientos bajo su control y enviarlos al Órgano Ejecutivo por medio del Ministerio para su aprobación.

El informe a que se refiere este literal deberá ser rendido en los 30 días siguientes al de la notificación respectiva.

g) Autorizar la inscripción, importación, fabricación y expendio de especialidades Químico-Farmacéuticas, suplementos vitamínicos y otros productos o sustancias que ofrezcan una acción terapéutica fabricadas en el país o en el extranjero, con o sin receta previa y previo informe favorable de

las Juntas respectivas y siempre que cumplan los requisitos ya especificados en el correspondiente reglamento. La venta de los productos antes mencionados al consumidor, solamente podrá realizarse en las farmacias y ventas autorizadas de medicinas siempre que cumplan los requisitos ya especificados en el correspondiente reglamento. Si el Consejo no estuviere de acuerdo con el informe rendido, mandará oír a la Junta y al interesado en el término de 30 días contados estos a partir de la rendición del informe, concluidos los cuales resolverá con votación calificada.

Todos los informes solicitados por el Consejo a las Juntas respectivas, deberán ser rendidos dentro del plazo de 30 días contados a partir de la fecha de la recepción de la solicitud y en caso contrario, el Consejo impondrá a cada uno de los integrantes de la Junta una multa que oscilará entre los cien y quinientos colones según la gravedad de la infracción.

Lo dispuesto en el inciso anterior se aplicará a todos los casos en que las Juntas deben rendir informe solicitado.

h) Las autorizaciones concedidas para el expendio de Especialidades, productos oficinales y cosméticos, cuando apareciere o se comprobare que éstas constituyen un peligro para la salud o cuando no respondan a la finalidad para las cuales son ofrecidas al público, previa audiencia al infractor pudiendo para tal efecto, cancelar previo informe de las Juntas respectivas.

i) Llevar un registro público de las autorizaciones, de las especialidades químico farmacéuticas, cosméticos y otras sustancias que ofrezcan acción terapéutica.

El Consejo revisará periódicamente el listado de registros, a fin de depurar las autorizaciones concedidas previo informe favorable de las Juntas de

Vigilancia respectivas, con el propósito de que en el país se dispensen productos beneficiosos para la salud de la población, debiendo hacerlo por lo menos una vez cada tres años.

j) Establecer y regular previo informe de las Juntas respectivas el servicio obligatorio de turno, para médicos y para los establecimientos médicos y farmacéuticos;

k) Regular previo informe de las Juntas respectivas la importación y consumo de opio, morfina, cocaína, sus sales y derivados, así como toda otra sustancia o producto químico cuyo uso sea capaz de crear hábitos nocivos a la salud; extender las licencias necesarias y cumplir con las obligaciones establecidas en convenios internacionales;

l) Conocer en última instancia de los recursos que se interpongan de las resoluciones pronunciadas por las Juntas y organismos relacionados con la salud;

m) Proponer su reglamento interno y sus reformas al Órgano Ejecutivo por medio del Ministerio;

n) Calificar previamente a su publicación o difusión la propaganda de todos los productos que se han de ofrecer al público como medio de prevención y curación de las enfermedades, promoción o restablecimiento de la salud, evitando que tal propaganda implique omisión, exageración, inexactitud o que puedan inducir al consumidor a engaño, error o confusión sobre el origen del producto, los componentes o ingredientes, los beneficios o implicaciones de su caso; evitando que tal propaganda abuse de la buena fe y credibilidad de las personas.

- ñ)** Vigilar o controlar el anuncio al público de servicios profesionales que se relacionen con la salud;

- o)** Colaborar con el Órgano Ejecutivo en los ramos correspondientes y Organismos de Vigilancia respectivos, en la elaboración de las leyes y reglamentos relacionados con la salud.

- p)** Elaborar el proyecto de su presupuesto y coordinar los que remitan las Juntas, para proponerlos al Órgano Ejecutivo por medio del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social; y

- q)** Las demás atribuciones que le señale el presente Código y sus respectivos reglamentos.

- r)** Asegurarse que las respectivas Juntas realicen las inspecciones de buena práctica de manufacturas y de laboratorios en aquellos establecimientos que se dediquen a la elaboración de los productos mencionados en el literal "g" de este artículo, así como aquellas que prestan servicios al público en las cuales se realicen actividades que tengan relación directa con la salud de los usuarios, para lo cual deberán revisar documentación, equipo y otras que a su juicio consideren necesario.

- s)** Hacer del conocimiento, por medio de las Juntas respectivas, a los profesionales de la salud y a las droguerías y farmacias, el listado de los medicamentos que hayan sido prohibidos en su país de origen o determinados de alto riesgo, de acuerdo al procedimiento establecido en el literal "h" de este mismo artículo.

- t)** Comisionar a la Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutica, para que pueda constatar periódicamente que todos los productos a los que se refiere el literal g) del presente artículo, lleven junto a la marca comercial

del producto, la denominación genérica del o los principios activos que contienen y se señale además la fecha de su elaboración, caducidad y número de lote; esta información deberá destacarse de forma adecuada en la literatura respectiva.

En los casos de productos que son dispensados con receta médica, se exigirá además que el facultativo incorpore en la receta el nombre genérico del producto junto al nombre comercial.

u) Cerciorarse para beneficio de una mejor atención de la salud, que los establecimientos mencionados en el literal d), deben tener como responsables o regentes del mismo a profesionales especializados en la actividad científica que deben desarrollar, sea o no académico su propietario; esta disposición no se aplicará en las ventas de medicinas, caso contrario el Consejo previo informe de la Junta respectiva, ordenará al propietario del establecimiento subsane la anomalía encontrada y caso no sea corregida, el Consejo ordenará su clausura.

v) Autorizar los traslados o cambios de domicilio de los establecimientos mencionados, en el literal d) del Art. 14.

x) Autorizar la introducción al país de medicamentos que instituciones u organismos extranjeros envíen en calidad de donación y de acuerdo a las normas que se establezcan.

Entre las Obligaciones, Derechos y Prohibiciones podemos mencionar:

Art. 33. “Son obligaciones de los profesionales, técnico auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud, las siguientes: Atender en la mejor forma a toda persona que solicitare sus servicios profesionales, ateniéndose

siempre a su condición humana, sin distinciones de nacionalidad, religión, raza, credo político ni clase social; Atender inmediatamente casos de emergencia para los que fueren requeridos”.

Art. 40. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud”.

Entre las atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están:

Art. 41 Corresponde al Ministerio:

1. Orientar la política gubernamental en materia de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Elaborar los proyectos de Ley y Reglamentos de acuerdo a este Código que fueren necesarios;
3. Intervenir en el estudio y aprobación de los tratados, convenios y cualquier acuerdo internacional relacionado con la salud;
4. Sostener y fomentar los programas de salud de carácter regional centroamericano aprobados por los organismos correspondientes;
5. Propiciar las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.

Art. 42. El Ministerio por medio de la Dirección General de Salud como Organismo Técnico, será el encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes, así como las complementarias pertinentes en todo el territorio de la República, a través de sus dependencias regionales y locales de acuerdo a las disposiciones de este Código y Reglamentos sobre la materia.

Art. 204. “El Ministerio controlará los servicios médicos-asistenciales públicos y privados, establecidos o que se establezcan en el país, dando la orientación que considere conveniente y supervisando el efectivo funcionamiento”.

Art. 326. “ Cualquier persona mayor de dieciséis años que resultare perjudicada por una infracción contra la salud o que presenciare o tuviere conocimiento de ella, podrá denunciarla ante la autoridad de salud competente; asimismo los representantes legales, tutores o curadores podrán hacer las denuncias referidas, cuando estos representen a sociedades, menores o incapaces.

Los funcionarios o empleados técnicos del Ministerio que por razón de sus cargos presenciaren o tuvieran conocimiento de una infracción por comisión u omisión contra la salud, están obligados a ponerlo en conocimiento inmediatamente ante la autoridad de salud competente; si ellos mismos no lo fueren. De no hacerlo o de no iniciar el procedimiento, en su caso podrán ser sancionados, siguiendo los procesos establecidos por la Ley del Servicio Civil...”

Código Municipal.

Por su parte, los gobiernos locales se ejercen en las municipalidades, teniendo carácter autónomo, en lo económico, técnico y administrativo, y cuyas facultades se rigen por el Decreto Legislativo 274/1986 mediante el que se aprueba el Código Municipal (art. 202 y 203 CN.). Estos deben de conducir y gerenciar el bien común local.

Art. 4. “Compete a los municipios:

1. La promoción y *desarrollo de programas de salud*, como saneamiento ambiental, prevención y combate de enfermedades.

2. La prestación de servicios de aseo, barrido de calles, recolección y disposición final de basuras”.

Asimismo, los gobiernos locales ejercen facultades que, indirectamente, impactan en la protección del goce de la salud de la población, en particular las relacionadas con:

➤ La elaboración, aprobación y ejecución de planes de desarrollo urbano y rurales de la localidad.

Código Penal.

Este código tiene una concepción garantista, para restringir la violencia social con una función punitiva, la cual se utiliza como ultimo recurso para resolver conflictos, esta ley regula los delitos relativos a la salud pública y establece las sanciones cuando se cometen violaciones que van en contra al Derecho a la Salud y bienestar de las personas.

Esta contemplado en el Titulo XII Delitos Relativos a la Salud Pública y se divide en dos Capítulos, el primero contiene los “Delitos relativos a los productos químico, medicinales, alimenticios, y aguas que se encuentran comprendidos del Art. 271 al 277.

Art. 272. El que hallándose autorizado para el trafico de sustancias nocivas o productos químicos y farmacéuticos o de cualquier otra sustancia análoga, *que pusieren en grave peligro la salud pública*, los despachare o los suministrare sin cumplir con las formalidades de seguridad previstas en las leyes y reglamentos respectivos, será sancionado con prisión de seis meses a dos años e inhabilitación para el ejercicio de la profesión u oficio por el mismo tiempo”.

El segundo Capitulo se refiere a los Delitos Contra la Seguridad e Higiene en Centros de Trabajo, *Salud* y Estudio. Que trata de las Infracciones de Medidas de Seguridad e Higiene Art. 278.

Código de Trabajo.

Es otra ley que esta relacionada con la salud y regula en el Titulo II Seguridad e Higiene del Trabajo.

Art. 314. “todo patrono debe adoptar y poner en práctica medidas adecuadas de seguridad e higiene en los lugares de trabajo, para proteger la vida, *la salud* y la integridad corporal de sus trabajadores”.

Ley de Medio Ambiente.

Esta ley tiene relación con la salud y la regulación jurídica de está, ya que ambos Ministerios el de Salud Pública y Asistencia Social y el de Medio Ambiente trabajan de forma conjunta para garantizarle a las personas un medio ambiente sano para su desarrollo y por ende de mejores condiciones de salud.

El Titulo V Prevención y Control de la Contaminación, están reguladas las disposiciones relacionadas a la protección de la salud.

Art. 42. “Toda persona natural o jurídica, el Estado y sus entes descentralizados están obligados a evitar las acciones deteriorantes del medio ambiente a prevenir, controlar, vigilar y denunciar ante las autoridades competentes la contaminación que pueda perjudicar la salud, la calidad de vida de la población y los ecosistema, especialmente las actividades que

provoquen contaminación de la atmósfera, el agua, el suelo y el medio costero marino”.

Art. 43. “El Ministerio elaborará, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los entes e instituciones del Sistema Nacional de Gestión del Medio Ambiente, programas para prevenir y controlar la contaminación y el cumplimiento de las normas de calidad. Dentro de los mismos se promoverá la introducción gradual de programas de autorregulación por parte de los titulares de actividades, obras o proyectos”.

Art.46. “Para asegurar un eficaz control de protección contra la contaminación, se establecerá, por parte del ministerio en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y con las autoridades competentes en materia de normatividad del uso o protección del agua, el aire y el suelo, la capacidad de estos recursos como medios receptores, priorizando las zonas del país más afectadas por la contaminación”.⁸⁰

2.3.6 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

Se constituye en el “Órgano encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud, dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud” (art. 40 C.S.).

También participan, como proveedoras de servicios, en su calidad de instituciones autónomas, o dependientes de otras entidades de Gobierno, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Bienestar Magisterial, la Dirección General de Sanidad Militar de la Fuerza Armada de El Salvador (FAES), regidos jurídicamente por una relación de colaboración y coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

⁸⁰ Francisco Bertrand Galindo. Op. Cit. Pág. 224, 225.

Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

Este Consejo funciona con rango constitucional, el cuál esta conformado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico, médico veterinario, laboratorio clínico, psicología, enfermería, y otros que dicho Consejo haya calificado para integrar su respectiva junta. (Art. 68 Cn. y art. 5 C. S.)

En coordinación con el MSPAS compete al CSSP vigilar el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo, los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de salud. El Consejo Superior de Salud Pública se constituye en la máxima instancia estatal que promueve la participación articulada de diferentes sectores profesionales para velar por la salud de la población.

Gobiernos Locales.

Los que se ejercen en las municipalidades⁸¹, teniendo carácter autónomo, en lo económico, lo técnico y lo administrativo, (Art. 202 y 203 Cn.). Estos deben conducir y gerenciar el bien común local.

Comisión de Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Opera en la Asamblea Legislativa y tiene a su cargo el conocimiento y estudio especializado de la legislación, referida a esta área del quehacer legislativo y, en particular, lo relativo a la protección de servicios de salud que prestan el Estado y los particulares, incluyendo los servicios médicos,

⁸¹ El Salvador se encuentra dividido políticamente en 262 municipios, los cuales se inscriben en la división geográfica del territorio en 14 departamentos.

también dictamina sobre el informe de labores de los Ministros de Medio Ambiente y de Salud Pública.

En el actual Sistema Nacional de Salud coexisten varios subsectores: el Público, el de Seguridad Social (prestado por el ISSS), Servicios Médicos Autónomos (del magisterio y de sus grupos familiares) y el Privado (lucrativo y no lucrativo).

En El Salvador no se ha superado, aún, el debate alrededor de un sistema único o mixto de salud, lo que, a criterio de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos y de otros actores relacionados con la salud, debe ratificarse como de carácter público. Pese a la coexistencia de los servicios públicos y privados, el sector salud se caracteriza por la descoordinación, la duplicación de esfuerzos y la falta de atención de varias zonas del país, lo que deja fuera de cobertura a cerca de dos tercios de la población, especialmente en el área rural.⁸²

Ley del Sistema Básico de Salud Integral.

Aprobada por Decreto Legislativo 775 a los diez días del mes de agosto del año dos mil cinco, en la que se estableció en los Art. 3, 4 y 5 la organización del MSPAS en tres niveles:

- **SUPERIOR**, conformado por la Secretaría de Estado, rectora de la administración Pública de la salud, a quien le corresponde planificar, ejecutar la política nacional de salud, así como controlar y supervisa su aplicación y la gestión nacional de los recursos asignados,
- **REGIONAL**, conformado por las Direcciones Regionales, que constituyen el nivel técnico y administrativo gestor de los recursos asignados a los

⁸² Informe de la PDDH, Afectaciones al Derecho a la Salud, op.citp. Pág. 41.

SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral) y responsable del control de la gestión de los recursos hospitalarios, y

➤ **LOCAL**, conformado por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los SIBASI y por los hospitales.

Los servicios de salud que provee el MSPAS comprenden los tres niveles de atención:

➤ **PRIMER NIVEL**, a cargo de las unidades de salud, casas de la salud y centros rurales de salud y nutrición;

➤ **SEGUNDO NIVEL**, que incluye los hospitales nacionales generales y los hospitales nacionales regionales, y

➤ **TERCER NIVEL**, al que corresponden los hospitales nacionales especializados.

El ISSS cuenta, a nivel nacional con 11 hospitales, 34 unidades médicas, 34 clínicas comunales y 222 clínicas empresariales, una unidad de medicina física, además de seis farmacias generales (aparte de las que funcionan en los establecimientos médico –hospitalarios) y una unidad de pensionados.

La atención brindada a su población cubre programas especializados, incluidos de alta tecnología, entre los que destacan los servicios y tratamientos oncológicos, de cirugía cardiovascular, trasplante renal y cirugía oftalmológica.

Por su parte el Bienestar Magisterial provee al sector docente de servicios de medicina general y especializada, incluyendo la hospitalización, consulta externa, cirugía, administración de medicamentos, laboratorios, radiografía y además el control de niños sanos y consultas odontológicas. La atención médico-hospitalaria, al personal militar y sus familiares beneficiarios,

es prestada a través del Hospital Militar. La población en general, puede acceder a estos servicios médicos pagando por los mismos.

Las fuentes de financiamiento público del Sector Salud son diversas, pero provienen de los impuestos generales recolectados por el Estado y signados en el Presupuesto General de la Nación (Art. 223 al 227 Cn.), así como de las cotizaciones que conforme a la ley deben aportar los trabajadores y trabajadoras y el sector patronal y estatal. Ambas fuentes configuran más del 85% de dicho financiamiento, aunque el mayor peso recae sobre estas últimas, por unos seis puntos porcentuales de diferencia.⁸³

Desde el año 2001, pese al incremento progresivo en el monto de los recursos del MSPAS, la tendencia ha sido hacia la disminución en relación al presupuesto del Estado, lo que ha significado afectar el acceso a los servicios de salud de importantes sectores de la población. A finales de 2004, se creó el **Fondo Solidario para la Salud**⁸⁴ que pretende “establecer los mecanismos legales para el financiamiento y gestión de programas especiales para la conservación de la salud pública y asistencia social, con énfasis en atender lo relacionado con la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos.”⁸⁵

En el ámbito local se constituyeron los Sistemas Básicos de Salud Integral, entidades encargadas de la coordinación entre los centros hospitalarios nacionales y demás establecimientos de salud, similares y relacionados (públicos y privados), así como con los gobiernos municipales

⁸³ Políticas Públicas, Presupuesto y Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observatorio de las Políticas Públicas y DESC, Centro de Estudios Constitucionales y Derechos Humanos, San Salvador Noviembre 2006. Pág. 3.

⁸⁴ Se constituye con recursos asignados por el Ministerio de Hacienda en cada ejercicio fiscal, de los ingresos por producción y comercialización de alcohol y de bebidas alcohólicas.

⁸⁵ Informe de la PDDH, Afectación al Derecho a la Salud, Op Cit. Pág. 15.

en una determinada jurisdicción. Por otra parte, se han contabilizado en el país unas 135 ONGs, sin fines de lucro, que prestan diversos servicios de salud (médica, odontológica y nutricional), muchas de las cuales han mantenido coordinación con el MSPAS desde hace años o le han sustituido en zonas no atendidas por éste. Hay ONGs que trabajan en lugares y épocas determinadas por financiamientos eventuales e irregulares.

2.3.7 ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES.

También existen ONGs que han desarrollado verdaderos sistemas locales de salud como por ejemplo la Fundación Maquilishuat, quien ha recibido por parte del Estado la delegación de funciones de dirección territorial de salud. Ya sea porqué las ONGs se fundamentan muchas veces como parte de un sistema alternativo, contestatario o más justo de organización de los servicios o, simplemente, por la indefinición o incapacidad de las instituciones públicas, una gran parte de ellas no guarda relación alguna con el proceso estatal, dando lugar a la existencia de instalaciones repetidas o mal ubicadas, a recursos físicos y humanos subutilizados o insuficientes, a la oferta de servicios no prioritarios y al uso generalizado de procedimientos e instrumentos médicos no garantizados.⁸⁶

Constituido a finales de los noventa el Consejo de Reforma del Sector Salud, fue la primera instancia que reconoció un nivel de participación representativa de diversos sectores y ONGs especializadas en salud, para la definición de los grandes lineamientos del proceso de reforma del sistema sanitario nacional, que deberían traducirse en las políticas, medidas y demás instrumentos normativos relacionados con ella. La polémica sobre la privatización del sector hizo que, en septiembre del 2003, se creara la

⁸⁶ Entrevista personal realizada por el grupo investigador a la Dra. Jeannette Alvarado, Directora Ejecutiva de Fundación Maquilishuat, San Salvador.

CNSPRIS⁸⁷ que a mediados de mayo de 2006 entregó una propuesta a la Presidencia de la República para su consideración y eventual aprobación.

A la atención general y especializada del ISSS se suma la medicina preventiva, con posibilidad de subsidiar económicamente, de manera proporcional y temporal, una incapacidad laboral relacionada con cualquier tratamiento médico detectado en este marco. Además de los beneficios señalados, las trabajadoras aseguradas o cónyuges de trabajadores asegurados gozan en caso de maternidad, de un subsidio en dinero (si no efectúa trabajo remunerado), una ayuda para la lactancia en especie o en dinero, cuando la madre esté imposibilitada, según dictamen de los médicos del Instituto, para alimentar debidamente a su hijo.

La calidad en la asistencia sanitaria no es homogénea. En el caso de los centros hospitalarios públicos, se refiere específicamente a la atención oportuna con “dignidad y respeto” para todos los pacientes, así como a servicios inmediatos y satisfactorios, en particular en relación a las emergencias. Recibir un “trato digno y respetuoso” y un “servicio de la máxima calidad posible” están consignados incluso, como derechos de la población usuaria de los hospitales públicos.

Las quejas e inconformidad sobre los tiempos de espera son recurrentes, no sólo respecto a la atención primaria, sino también de emergencia, tanto en la red de establecimientos del MSPAS como del ISSS y, especialmente, respecto a procedimientos quirúrgicos y consulta especializada.

El derecho al medicamento no se encuentra garantizado como tal en el ordenamiento jurídico salvadoreño. El desabastecimiento de medicamentos (no solo para enfermedades crónicas sino hasta del grupo básico) ha sido una problemática permanente en la red Pública del Ministerio

⁸⁷ Comisión Nacional de Seguimiento de la Propuesta de Reforma Integral del Sector Salud.

y del ISSS, en gran medida por el insuficiente financiamiento destinado para ello. Como ya se dijo, al menos una cuarta parte de la población considera que éste es el principal problema de salud en el país.

Esta situación ha significado que, aproximadamente, la mitad de la población salvadoreña prefiera automedicarse o deba destinar un alto porcentaje de sus ingresos familiares a la compra de medicamentos recetados e inexistentes en el sistema sanitario. A ello se agrega que, según el Banco Mundial, las medicinas en el país se consideran caras y de baja calidad⁸⁸.

2.3.8 OBLIGACIONES DEL ESTADO EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD.

La salud como medio y como fin para la realización personal y social del hombre constituye un derecho humano y social cuyo reconocimiento está fuera de discusión. Es uno de los derechos del hombre que emana de la dignidad del hombre como ser humano.

La responsabilidad por la salud compete tanto al individuo y a la familia, como a la comunidad y al Estado. El cuidado de la salud personal y familiar es un deber que obliga al individuo a tomar las medidas necesarias con respecto a su vida y a su perfeccionamiento personal y del grupo familiar.

Al Estado le compete la responsabilidad por el fomento y la protección de la salud en términos de acciones concretas, tanto en su carácter de representante de los individuos en el colectivo social, como de árbitro de las relaciones entre individuos, *per se*, o como integrantes de un estrato o grupo de presión o interés.

⁸⁸ Guillermo Escobar. Op. Cit. Pág. 205, 206, 207.

La responsabilidad del Estado es una responsabilidad humanista centrada esencialmente en reconocer a cada individuo como persona y como miembro de la sociedad en igualdad de rango.

Deberes Básicos del Estado Salvadoreño.

La obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de la salud y las necesidades de la mujer.

Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.

Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad,

aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos.

Cumplir requiere, en particular, que el Estado reconozca suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. El Estado debe garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida además.

El cumplir o facilitar requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar el derecho a la salud, también tienen la obligación de cumplir un derecho específico en casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición. Promover el derecho a la salud requiere así mismo que el Estado emprenda actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población⁸⁹.

La responsabilidad de los funcionarios públicos originada en los daños que causaren en el ejercicio de sus funciones es una de las grandes conquistas de la democracia, y de inexorable existencia en el Estado Constitucional de Derecho, pues significa la sujeción del poder público al imperio del derecho.

⁸⁹ Informe de la PDDH, Afectaciones al Derecho a la Salud. op.citp. Pág. 27, 28,29.

Presupuestos para la Responsabilidad del Estado y de sus Funcionarios por Violación del Derecho a la Salud.

De acuerdo con el ordenamiento Jurídico Constitucional, el Estado y sus funcionarios son responsables por violaciones cometidas contra el derecho a la salud de cualquier gobernado, este derecho a la salud se encuentra tipificado en el Título II, sección cuarta artículos sesenta y cinco al setenta de la Constitución; en este sentido pues “solo cabe hablar de responsabilidad de los funcionarios, públicos única y exclusivamente cuando estos transgredan derecho concedidos, y de ninguna manera derechos que aun no lo estén, a menos que el ordenamiento secundario lo implante o alguna interpretación jurisprudencial derive de algún derecho ya establecido, es decir, deben ser derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico vigente; ya sea de marea expresa o implícita, sin llegar claro a interpretaciones exageradas de las norma.

Asimismo para continuar hablando de responsabilidad del Estado y de sus funcionarios es necesario que ese actuar o no actuar haya producido un daño; en efecto, en las relaciones extracontractuales está ampliamente reconocida la indemnización por daños de carácter moral, ésta se encuentra regulada en el Art. 2, inciso último de la Constitución a saber: ***“Se reconoce la indemnización conforme a la ley por daños de carácter moral”***, desafortunadamente ese “conforme a la ley” no es tal, ya que nuestro Código Civil, no reconoce expresamente ésta categoría de daño; pero puede entenderse comprendido en al Art. 2067 del Código en mención en donde se establece la indemnización por daños en general, cabe hacer énfasis que la norma fundamental no distingue quien será el sujeto activo de realizar esa indemnización, si el funcionario o el Estado mismo, y donde el constituyente no distingue, no puede distinguir el legislador.

Por otra parte esa violación al derecho a la salud tiene que ser realizada por quien ejerce poder de decisión efectivo y real al menos en su manifestación jurídico formal cabe mencionar que nos encontramos en este punto con la controversia sobre los casos en que el funcionario formalmente posee capacidad de decisión, pero en realidad por presiones externas no comprobadas al menos mediante documentos ú ordenes escritas, se ve obligado a actuar antijurídicamente, esto es por presiones, de un funcionario de jerarquía superior, como podría ser amenaza de despido o algún tipo de represalia si no toma tal o cual decisión, pese a ser lesiva al derecho a la salud de algún gobernado. Según lo dicho, cabría la posibilidad que éste funcionario sea absuelto de su presunta responsabilidad, por no existir un verdadero ánimo subjetivo culposo o doloso. No obstante el deber constitucional y legal de un funcionario de denunciar ante las máximas autoridades cualquier anomalía como la antes apuntada.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1.1 HIPOTESIS GENERALES

OBJETIVO GENERAL 1: Analizar cuales son los factores que inciden para que no haya un eficiente acceso y cobertura a los servicios de salud.					
HIPOTESIS GENERAL 1: La violación del Derecho a la Salud se debe a la falta de organización de los factores Económicos, Políticos, Sociales y Demográficos, por lo que es determinante la utilización de medidas operativas tendientes a mejorar dichos factores para una mejor distribución de los servicios públicos de salud.					
Definición Conceptual	Definición operacional	Variable Independiente	Indicadores	Variable Dependiente	Indicadores
Medidas Operativas: son las soluciones adoptadas para remediar un mal o daño.	Son las estrategias que deben tomar en cuenta las instituciones encargadas de velar por la Salud para que haya una mayor accesibilidad y mejor cobertura.	Falta de organización de los factores Económicos, Políticos, Sociales y Demográficos.	-Mala distribución de recursos económicos y humanos. -Segmentación del Derecho a la Salud. -Freno al ejercicio de este Derecho.	Utilización de medidas operativas tendientes a mejorar la distribución de los servicios públicos de salud.	-Mejora en la cobertura de los servicios de salud. -Mayor distribución del personal. -Tecnología avanzada.
OBJETIVO GENERAL 2: Determinar si las políticas que implementa el Estado son las adecuadas para el Desarrollo del Derecho a la Salud.					
HIPOTESIS GENERAL 2: Las políticas con que cuenta el Estado en materia de salud aun no son suficientes para garantizar el Derecho a la Salud de la población, por ello es indispensable la creación de una Reforma Integral Efectiva que cubra los vacíos existentes en el Sistema de Salud Pública para dar un mejor acceso y cobertura.					
Definición Conceptual	Definición Operacional	Variable Independiente	Indicadores	Variable Dependiente	Indicadores
Políticas de salud: Proposiciones generales que sirven para la orientación y conducción del sistema de servicios de salud.	Son aquellas encaminadas a promover mejoras en los servicios públicos de salud, y por lo tanto beneficiar a toda la población.	Políticas ineficientes en materia de salud.	-Políticas de acceso y Cobertura inadecuadas. -Mayor utilización de políticas de libre mercado. -Exclusión en materia de salud.	Creación de una Reforma Integral efectiva.	-Accesibilidad sin ningún tipo de barreras. -Prevención, Rehabilitación, atención psicológica. -Infraestructura adecuada. - Cuadro de medicamentos esenciales.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

OBJETIVO ESPECIFICO 1: Identificar si el presupuesto asignado al Sistema de Salud Publica es suficiente para dar cobertura a las necesidades de la población.					
HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1: El Presupuesto General asignado al rubro de Salud no ha experimentado modificaciones significativas, debido a la mala coordinación de los actores institucionales que participan en la formulación de éste; siendo necesario que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituciones afines lleguen a un consenso para que éstos recursos se proporcionen de forma equitativa dando respuesta a las necesidades básicas de salud.					
Definición Conceptual	Definición operacional	Variable Independiente	Indicadores	Variable Dependiente	Indicadores
Presupuesto General: Calculo anticipado del gasto o del coste de una obra o servicio, gastos e ingresos de una colectividad o Estado.	Es el medio a través del cual el Estado define sus prioridades y todas sus intervenciones en los diferentes ámbitos de la vida nacional.	El presupuesto General en materia de salud no ha sufrido modificaciones significativas.	-Marcado Centralismo. -Falta de disponibilidad de medicamentos e insumos; incluso de infraestructura. -Imposición de cuotas voluntarias. -Insuficiencia de Recursos Humanos.	Consenso entre las instituciones para proporcionar los recursos de forma equitativa.	-Coordinación interinstitucional. -Avances a una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud. -Cumplimiento del Principio de Equidad.
OBJETIVO ESPECIFICO 2: Establecer cuales son los obstáculos que impiden al Estado garantizar el Derecho al Acceso a la Salud.					
HIPÓTESIS ESPECIFICA 2: La modernización del sistema hospitalario brindaría una mayor atención a la población sin considerar la privatización de estos servicios, solo así la salud como un bien publico seria garantizada por parte del Estado, en el momento actual el Gobierno utiliza de forma indiferente Modernización y Privatización.					
Definición Conceptual	Definición Operacional	Variable Independiente	Indicadores	Variable Dependiente	Indicadores
Modernización: significa la adaptación a un entorno sometido permanente cambio en el que surgen nuevos retos y expectativas. Privatización: Es un mecanismo de descentralización de competencias del Estado, el cual lleva al extremo de dejar que sea el mercado el regulador de los recursos y de las políticas públicas de la prestación de servicios de salud.	Es la transferencia de servicios públicos que el Estado otorga a manos privadas, para que sean estas las encargadas de brindar estos a la población. Así, la modernización debe entenderse como la transformación desde una perspectiva organizativa y cultural.	La modernización del Sistema Hospitalario brindaría mayor atención a la población.	-Eficiente atención Medico- Hospitalaria. -Consultas a corto plazo. -Abastecimiento de Medicamentos.	El Estado utiliza de forma indiferente Modernización y Privatización.	-Alto costo de los Servicios de Salud. -Competitividad de la Economía.

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Evaluar si el Estado en materia de Derecho a la Salud cumple con el Principio de Logro Progresivo.					
HIPÓTESIS ESPECIFICA 3: El Estado Salvadoreño en materia de Salud no cumple con el Principio de Logro Progresivo, porque no adopta las medidas legislativas apropiadas para la plena efectividad del Derecho a la Salud reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; por ello es indispensable que el Estado tome en cuenta dichas medidas para garantizar el ejercicio de éste Derecho.					
Definición Conceptual	Definición operacional	Variable Independiente	Indicadores	Variable Dependiente	Indicadores
Principio de Logro Progresivo: Es aquel en el cual el Estado debe ir cumpliendo poco a poco o progresivamente las obligaciones pactadas en diferentes Instrumentos Internacionales relativos a Derechos Humanos.	Es aquel principio en el cual el Estado debe ir garantizando las condiciones adecuadas para que se respeten los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	La falta de cumplimiento por parte del Estado Salvadoreño del Principio de Logro Progresivo.	-Deficiencia de medidas tendientes a garantizar gradualmente el goce del Derecho a la Salud. -Falta de preocupación por parte del Estado para crear condiciones adecuadas y se respete el Derecho a la Salud.	Poco interés por parte del Estado de adoptar medidas legislativas apropiadas para la plena efectividad del Derecho a la Salud.	-Insuficientes esfuerzos gubernamentales. -Incumplimiento del concepto de Salud dado por la OMS. -Violación al Derecho a la Salud.
OBJETIVO ESPECIFICO 4: Determinar en que medida el Estado cumple con las recomendaciones dadas por los Organismos Nacionales e Internacionales encargados de velar por el goce del Derecho a la Salud.					
HIPÓTESIS ESPECIFICO 4: El Estado Salvadoreño no cumple con las recomendaciones dadas por los diferentes Organismos en materia de Salud, por lo que no avanza hacia la plena realización del Derecho a la Salud; por ello se requiere que el Estado y las Instituciones encargadas de velar por este Derecho le den la importancia necesaria a estas recomendaciones para mejorar progresivamente la calidad, accesibilidad y cobertura de los Servicios de Salud.					
Definición Conceptual	Definición Operacional	Variable Independiente	Indicadores	Variable Dependiente	Indicadores
Organismos Nacionales e Internacionales: Todo grupo o asociación que se extiende más allá de las fronteras de un Estado y que adopta una estructura orgánica permanente, puede englobar diferentes tipos de organizaciones (ONGs, Comunidades Religiosas, etc.). Asimismo, en la organización interna de cada Estado existen Organismos o Instituciones que velan por la protección de los Derechos Humanos.	Son aquellas instituciones encargadas de velar por el respeto de los Derechos Humanos y las cuales se pueden acudir en caso de violación de estos Derechos.	El Estado no cumple con las recomendaciones dadas por los diferentes Organismos especializados en materia de salud.	-Incumplimiento del Estado en el fomento y protección de la Salud. -Inobservancia al respeto de la salud del pueblo. -Falta de un plan detallado para el ejercicio pleno del derecho a la salud.	El Estado y las Instituciones encargadas den la importancia necesaria a las recomendaciones dadas en materia de salud para que se de la plena realización de este Derecho.	-Insuficientes esfuerzos gubernamentales. -Incumplimiento del concepto de salud dado por la OMS. -Promoción ineficaz para la protección del derecho a la salud. -Políticas de salud que impulsen la promoción, protección y respeto del Derecho a la Salud.

3.2 MÉTODO.

Según Tamayo y Tamayo el conocimiento científico es una actividad por medio de la cual el hombre adquiere certeza de la realidad y que se manifiesta como un conjunto de representaciones sobre las cuales se tiene certeza de que son verdaderas. Así el conocimiento científico es una de las formas que tiene el hombre para otorgarle un significado con sentido a la realidad.⁹⁰

En cuanto al método científico, según el autor citado es un conjunto de procedimientos por los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos del problema investigado.⁹¹

Respeto a la investigación sobre “*Acceso y Cobertura del Derecho a la Salud, periodo 2006-2007*” es necesario contar con un método, porque es la forma de extraer la realidad al cerebro, explica como se puede interpretar esa realidad. El método que se utilizará en el desarrollo del presente problema será el Método Analítico, el Método de la Síntesis y el Método Comparativo, debido a que con estos métodos se harán análisis de las diferentes teorías existentes sobre el tema objeto de estudio, llegando así a una conclusión en la cual se utilizará el Método de la Síntesis. El Método Comparativo se utilizará para realizar un contraste entre las legislaciones de los Estados o comportamientos de estos, es decir que se hará uso del Derecho Comparado para interpretar como se toma el Derecho a la Salud en diferentes países.

⁹⁰ Mario Tamayo y Tamayo, *El Proceso de la Investigación Científica*, Editorial Limusa, México, D.F. 3ª. Edición 1994. Pág. 20.

⁹¹ *Ibíd.* Pág. 26.

3.3 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

En la elaboración del Proyecto del Trabajo de Graduación sobre “El Acceso y Cobertura del Derecho a la Salud en la Ciudad de San miguel, periodo 2006-2007”; como grupo investigador se hará uso de los siguientes tipos de investigaciones:

Investigación Analítica:

Es aquella en la que se va a considerar las características más importantes del objeto de estudio, así como de las diferentes doctrinas relacionadas con el tema, la base legal y algunos elementos conceptuales. Para el caso se toma en cuenta los principales obstáculos por los que no hay una eficaz cobertura y por lo tanto no hay acceso igualitario a los servicios médicos hospitalarios para toda la población. En cuanto a doctrina se establecen las teorías más importantes dadas por los Igualitaristas, Economistas y los Libertarios, de las cuales como grupo investigador se determinará cual de ellas es la más apropiada a la investigación; con respecto a la base legal se analizarán las disposiciones de Tratados Internacionales, de la Constitución de nuestro país así como de las leyes secundarias.

Investigación Descriptiva-Comparativa:

En este tipo de investigación se deben describir aquellos aspectos más característicos distintivos y particulares del tema objeto de la investigación, o sea aquellas propiedades que las hacen reconocibles a los ojos de los demás.⁹²

⁹² Cesar Augusto Bernal Torres, Metodología de la Investigación para Administración y Economía, Pág. 111

De tal forma que, por medio de esta investigación se describirán aquellos hechos más sobresalientes del fenómeno en estudio por ejemplo: como se tomaba la Salud en la antigüedad, en la edad media, hasta la actualidad. Se hará uso también del Derecho Comparado para identificar como se toma el Derecho a la protección de la Salud en países de Latinoamérica y por supuesto en El Salvador. Es decir que nuestra investigación estará enmarcada en el campo del análisis, la comparación y la descripción.

3.4 UNIVERSO MUESTRA.

La investigación tiene dos fases importantes que son: La Teoría y La Practica, para esto es necesario construir cuadros estadísticos y gráficos que representen los resultados obtenidos. En relación al tema Acceso y Cobertura del Derecho a la Salud en la Ciudad de San Miguel, período 2006-2007, el Universo o Población estará constituida por el total de usuarios/pacientes que a diario acuden a los establecimientos públicos de salud, de los cuales serán seleccionados de acuerdo a la colaboración que brinden éstos. También se utilizarán muestras de médicos, representantes de Organizaciones No Gubernamentales así como la opinión del Procurador Adjunto de Derechos Humanos de San Miguel, lo cual permitirá obtener el banco de datos de la investigación.

Para calcular las proporciones a utilizar en el proceso de investigación de campo se aplica como formula del muestreo sistemático el siguiente:

Formula:

$$\frac{\mathbf{Nc}}{\mathbf{Nt \times 100}} = \text{Número de casos sobre el número total de casos}$$

$$\mathbf{Fa (\%) / 100} = \text{Frecuencia absoluta X el \%}$$

Ejemplo: $100 \times 0.2 = 20\%$

$$\frac{Fa}{Total} = Fr\%$$

Utilización de Conceptos Estadísticos.

UNIVERSO: totalidad de individuos o elementos de los cuales pueden representarse determinadas características susceptibles de ser estudiadas. Población de la cual se toma una muestra para realizar una investigación. Totalidad de elementos o fenómenos que conforman el ámbito de un estudio o investigación.⁹³

POBLACIÓN: Es el conjunto de todos los elementos a los cuales se refiere la investigación. Se puede definir también, como el conjunto de todas las unidades de muestreo.⁹⁴ Totalidad del fenómeno a estudiar. Personas o elementos cuya situación se esta investigando.⁹⁵

MUESTRA: Es la parte de la población que se selecciona, y de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuaran la medición y la observación de las variables objeto de estudio.⁹⁶ Es una reducida parte de un todo, de la cual nos servimos para describir las principales características de aquél. Parte representativa de la población que se investiga. Parte de las entidades o personas cuya situación de dificultad se esta investigando.⁹⁷

⁹³ Eladio Zacarías Ortez, Pasos para hacer una Investigación, Editorial Clásica Roxsil, Pág. 88

⁹⁴ Cesar Augusto Bernal Torres, Op. Cit. Pág. 158.

⁹⁵ Eladio Zacarías Ortez, Op. Cit. Pág. 151.

⁹⁶ Cesar Augusto Bernal Torres, Op. Cit. Pág. 159.

⁹⁷ Eladio Zacarías Ortez, Op. Cit. Pág. 149.

DATO: Antecedente necesario para llegar al conocimiento exacto de una cosa o para deducir las consecuencias legítimas de un hecho. Producto del registro de una respuesta.⁹⁸

FORMULA: Modelo que contiene los términos en que debe redactarse un documento. Conjunto de indicaciones o de elementos que dan una solución entre varias posiciones distintas.⁹⁹

UNIDAD DE ANÁLISIS: son el conjunto de cosas, fenómenos, procesos que de alguna manera son del mismo tipo y presentan las mismas características.¹⁰⁰

ERROR: Falso conocimiento, concepción no acorde con la realidad.¹⁰¹

HIPÓTESIS: Es una suposición respecto a algunos elementos empíricos y otros conceptuales, y sus relaciones mutuas, que surgen más allá de los hechos y las experiencias conocidas, con el propósito de llegar a una mayor comprensión de los mismos. Puede definirse también como la explicación anticipada y provisional de alguna suposición que se trate de comprobar o desaprobar a través de los antecedentes que se recopilan sobre el problema de investigación previamente planteado.¹⁰² Enunciado de una relación entre dos o más variables sujetas a una prueba empírica. Proposición o enunciado para responder tentativamente a un problema.¹⁰³

⁹⁸ *Ibíd.* Pág. 147.

⁹⁹ Ramón García Pelayo y Gross, *Diccionario Manual Larousse, Ilustrado- Enciclopédico*. Primera Edición, Enero 1998. Pág. 356.

¹⁰⁰ Eladio Zacarías Ortez, *Op. Cit.* Pág. 77.

¹⁰¹ Manuel Osorio, *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales*, Editorial Heliasta, Pág. 393.

¹⁰² Cesar Augusto Bernal Torres, *Op. Cit.* Pág. 128, 129.

¹⁰³ Eladio Zacarías Ortez, *Op. Cit.* Pág. 148.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: consiste en interpretar los productos del análisis de los datos. Explicar el sentido de algo que no está expresado claramente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: es el procedimiento práctico que permite confirmar las relaciones establecidas en la hipótesis, así como sus propias características.¹⁰⁴

En el siguiente cuadro se presenta la muestra de las unidades de análisis que implica el problema objeto de estudio.

UNIDADES DE ANÁLISIS	POBLACIÓN	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
Médicos	3	3	Entrevista No Estructurada
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales	3	3	Entrevista No Estructurada
Delegado Departamental de la PDDH San Miguel	1	1	Entrevista No Estructurada
Usuarios/Pacientes del Hospital San Juan de Dios y Unidades de Salud de San Miguel	500	100	Encuestas

¹⁰⁴ *Ibíd.* Pág. 147.

3.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

En cuanto a las técnicas documentales a utilizar en la investigación se tienen:¹⁰⁵

- **Fuentes Primarias: (Directas):** Estas constituyen el objetivo de la investigación bibliográfica o revisión de la literatura, y proporcionan datos de primera mano, por ejemplo: La Constitución, Tratados Internacionales, etc.

- **Fuentes Secundarias:** Son compilaciones y listados de referencias publicadas en un área de conocimiento en particular. Por ejemplo: ensayos, tesis, artículos periodísticos, documentos oficiales, etc.

Así mismo se hará uso de diferentes fichas como:

- Fichas bibliográficas: estas tienen como propósito analizar material impreso, es utilizada en la elaboración del marco teórico del estudio.
- Fichas esquemáticas o de resumen.

3.5.2 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

En el proceso de investigación del tema objeto de estudio, será necesario utilizar las técnicas documentales y de campo que más se han acoplado a la estructura del trabajo.

Entre las técnicas documentales utilizadas tenemos: recolección de datos referentes al problema objeto de estudio, consulta a los diferentes textos, tesis, revistas y periódicos para obtener la información necesaria para la realización del proyecto de investigación.

¹⁰⁵ Roberto Hernández Sampieri, "Metodología de la Investigación", Segunda Edición, McGraw- Hill, México, Pág. 23, 24.

Las técnicas de campo aplicadas en el proceso de investigación, para obtener los datos necesarios como la población o muestra, etc. Serán:

1. La Entrevista.
2. La Encuesta.
3. La Observación.

LA ENTREVISTA.

Que es la relación directa entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales. En el caso concreto, las entrevistas se pasarán a expertos en medicina (médicos y enfermeras) de la ciudad de San Miguel. La entrevista puede ser: **Estructurada o Semi Estructurada y No Estructurada.**

LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA se caracteriza por que las preguntas están estandarizadas y de acuerdo con un orden al que el entrevistado responde. Para la presente investigación se pasarán a las personas con conocimiento inmediatos del tema, por ejemplo: enfermeras y técnicos en la materia, etc.

LA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA: es aquella que se compone por preguntas cerradas y lleva una opción del porque de su respuesta, ésta se pasa a las personas que están a un nivel intermedio de conocimiento del tema objeto de estudio.

LA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA en esta las preguntas se van formulando conforme el entrevistado va respondiendo a las situaciones planteadas; esto significa que el entrevistador no lleva preguntas previamente elaboradas, este tipo de entrevista es más libre porque generalmente lleva preguntas abiertas y no estandarizadas, se dirigirá a conocedores de fondo del tema, por ejemplo: directores de salud y especialistas en esta materia.

LA ENCUESTA.

Que consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir establecidas en un Cuestionario, en la investigación se les pasará dichas entrevistas a la población en general, tomando para ello una muestra de ese todo de la ciudad de San Miguel.

LA OBSERVACIÓN.

Que es la que sugiere y motiva los problemas y conduce a la necesidad de la sistematización de los datos. En este caso la observación se hará revisando casos que se han dado a conocer por parte de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos en los cuales se podrá determinar si hay o no violación al Derecho a la Salud, lo cual se hará mediante la Guía de Observación.

PARTE II
INFORME DE LA INVESTIGACION

CAPITULO IV

INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1.1 ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Resultados de entrevista No Estructurada dirigida a Médicos.

Entrevista Nº 1 dirigida al Dr. José Roberto Centeno Zambrano, Sub-Director del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel.

¿Que criterios tiene sobre el concepto del derecho a la salud?

La salud es un bien intangible producto de múltiples factores condicionante, todos tenemos derecho a estar bien, a sentirnos con buen estado de salud, pero ese derecho esta ligado a condiciones y a deberes de uno mismo, de la comunidad y del Estado.

¿Considera usted que el Estado cumple con su obligación de velar por la protección de la Salud de la población?

El Estado toma este derecho y lo implementa de acuerdo a sus limitantes, por lo cual si se encarga de velar por ella, aunque la inversión y los presupuestos no permitan garantizarla.

¿Qué función realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en cuanto al cumplimiento del Derecho a la salud?

El Ministerio realiza Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, se encarga de Educar y promocionar los estados de vida saludables, de restablecer la salud cuando se ha perdido y de rehabilitar en algunos casos. Todo de acuerdo a la organización por niveles de atención.

¿Considera usted que el Estado a través de las Instituciones Públicas de salud, ha incidido en promover el acceso a la salud de la población?

Existen tres tipos de accesibilidad, la geográfica, la económica y la cultural. La red de establecimientos de El Salvador es una de las mejores a nivel de Latinoamérica, ya que existen treinta Hospitales, cerca de trescientas

cincuenta Unidades de Salud, aproximadamente cien Centro Rurales de Nutrición y sedes de Promotores en casi el setenta por ciento de los cantones. En relación a lo económico, el año pasado se suprimieron las cuotas voluntarias en la red de establecimientos Públicos. Culturalmente se trabaja en educación y acercamiento a las comunidades.

¿Según su criterio, hay suficiente cobertura para atender las necesidades de salud de la población?

Si hablamos de cobertura por extensión la red pública sería suficiente, más si se le suma la red del Seguro Social, de Bienestar Magisterial, de Sanidad Militar y el Sector Privado. Si se habla de cobertura por intensidad o por uso no, ya que existen sectores que no son cubiertos.

¿Según su opinión, el presupuesto asignado al rubro de salud por parte del Estado es el adecuado?

No.

¿Considera usted que el estado cumpliría su mandato Constitucional si privatizara los Servicios de Salud Pública?

No

¿Cuál es la diferencia para usted entre el concepto Modernización y Privatización?

Modernizar es transformar, tecnificar algo cuando esta pasado de moda u obsoleto, Privatizar es volver de carácter privado algo que era de carácter público.

¿Considera que el Estado toma en cuenta las recomendaciones dadas por los diferentes Organismos Nacionales e Internacionales en materia de salud?

Algunas veces, dependiendo de factores sociales, políticos y económicos.

¿Cree usted que son efectivas las Políticas que implementa el Ministerio de Salud Pública para atender las necesidades de salud de la población?

El presente quinquenio tiene las prioridades siguientes:

- Incrementar la cobertura en los programas maternos (prenatal, parto intrahospitalario, postnatal y planificación familiar).

- Incrementar la cobertura en los programas infantiles (crecimiento, desarrollo y nutrición):

- Alcanzar coberturas útiles en inmunización (esquema completo de vacunación en menor de cinco años y mujeres en edad fértil).

- Fortalecer las intervenciones de Saneamiento Ambiental.

- Ampliar las coberturas de servicios integrales de salud a las zonas más vulnerables.

- Reconstrucción de la red de establecimientos de salud.

¿De que manera a su criterio, cumple el Ministerio de Salud con su papel de garante de la salud pública en El Salvador?

- Para comenzar a mi criterio esta función debería ejercerla un ente diferente o desligar del Ministerio el carácter de prestador de Servicios de salud, ya que actualmente se es juez y parte al desarrollar la doble función de prestador y de garante de la salud.

- Otra debilidad es el marco legal en el cual se debe desarrollar esta función. Son varias las instituciones que tienen esta atribución en su quehacer, desde el Consejo Superior de Salud Pública hasta la Procuraduría de los Derechos Humanos.

- Al existir estas dualidades se diluye la responsabilidad, y cuando esta es de todos al final no es de nadie.

Entrevista Nº 2 dirigida a la Dra. Leyden Patricia Reyes de Cárdenas, Directora de la Unidad de Salud, Colonia Carrillo de San Miguel.

¿Que criterios tiene sobre el concepto del derecho a la salud?

Todos los salvadoreños tenemos derecho a la salud y al libre acceso, no se tiene que dar ningún tipo de discriminación ya sea por raza o nacionalidad ya que todas somos personas que necesitamos gozar de este derecho.

¿Según su criterio que importancia tiene la protección Constitucional del Estado en materia de Salud?

Esta es la que protege este derecho, es importante la regulación que da; pero creo que se queda corta por que no se respeta el derecho a la salud de una forma completa.

¿Considera usted que el Estado cumple con su obligación de velar por la protección de la salud de la población?

En parte, por que existen programas de cobertura como FOSALUD que esta ayudando bastante, se esta tratando de no ser tan críticos, también el nivel cultural es importante ya que la población debe aprender a tener hábitos higiénicos, además la parte preventiva hay que fortalecerla y el FOSALUD no trabaja en este sentido sino que es curativa.

¿Qué función realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en cuanto al cumplimiento del Derecho a la salud?

Este es el regulador del cumplimiento del Derecho a la salud, no aplica sanciones porque tal vez así las personas apoyarían más las campañas institucionales para evitar enfermedades que se dan.

¿Considera usted que el Estado a través de las instituciones Públicas de salud, ha incidido en promover el acceso a la salud de la población?

Si en los años ochenta a la época podemos ver más acceso, se ha logrado mucho con las Unidades de Salud y las campañas de vacunación llegan hasta los lugares remotos.

¿Según su criterio, hay suficiente cobertura para atender las necesidades de salud de la población?

No, por que hay escaso personal para cubrir la demanda de atención medica y atención al medio ambiente, saneamiento ambiental, letrización, agua para consumo adecuado, campañas antirrábicas.

Estamos saturados todo el tiempo y no podemos muchas veces atender a toda la población.

¿Según su opinión, el presupuesto asignado al rubro de salud por parte del Estado es el adecuado?

No, por que la mayor parte es para el pago de salario y lo demás se tiene que distribuir en compra de medicamentos y otras necesidades.

¿Considera usted que el Estado cumpliría su mandato Constitucional si privatizara los servicios de salud pública?

No, siempre sería lo mismo las personas que no tenían recursos para desembolsar el pago por los servicios recibidos quedarían fuera de los servicios de salud; no mejoraría en nada, no todos cuentan con recursos suficientes para pagar seguros de salud particulares.

¿Cuál es la diferencia para usted entre el concepto Modernización y Privatización?

Modernización es tener tecnología adecuada en los hospitales como resonancia magnética, tomografía entre otros que los hospitales de tercer

nivel tienen que tener, pero en nuestro medio no lo tienen. Privatización es que lo público se de a manos privadas para que estas se lucren.

¿Considera que el Estado toma en cuenta las recomendaciones dadas por los diferentes Organismos Nacionales e Internacionales en materia de salud?

No se, en parte si por que el Estado se comprometió en el año dos mil a disminuir la mortalidad infantil y materna y estamos trabajando en ello.

¿Cree usted que son efectivas las políticas que implementa el Ministerio de Salud Pública para atender las necesidades de salud de la población?

En parte, ya que se da lo que es la extensión de cabeceras, el FOSALUD que cubre las veinticuatro horas del día para atender a la población que requiera de los servicios de salud.

¿A su criterio, de que manera cumple el Ministerio de Salud con su papel de garante de la salud pública en El Salvador?

Es poco garante, la intención es que se mejore, que se den políticas encaminadas a que todo el sistema de salud pública sea un solo, que se velen por los intereses epidemiológicos, que el Seguro Social y las instituciones privadas reporten al Ministerio de Salud Pública cuantos casos han atendido, por ejemplo de rabia que muchas veces no los reportan y no se sabe en si cual es el índice real de los casos.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social de todas las personas y no solamente la ausencia de enfermedades; a partir de esto podemos ver el Derecho a la salud regulado en el Art. 1 y 65 de nuestra Constitución de la República

en la que se señala que el Estado tiene la obligación de velar por la promoción y cumplimiento de este derecho, el cual tiene que ser para todas las personas sin distinción alguna (esto por ser este derecho un bien público). Con relación a las respuestas dadas por las personas entrevistadas se hace referencia a que el Derecho a la Salud es un bien perteneciente a toda la población y que esta ligado a condicionantes y deberes de las personas misma, de la comunidad y del Estado. Según estos datos se puede observar que para los expertos en la materia el cuidado de la salud individual compete no solo al Estado sino a la persona misma. Desde el punto de vista de los entrevistados el Estado implementa políticas para garantizar el Derecho a la Salud, aunque no sean lo suficientemente eficaces debido a la falta de un presupuesto adecuado. Por ultimo, en cuanto al acceso y cobertura, sea geográfico, cultural y económico dicen que ha mejorado en el sentido de que El Salvador a nivel de Latinoamérica cuenta con una mayor red de Hospitales Nacionales y Unidades de Salud. Según ellos la cobertura por extensión es suficiente para dar los servicios de salud más esenciales de salud, sin embargo todavía no se llega a cubrir todos los sectores de la población que necesitan los servicios de salud pública.

Resultados de entrevista No Estructurada dirigida Organizaciones No Gubernamentales.

Entrevista Nº 1 dirigida a la Dra. Mirna García, Responsable de Clínica de Atención Coordinadora de Municipio saludable (Cojutepeque), Patrocinado por Médicos Mundi y ejecutado por Las Mélidas y Promesas.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Movimiento de Mujeres "Mélida Anaya Montes", 1992-2007.

¿Qué papel desempeña esta Institución u Organización en cuanto a la protección del Derecho a la Salud de la población?

Su objetivo principal es tener acceso a la salud, su papel es vigilar que ese derecho sea cumplido. Se tiene una mesa permanente de la PDDH en la que se convoca a instituciones para que se vigilen las políticas macro que son: la Ley de salud, que es un anteproyecto de Ley, pero esta disfrazado porque deja abierto el que se pueda vender los servicios de salud por parte del Estado, concesionarlos es decir venderlos y que la empresa privada pueda lucrarse.

Lo que esta ONG hace es análisis, alianzas para rechazar cualquier tipo de privatización de la salud ya que esta privatización es una amenaza para que no se de la protección de la salud. Así como también se trabaja porque se de una verdadera reforma de salud, también iniciativas para paliar la situación actual de la salud.

¿Cuáles son las estrategias que utilizan para que el Estado cumpla con el Derecho a la Salud?

- Formación de alianzas,
- Sensibilización e información a la población,
- Marchas blancas.

¿Considera usted que hay violación al Derecho de la Salud de la población?

Si hay violación, ya que hay casos en que algunos municipios no tienen unidades de salud, hay hospital de segundo nivel, y por lo tanto la atención es lenta, y se vulnera entonces el Derecho que tiene toda persona de ser atendida con rapidez y eficacia.

¿A su criterio, cree usted que ésta violación se debe a la mala distribución de los Servicios Públicos de Salud?

La violación a los derechos viene desde arriba, primero desde una ley injusta, segundo, escasez de presupuesto en todos los niveles; tercero, intención del Estado para que funcione mal lo publico; cuarto, servicios centralizados. El Ministerio de salud debe coordinarse con otras instituciones; es una falta de visión de la salud, el Estado no tiene interés en la salud, su visión es que se trabaje mal para justificar la privatización.

¿Cuáles serían las medidas a tomar en cuenta para que el Derecho a la Salud se cumpla?

Actualmente es decisión del gobierno privatizar la salud, si al Estado tuviera voluntad de arreglar las cosas podría mejorar la situación. Podrían mencionarse algunas medidas:

- Salud preventiva,
- Organización comunitaria y
- Descentralizar los servicios.

¿Para usted, los términos Privatización y Modernización equivalen a lo mismo?

Hay varios términos que el Estado usa, la Privatización es la venta o concesión de los activos del Estado en manos de privados; la Modernización quiere decir tratar que algunos servicios sean más ágiles, tener avances en materia de tecnología, entre otros. La Descentralización es un medio para alcanzar algo, es trasladar los activos del Estado desde el nivel central a las diferentes regiones del país, trasladar la toma de decisiones.

¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad, accesibilidad y cobertura de los servicios públicos de salud?

No solo es la violación de la salud, también la educación, el agro, el acceso al trabajo. En la campaña de gobierno se dijo que se invertiría en la salud, pero no hay programas que verdaderamente mejoren la situación

actual de este derecho. La gente no sabe de sus derechos, lo que debe hacerse es sensibilizar con respecto a la salud.

Entrevista nº 2 dirigida a la Dra. Jeanette Alvarado, Directora Ejecutiva de la Fundación Maquilishuat, San Salvador.

¿Considera usted que el acceso de la población a la Red Pública Hospitalaria es la adecuada?

No, el acceso de salud hay que verlo del aspecto geográfico, ya que es más fácil que una persona que vive en la Ciudad tenga más acceso a ese Derecho, que una persona que vive en zonas de alto riesgo, hay diferencias de acceso y eso es una inequidad.

El acceso desde el aspecto de financiamiento que los presupuesto se han mantenido, no ha habido mejoría y esa voluntad política del gobierno afecta el área social.

¿A su criterio, cree usted, que hay una buena distribución en cuanto a los establecimientos de salud pública en el país?

Hay que distribuir mejor los recursos no solo en infraestructura sino también en cuanto a la cantidad de médicos, porque actualmente el presupuesto que se le asigna al Ministerio de Salud del Producto Interno Bruto solo es de 1.3% en los años noventa, a 1.7% este año, casi no ha habido una mejora, esto se traduce en que hay menos acceso y menos cobertura. Otra cuestión es que la población ve como positivo los llamados FOSALUD, pero el problema es que éste no es una dependencia del Ministerio y eso es negativo.

La promesa principal era que estos iban a estar donde no había acceso de salud, es decir en zonas marginadas, pero donde se empezó a dar primero fue en las ciudades.

¿Según su opinión, el Presupuesto asignado al rubro de salud es el adecuado para atender las necesidades de la población?

Para empezar en el país no hay un verdadero sistema de salud, porque un sistema es aquel que está sofisticado que hay integración, todo tiene una función unificadora, es decir todo es para un mismo fin.

El presupuesto no se gasta para lo que está destinado a parte que es insuficiente, el cobro de cuotas voluntarias limita el acceso porque no es lo mismo que sea gratuito. Al final lo que se quiere es demostrar que lo público no sirve, que es mejor lo privado.

¿Cree usted, que sería necesario crear una reforma integral al Sistema de Salud Pública?

La reforma integral de salud va encaminada a la privatización, pero lo que no se visualiza es que las personas de escasos recursos no van a tener acceso a la salud. El ISSS es público, pero es autónomo también porque está fuera del Ministerio, mejor dicho el ISSS es mixto porque tiene un aporte público y un aporte que los usuarios dan. Por su parte Bienestar Magisterial no tiene una estructura a parte, pues ellos están contratando con clínicas privadas. Se ve la inequidad en cuanto a los dos sistemas, si se privatiza o si es público.

Hay propuestas de reformas de salud que van a incrementar el presupuesto, pero esta no se concretiza, es decir, solo queda en papel y palabras. El concepto de salud tiene que ver con muchos aspectos, no solo la ausencia de enfermedad, sino también agua potable limpia etc.

En cuanto a acceso estamos mal, no hay medicamentos, ya no da abasto la infraestructura, hay mala distribución de los recursos, si se privatiza la salud va a darse más discriminación en el sentido de que aquellas personas que tienen enfermedades como el VIH/SIDA no van a tener acceso porque los tratamientos son altos en su costo. Con esto se violan los principios que en salud deberían ser tomados en cuenta.

¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad, accesibilidad y cobertura de los servicios públicos de salud?

Para crear una buena política de salud se recomienda al gobierno que retome como ejemplo otros modelos de salud de otros países como Argentina, en nuestro país puede decirse que no existe una política de salud. El enfoque de salud debe ser más integral, el presupuesto a asigna debería ser mayor, por ultimo, "Política de salud no hay, debería crearse una política concertada, es decir estar en coordinación con el factor social, cultural y económico de la población.

Entrevista Nº 3 Dirigida a la Licda. Floridalma Martínez.

Responsable de la Oficina de FESPAD, San Miguel.

¿Qué papel desempeña esta Institución u organización en cuanto a la protección del Derecho a la Salud de la población?

FESPAD forma parte de la Mesa Permanente de Salud, en donde se dan aportes importantes para que el Derecho a la Salud sea respetado.

¿Considera usted que hay violación al Derecho a la Salud de la población?

Si, son grandes las violaciones en el sentido que se carece de medicamentos, personal idóneo, recursos materiales en general, no tenemos una salud gratuita.

¿A su criterio cree usted que esta violación se debe a la mala distribución de los Servicios Públicos de Salud?

Si, y a la corrupción que dentro del mismo existe.

¿Considera usted que el Estado esta implementando políticas para promover la protección de la Salud?

No, al contrario las políticas conllevan a una privatización de los servicios ya se esta viendo que existen personas que no son atendidas por que no cancelan la cuota “voluntaria” impuesta por esa cartera de Estado.

¿Cree usted que seria necesario crear una Reforma Integral al Sistema de Salud Pública?

Si, de tal manera que no vulneren los bolsillos de las personas más pobres del país que somos los que más nos enfermamos ya sea por la mala alimentación, etcétera.

¿Considera usted que el acceso de la población a la Red Publica Hospitalaria es la adecuada?

No, hay personas que por la distancia no pueden acceder a los Centros de Salud, y por eso hay decesos antes de llegar a dichos Centros.

¿A su criterio cree usted, que hay una buena distribución en cuanto a los establecimientos de Salud Pública del país?

No.

¿Considera que las medidas que adopta el Estado ayudan al que el Derecho a la Salud se cumpla progresivamente?

Al contrario esas medidas neoliberales conllevan a que hayan retrocesos en la salud de todos y todas.

¿Cuáles serian las medidas a tomar en cuenta para que el Derecho a la Salud se cumpla?

Pensando en reducir esas políticas burocráticas y lucrativas del gobierno, abarrotar la salud, eliminando las famosas cuotas voluntarias a la población, abrir clínicas comunales eficientes.

¿Según su opinión, el Presupuesto asignado al rubro de salud es de acuerdo para atender las necesidades de la población?

Quizás no sea el adecuado pero aunque lo fuera esos fondos no son utilizados a ese fin en un cien por ciento.

¿Cuál sería la mejor forma de distribuir el presupuesto?

Asignando partidas importantes para las zonas rurales que son las más olvidadas, abriendo centros de salud y lugares lejanos a la ciudad.

¿Considera usted que privatizando la salud es la mejor forma para brindar un buen servicio a la población?

Definitivamente que no para las personas mas vulnerables que somos la mayoría.

¿Para usted, los términos Privatización y Modernización equivalen a lo mismo?

No, porque no significa que modernizando la salud se privatice es decir se puede modernizar sin privatizar servicios.

¿Conoce usted de casos que por violación al derecho a la salud haya acudido la víctima a instancias internacionales?

Si, el caso de los contaminados con etanol que FESPAD recurrió a instancias internacionales.

¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad, accesibilidad y cobertura de los servicios básicos de salud?

Capacitar al personal, mejorar los salarios de estos, abrir nuevos centros en zonas alejadas, despolitizar las instituciones que brindan el servicio, contratar personal idóneo para los cargos, que sea gente comprensiva con la población de manera tal que el trato que brinden sea un trato humano.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados obtenidos de las anteriores entrevistas, los entrevistados coinciden en que el Derecho a la salud es un derecho fundamental que toda persona tiene y que debe ser brindado por el Estado con calidez y de una forma equitativa, para ello es necesario que el presupuesto que se asigna al rubro de salud sea el adecuado para dar cobertura a todos los sectores de la población y que este sea distribuido de una mejor manera. En cuanto a la privatización y modernización no son conceptos iguales ya que se puede modernizar sin privatizar los Servicios Públicos de Salud, es decir cambiando las estructuras que se tienen en este sistema, por que con una privatización no se garantizaría el acceso a la salud de toda población, quedarían excluidas todas aquellas personas que no puedan costear de su bolsillo los servicios de salud, quedando aun más vulnerados este derecho; en cuanto a la nueva reforma del sistema de salud esta va dirigida notablemente a una privatización, lo cual no debería ser así ya que una buena Reforma Integral de Salud debería de contener elementos importantes como son: las políticas públicas nacionales en salud. Por último se recomienda que se tiene que tener la participación de diferentes sectores, en un debate y una discusión amplia; la otra parte son los mecanismos de participación social, los cuáles deben estar institucionalizados en el Proceso de Reforma tomando en cuenta el enfoque del derecho a la salud; también se debe tomar la integralidad, equidad, universalidad, calidad y calidez en los servicios de salud, que son aspectos que deben estar en la parte fundamental de la reforma.

ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Entrevista nº 1 dirigida al Delegado Departamental de la PDDH, San Miguel
Lic. Rubén Flores Chavarria.

¿Qué papel desempeña esta Institución u Organización en cuanto a la protección del Derecho a la Salud de la población?

El papel de la Procuraduría es verificar de que forma las diferentes instituciones del Estado que están encargadas de ese Derecho que directamente garantizan a la población en general, señalar su cumplimiento, criticar en su momento a efecto de que se prevengan situaciones, ya no se sigan violando, que cesen las violaciones o también que se haga justicia contra esas personas ya sea esta administrativa.

La otra parte es fiscalizar para prevenir que no se den esas situaciones y también promover a través de los diferentes sectores de la sociedad civil para que conozcan ese derecho y se organicen.

¿Cuáles son las estrategias que utilizan para que el Estado cumpla con el Derecho a la Salud?

Primero, la tutela cuando se toman denuncias de casos directos de afectaciones al derecho humano a la salud (pueden ser por denuncias o de oficio).Luego esta la fiscalización donde se hacen monitoreos en los diferentes Hospitales Nacionales, Unidades de Salud, Seguro Social; también la otra parte importante es la promoción a la sociedad civil cuando se le informa y se le organiza para que pueda conocer sus derechos; por ejemplo la Procuraduría tiene en las cabeceras departamentales la Mesa Departamental de Salud, no solo para conocer sus derechos sino para conocer como se encuentra actualmente el Derecho a la Salud y las reformas a nivel de Asamblea y que la sociedad misma haga propuestas y hacer valer sus derechos.

¿Considera usted que hay violación al Derecho de la Salud de la población?

Si, porque basta ir a un hospital y ver la falta de medicamentos, negligencia médica, pero también una cosa importante que se viola es la Justiciabilidad del Derecho a la Salud. ¿Qué pasa cuando se afectan los derechos?, basta con la atención de un hospital, basta con la atención de un minuto que me den en el Seguro, que no se me respetan mis derechos a que me digan que tengo y que tratamiento se me va a dar; hay una violación sistemática del derecho a la salud que los mas afectados son los sectores más pobres.

¿A su criterio, cree usted que ésta violación se debe a la mala distribución de los Servicios Públicos de Salud?

Si, pero hay que preguntarse también porque la mala distribución, podría ser para justificar más la privatización.

¿Considera usted que el Estado esta implementando políticas para promover la protección de la Salud?

El Estado implementa Políticas pero superficiales. Es que no solo teniendo un hospital, un poco de medicina que ya se esta garantizando la salud. El Estado implementa cosas meramente cosméticas, superficiales; pero no toca verdaderos problemas en la salud.

¿Cree usted, que sería necesario crear una reforma integral al Sistema de Salud Pública?

Reformas de salud ha habido, pero no ha habido una reforma en sí adecuada. La reforma es necesaria a efecto de que todos tengamos derechos pero una reforma integrada y adecuada tiene que ir acorde con la Constitución y los Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos.

¿Cuáles serían las medidas a tomar en cuenta para que el Derecho a la Salud se cumpla?

Una medida muy importante es que la gente conozca sus derechos, que ya no se vea normal esa palabra “caridad”, porque no es caridad, ya que con los impuestos que se cobran cuando compramos todo está prepagado; otra medida importante es que la gente conozca bien sus derechos en especial el derecho a la salud.

También es importante una justa distribución y adecuado presupuesto, la justiciabilidad también es de suma importancia, por ejemplo cuando hay mal manejo, mala praxis, maltrato al paciente, y la gente no conoce donde acudir o cuáles son los medios administrativos o judiciales; no solo es tener medicinas, que se prevenga, sino también la justiciabilidad.

¿Según su opinión, el Presupuesto asignado al rubro de salud es el adecuado para atender las necesidades de la población?

Desde el momento en que se cobran las denominadas “cuotas voluntarias” es que no es el adecuado, pero también hay que ver cómo está distribuido.

¿Cuál sería la mejor forma de distribuir el presupuesto?

Tomando en cuenta la población para la cantidad de medicamentos, la apreciación que se va a hacer y no solo ver la salud desde el Ministerio de Salud ni del Seguro Social, sino también desde el punto de vista del agua. En ese sentido la mejor distribución tiene que ser en base a las necesidades de la persona humana.

¿Para usted, los términos Privatización y Modernización equivalen a lo mismo?

Modernización y Privatización son conceptos distintos. Para modernizar se puede hacer tanto estatal como privado. No es lo mismo

porque se le ha llamado también concesión, descentralización, se le llama de varias formas al tema de salud.

¿Conoce usted de casos en que por violación al derecho a la salud haya acudido la víctima a instancias internacionales?

El caso de Odir Miranda, pero no se planteo como Derecho a la salud, sino como un derecho civil, porque los casos esos no los conoce a Corte a la luz de los derechos civiles se iban protegiendo derechos sociales, económicos y culturales.

El Salvador da cuenta de cómo se esta cumpliendo con el Derecho a la Salud y se confrontan con los informes de la Procuraduría, del IDHUCA, de FESPAD, y de acuerdo a esos informes, un Comité de las Naciones Unidas pide a El Salvador que tome medidas acorde al Derecho humano a la salud. Pero el tema de la salud como tal no ha llegado a las diferentes instancias internacionales.

¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad, accesibilidad y cobertura de los servicios públicos de salud?

- Un adecuado presupuesto acorde a las necesidades de las personas,
- No privatizar ningún servicio porque la privatización es incompatible con los derechos de la población,
- Si se va hacer una reforma que sea integral, democrática, es decir tomando en cuenta todos lo sectores u opiniones de la población,
- La Justiciabilidad, es decir los mecanismos de control.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Según la entrevista realizada al Delegado Departamental de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, es importante ante todo que la población tenga conocimiento de sus

derechos y especialmente del derecho a la salud, que es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y que es obligación del Estado por mandato constitucional brindarla y protegerla progresivamente, es decir ir implementando mecanismos o estrategias para el goce de este derecho y en caso que haya violación a derechos humanos y en especial al derecho a la salud las víctimas tengan acceso a instancias nacionales para poder reparar el daño ocasionado, por parte del personal que labora en las instituciones encargadas de brindar servicios de salud, y en caso de no haber respuestas en las instituciones internas poder acudir a instancias internacionales. La Procuraduría como institución encargada de velar por los derechos humanos utiliza diferentes estrategias para la protección del derecho a la salud entre ellas están: denuncias de casos directos de afecciones al derecho a la salud, fiscalización, monitoreos y promoción de los derechos humanos.

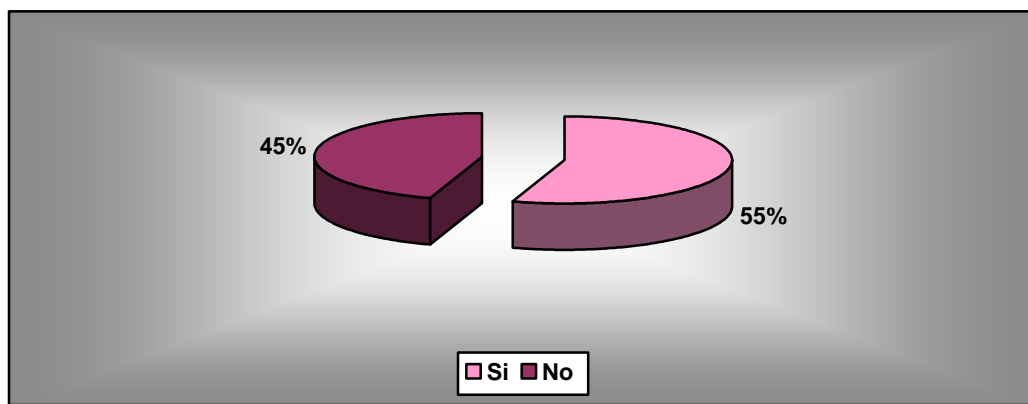
En cuanto al presupuesto en materia de salud, es evidente que no es suficiente para atender las necesidades de la población ya que a éste no se le asigna en base a las necesidades de cada área geográfica del país, por que es necesario identificar las prioridades de la población y que las instituciones encargadas de velar por el derecho a la salud distribuyan el presupuesto asignado de una forma adecuada garantizando que siempre haya medicamentos, una infraestructura adecuada, equipo medico suficiente y recurso humano. Es importante una reforma Integral de Salud que vaya acorde con la Constitución y los tratados, garantizando así el derecho de todos a la salud.

4.1.2 ENCUESTAS

Resultados de encuestas dirigida a usuarios/pacientes del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios y Unidades de Salud de la Ciudad de San Miguel.

Pregunta Nº 1 ¿Conoce usted cuales son sus Derechos?

Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	15	15%	10	10%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	12	12%	13	13%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	16	16%	9	9%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	12	12%	13	13%	25
TOTAL		55%		45%	100%

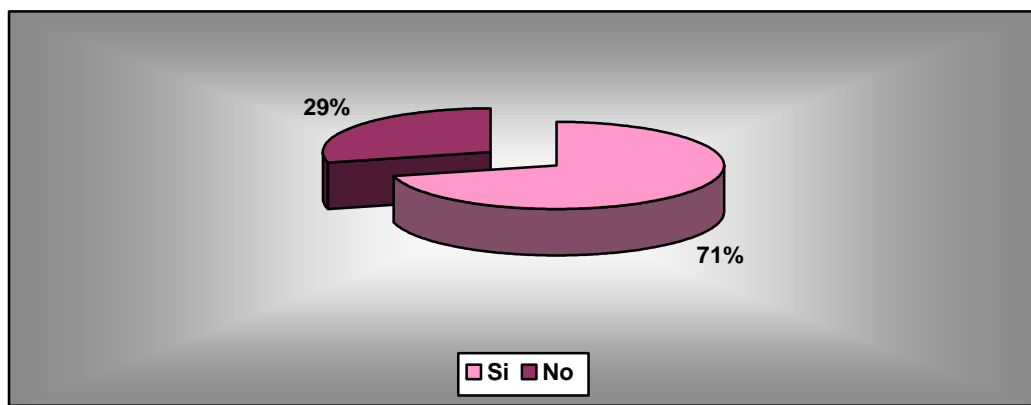


Los Derechos Fundamentales son normas Constitucionales de la más alta jerarquía que protegen ciertos bienes jurídicos fundamentales que se consideran inherentes a la personalidad humana. De las encuestas realizadas a los usuarios o pacientes de los diferentes establecimientos de salud sobre el conocimiento de cuales son sus derechos, se describe que el 55% de ellos conoce cuales son sus derechos; resultando positivo que el

conocimientos de los derechos fundamentales es vital para que se llegue a una convivencia armoniosa; el 45% desconoce sus derechos y es por ese desconocimiento que día a día se van vulnerando los derechos y en especial el Derecho a la Salud.

Pregunta Nº 2 ¿Sabe usted que el Derecho a la Salud es fundamental para todas las personas?

Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	18	18%	7	7%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	19	19%	6	6%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	17	17%	8	8%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	17	17%	8	8%	25
TOTAL		71%		29%	100%

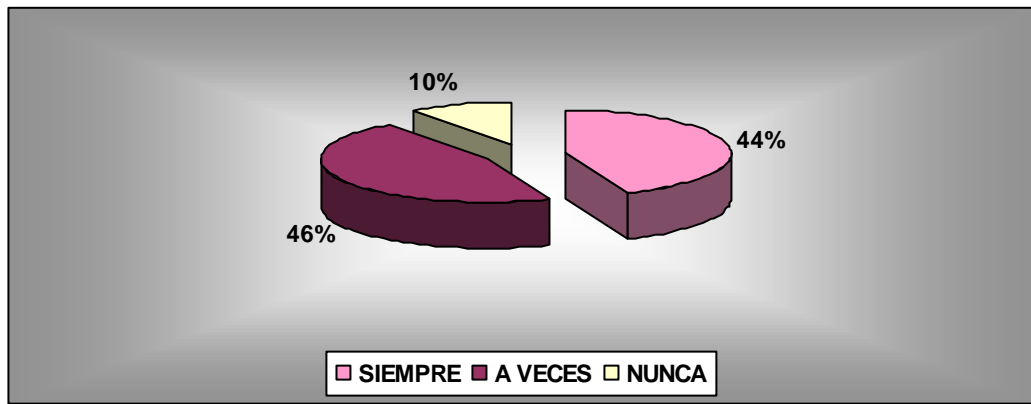


El derecho a la salud además de ser fundamental para toda persona, es un derecho que se vincula directamente con otros derechos inherentes a la persona humana. En relación a la interrogante anterior se hace notar que el 71% de la población entrevistada sabe que el Derecho a la Salud es un derecho fundamental, mientras que un 29% de la población desconoce que

el derecho en mención es fundamental para mantener un nivel de vida adecuado, y que además contribuye a tener un desarrollo social sostenible.

Pregunta Nº 3 ¿Con qué frecuencia acude a un Hospital o Unidad de Salud?

Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	Opciones						Total
	Siempre		A veces		Nunca		
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	9	9%	13	13%	3	3%	25
<i>Unidad de salud El Zamoran</i>	12	12%	9	9%	4	4%	25
<i>Unidad de salud Milagro de La Paz</i>	13	13%	10	10%	2	2%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	10	10%	14	14%	1	1%	25
TOTAL		44%		46%		10%	100%

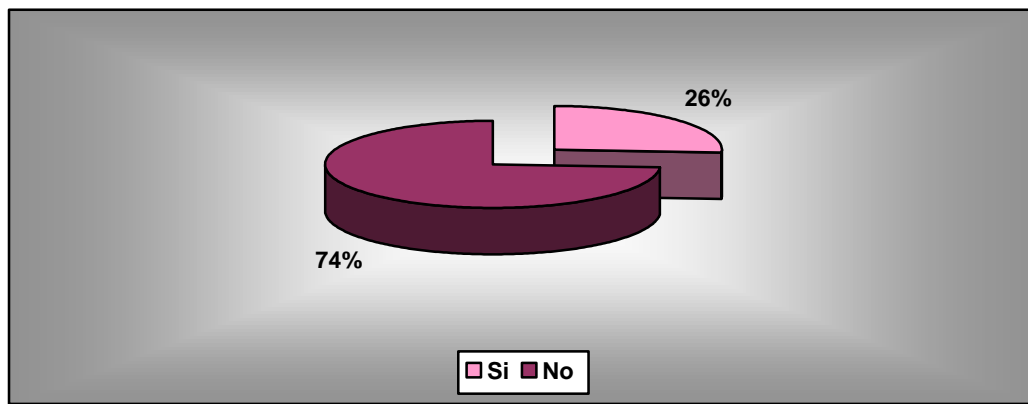


De los usuarios encuestados solo un 10% dice que nunca acude a un Hospital o Unidad de Salud cuando esta enfermo, un 46% dice que a veces acude para recibir atención, y el 44% dice que siempre acude a uno de estos centros para recibir la atención necesaria, de lo cual se puede deducir que un mayor porcentaje de la población es la que acude a un hospital o unidad de salud pública, debido que estas personas mayormente son de escasos recursos económicos; es decir, no cuentan con un salario digno que sea

suficiente como para acudir a un establecimiento de salud de naturaleza privada.

Pregunta Nº 4 ¿Le dan asistencia médica gratuita en los establecimientos de salud pública?

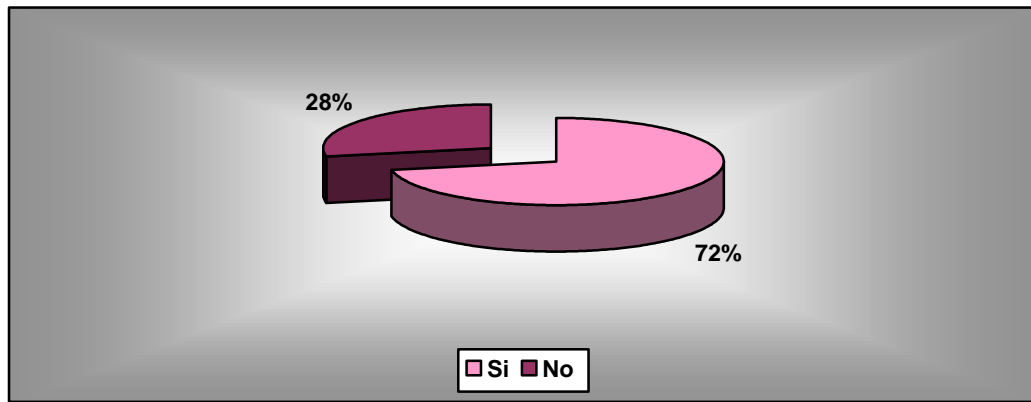
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	5	5%	20	20%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	8	8%	17	17%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	7	7%	18	18%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	6	6%	19	19%	25
TOTAL		26%		74%	100%



Según el Art. 65 de la Constitución, se considera a la salud como un bien público, siendo el Estado el obligado a través de las instituciones respectivas de velar porque al mismo tiempo que sea gratuita la atención médico-hospitalaria, ésta sea de calidad, por lo que para la mayoría de la población entrevistada, es decir el 74% no se debería pagar para recibir la atención requerida; sin embargo un 26% estableció que si recibe atención necesaria gratuitamente.

Pregunta Nº 5 ¿Ha recibido un servicio inadecuado por falta de medicamentos?

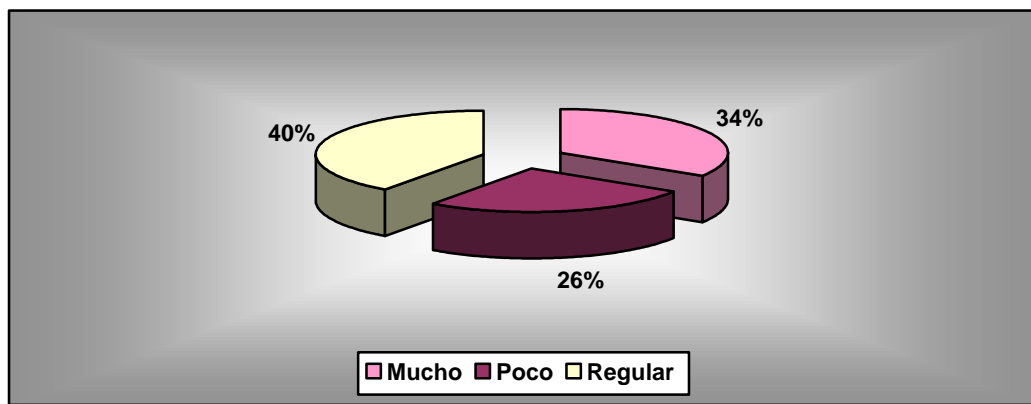
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	17	17%	8	8%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	18	18%	7	7%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	18	18%	7	7%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	19	19%	6	6%	25
TOTAL		72%		28%	100%



Es preocupante el que un 72% de los usuarios diga que ha recibido un servicio inadecuado por falta de medicamentos, tanto en el Hospital como en las diferentes Unidades de Salud y que muchas veces tienen que regresar desde muy lejos a preguntar si ya hay en existencia, y solo un 28% dice haber recibido tratamiento adecuado por haber en existencia el medicamento que necesita. Esta falta de medicamentos en la Red Pública Hospitalaria es debido al bajo presupuesto y a la mala distribución de éste, lo que origina graves problemas para atender todas las necesidades requeridas por la población en cuanto a medicinas.

Pregunta Nº 6 ¿Qué distancia recorre para llegar a un establecimiento de salud?

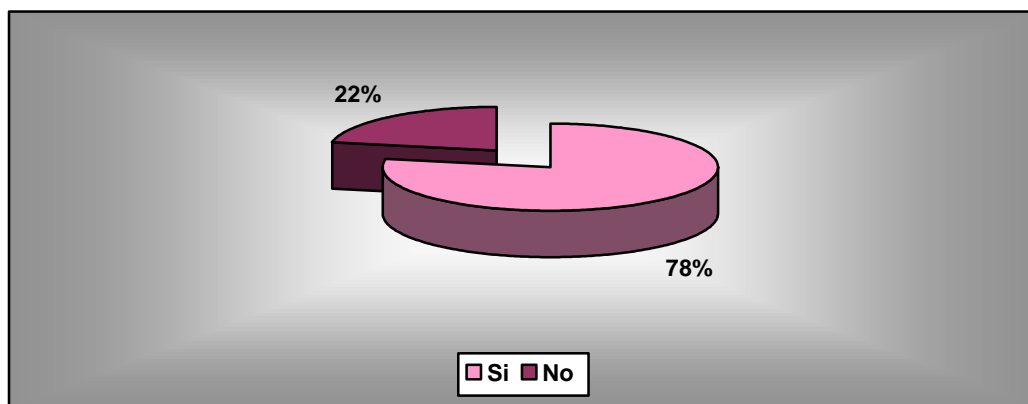
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	Opciones						Total
	Mucho		Poco		Regular		
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	10	10%	7	7%	8	8%	25
<i>Unidad de salud El Zamoran</i>	8	8%	5	5%	12	12%	25
<i>Unidad de salud Milagro de La Paz</i>	9	9%	6	6%	10	10%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	7	7%	8	8%	10	10%	25
TOTAL		34%		26%		40%	100%



Los servicios públicos de salud deben estar a la orden de la población y al momento y en el lugar en que lo necesiten, por lo que el acceso geográfico a éstos no debería tener ningún obstáculo al momento de solicitar dicho servicio, de lo cual se puede identificar que según la encuesta realizada un 34%, manifiestan que el recorrido que hacen es mucho, un 26% de los usuarios manifiestan que es poco el recorrido que hacen para recibir éstos servicios, y un 40% manifiestan que para poder acudir a un Hospital o Unidad de Salud, la distancia que recorren es regular.

Pregunta N° 7 ¿Al llegar a un establecimiento de salud, tiene acceso adecuado a los servicios de medicina y de consulta?

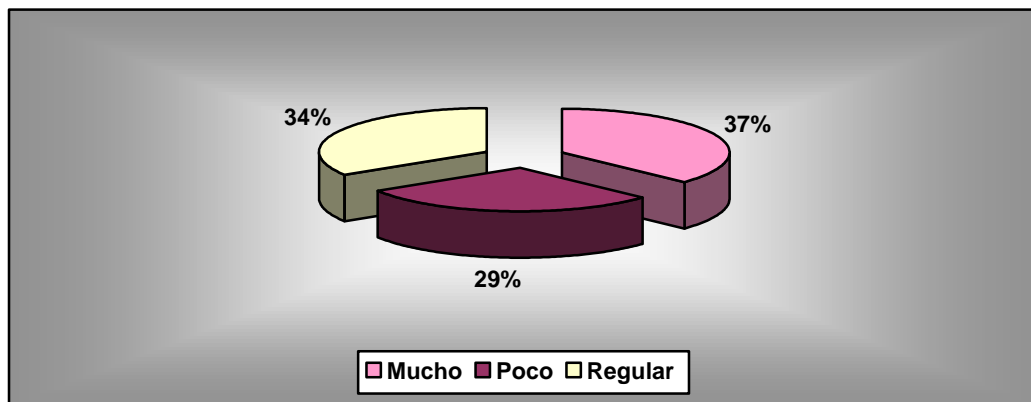
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	18	18%	7	7%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	23	23%	2	2%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	20	20%	5	5%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	17	17%	8	8%	25
TOTAL		78%		22%	100%



Doctrinariamente el derecho a la salud es un derecho social positivado constitucionalmente y visto como un bien público, así como también esta vinculado con otros derechos como el derecho a la vida, a la dignidad; con lo cual las personas al buscar los servicios de medicina y de consulta, tienen derecho a recibir un fácil acceso a éstos, lo que se va plasmando de acuerdo al cuadro anterior, ya que el 78% de la muestra entrevistada responde que sí tienen un adecuado servicio de medicina y consulta, el 22% responde que no; en este sentido es determinante tener por establecido que la atención eficaz según el muestreo ha mejorado, ya que al llegar a un establecimiento de salud el acceso para la población es el adecuado.

Pregunta Nº 8 ¿Cuánto tiempo se tardan en atenderle?

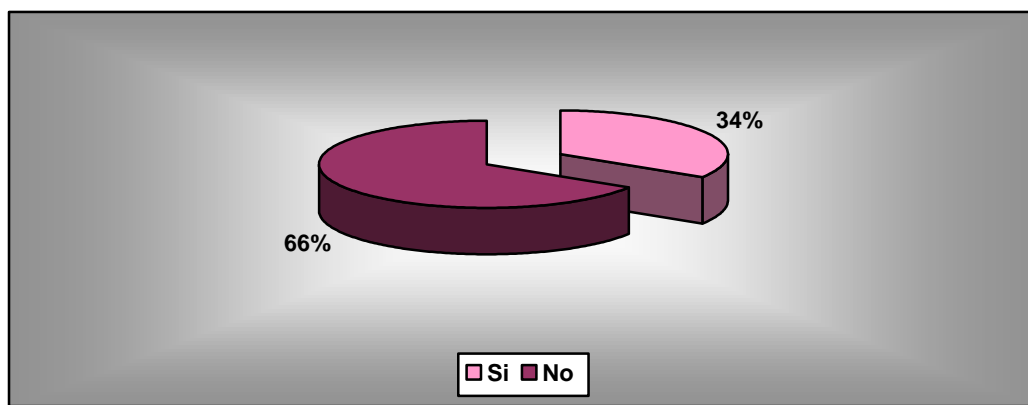
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	Opciones						Total
	Mucho		Poco		Regular		
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	9	9%	12	12%	4	4%	25
<i>Unidad de salud El Zamoran</i>	6	6%	8	8%	11	11%	25
<i>Unidad de salud Milagro de La Paz</i>	10	10%	5	5%	10	10%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	12	12%	4	4%	9	9%	25
TOTAL		37%		29%		34%	100%



Del análisis del cuadro anterior se determina que hay un 37% de la población que considera que el tiempo para atenderle es mucho, debido a diversos factores que se manifestaron en el transcurso de la entrevista, por ejemplo: falta de coordinación y falta de personal; sin embargo un 29% de los usuarios o pacientes considera que es poco el tiempo que hay que esperar a la hora en que se va a atender; el otro 34% de los encuestados cree que es regular ese tiempo de espera para una cita o consulta. De lo que se establece que la atención es poco efectiva para atender las principales necesidades de salud de la población migueleña.

Pregunta Nº 9 ¿Conoce algún caso de mala praxis médica?

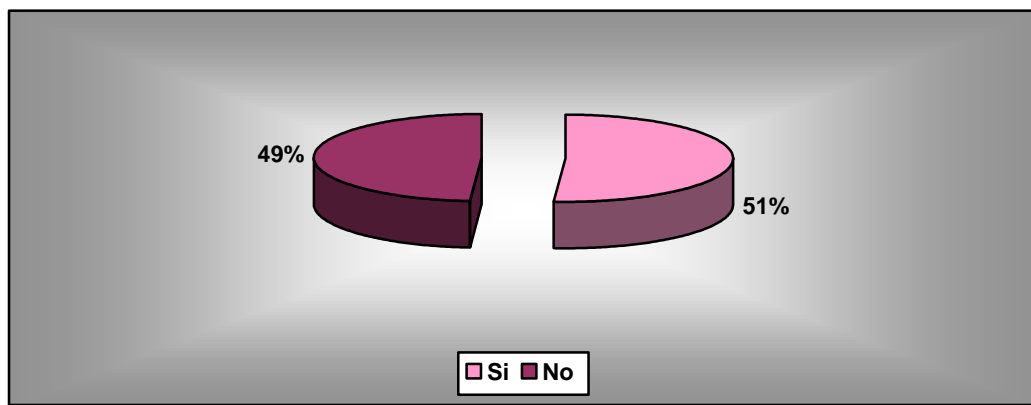
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	7	7%	18	18%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	10	10%	15	15%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	12	12%	13	13%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	5	5%	20	20%	25
TOTAL		34%		66%	100%



En materia de salud los casos de mala praxis acarrea responsabilidad para quienes se vean involucrados en ella, sin embargo según lo analizado, un 66% de población no conoce casos de mala praxis médica, un 34% tiene conocimiento de estos casos. De esta forma se puede establecer que es escasa la información que la población en general tiene acerca de casos en que se haya dado una mala praxis médica por descuido o negligencia; debido a que muchas veces estos casos se conocen solo a nivel interno de los establecimientos de salud y la población no trata de llegar al fondo del asunto, no dándole cabida a la justicia.

Pregunta Nº 10 ¿Tiene conocimiento que el personal de los Hospitales debe ser responsable y que están sujetos a sanciones administrativas, civiles y penales por infracciones o violaciones que cometen en contra del Derecho a la Salud de cualquier persona?

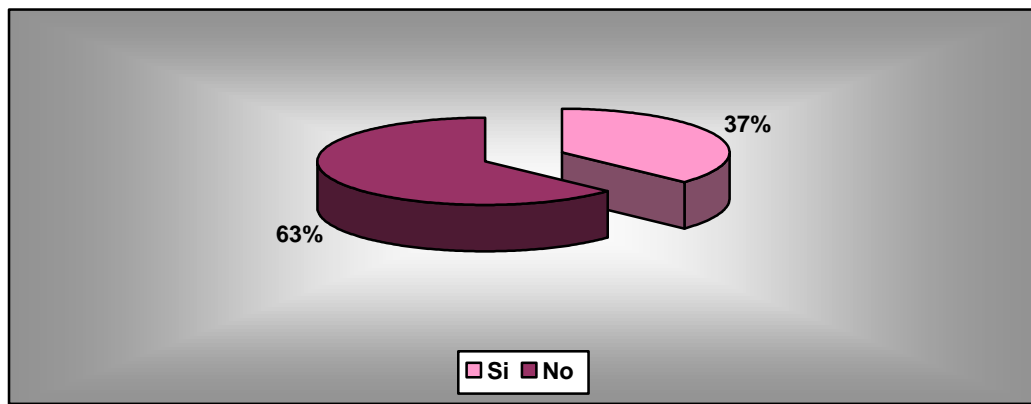
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	18	18%	7	7%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	13	13%	12	12%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	9	9%	16	16%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	11	11%	14	14%	25
TOTAL		51%		49%	100%



La responsabilidad originada como consecuencia de infracciones o violaciones en contra del derecho a la salud es una de las grandes conquistas de la democracia, sin embargo es necesario que esa acción u omisión cause daño, de esto se analiza que el 51% de la población conozca que el personal de los hospitales son responsables en caso que transgredan las normas que protegen el derecho a la salud, un 49% no tiene conocimiento de la responsabilidad administrativa, penal o civil que pueda tener el personal médico o enfermeras.

Pregunta Nº 11 ¿Sabe usted a que institución acudir en caso de no recibir la atención médica adecuada?

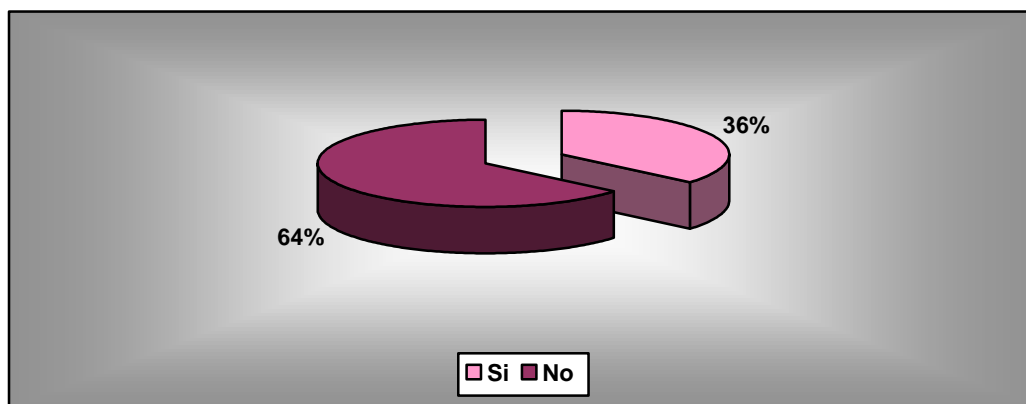
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	7	7%	18	18%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	10	10%	15	15%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	13	13%	12	12%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	7	7%	18	18%	25
TOTAL		37%		63%	100%



Se describe que según los encuestados la mayoría no sabe donde acudir en caso de no recibir atención médica adecuada, ya que el 63% de ellos contestaron en forma negativa, es decir no saben que hay instituciones como la PDDH y Organizaciones No Gubernamentales que brindan ayuda o asesora en este sentido. Sin embargo el 37% contestaron que si saben donde acudir cuando no se les brinda la atención necesaria. Instituciones como la PDDH, la Fiscalía y los Tribunales competentes son las que ayudan para que cesen las violaciones a los derechos humanos, en este caso el Derecho a la salud, y se repare el daño causado a la victima de la negación que ha sufrido al no recibir la atención médica adecuada.

Pregunta Nº 12 ¿Tiene conocimiento que existen instituciones internacionales que velan por el Derecho a la Salud?

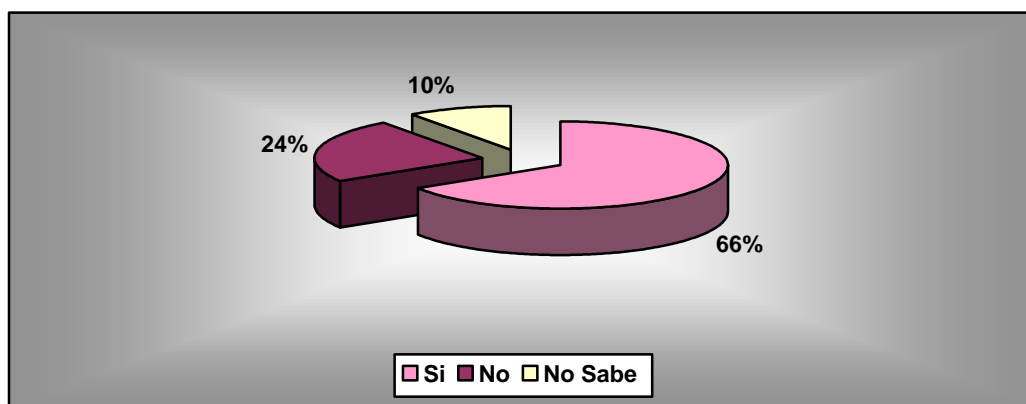
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	11	11%	14	14%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	4	4%	21	21%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	9	9%	16	16%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	12	12%	13	13%	25
TOTAL		36%		64%	100%



En materia de salud es poco el conocimiento que la población general tiene sobre la existencia de instituciones internacionales que se dedican a la protección del derecho a la salud, y esto se ve reflejado en el análisis del cuadro anterior, ya que un 64% desconoce la existencia de instituciones como la OMS, la OPS y la CIDH, etc. Un 36% sí tiene conocimiento de estas y otras instituciones; no obstante el derecho a la protección de la salud esta reconocido constitucionalmente, este es vulnerado en las diferentes esferas de salud pública y las víctimas ignoran que hay instituciones no solo nacionales sino también internacionales que tutelan este derecho.

Pregunta Nº 13 ¿Considera usted que una eventual privatización de la Salud constituye una violación al derecho a la salud, conociendo que el Estado debe proporcionarla de una forma gratuita?

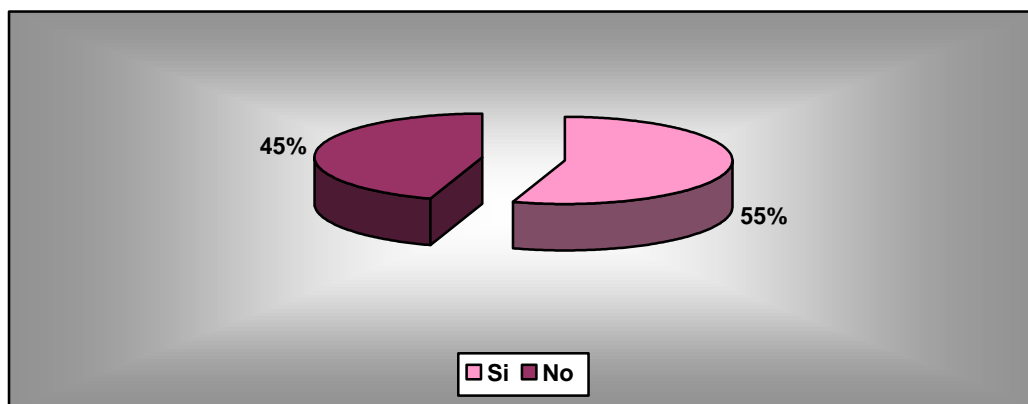
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	Opciones						Total
	Si		No		No Sabe		
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	20	20%	4	4%	1	1%	25
<i>Unidad de salud El Zamoran</i>	18	18%	7	7%			25
<i>Unidad de salud Milagro de La Paz</i>	15	15%	5	5%	5	5%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	13	13%	8	8%	4	4%	25
TOTAL		66%		24%		10%	100%



Según los resultados obtenidos se puede constatar que el 66% de las personas encuestadas contestaron que una eventual privatización de la salud constituye una violación a este derecho; mientras que el 24% de la población encuestada respondieron que con privatizar la salud no se viola este derecho, y un 10% contestó que no sabía. De esto se deduce que la mayoría de personas entrevistadas tienen conocimiento de que si se privatizan los servicios de salud se violentaría el derecho a la salud, así también se estaría en contraposición a lo establecido constitucionalmente.

Pregunta Nº 14 ¿Cree usted que el Ministerio de Salud Publica esta velando por garantizar el Derecho a la salud de la población?

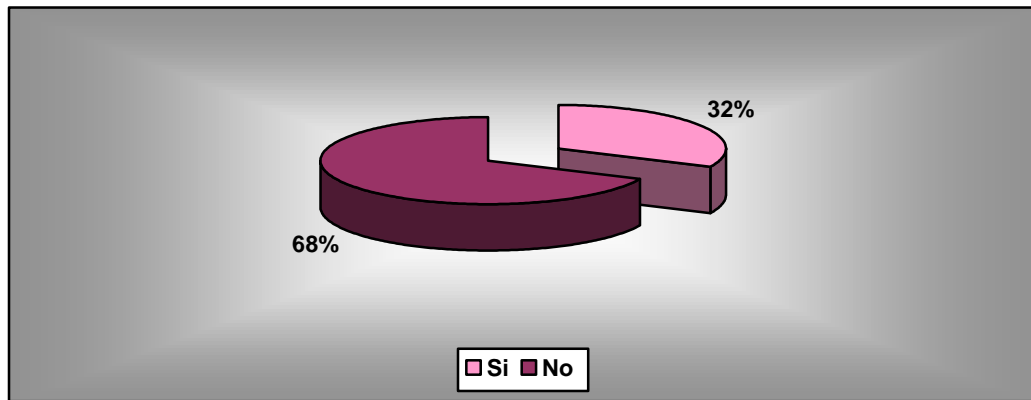
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	10	10%	15	15%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	9	9%	16	16%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	15	15%	10	10%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	21	21%	4	4%	25
TOTAL		55%		45%	100%



De lo anterior se logró establecer que el 55% de la población encuestada respondieron que el Ministerio de Salud si vela por garantizar el derecho a la salud de la población; mientras que el 45% respondió que dicha institución no esta velando por garantizarles este derecho. Por lo que se deduce que la mayor parte de la población considera que el Ministerio de Salud da cumplimiento a lo establecido por el Código de Salud, es decir, vela porque se garantice el derecho a la salud de todos, esto porque el Estado a través de esta institución debe promover y garantizar el derecho a la salud de todos.

Pregunta Nº 15 ¿Ha padecido de algún tipo de maltrato o atención tardía por malicia del personal médico?

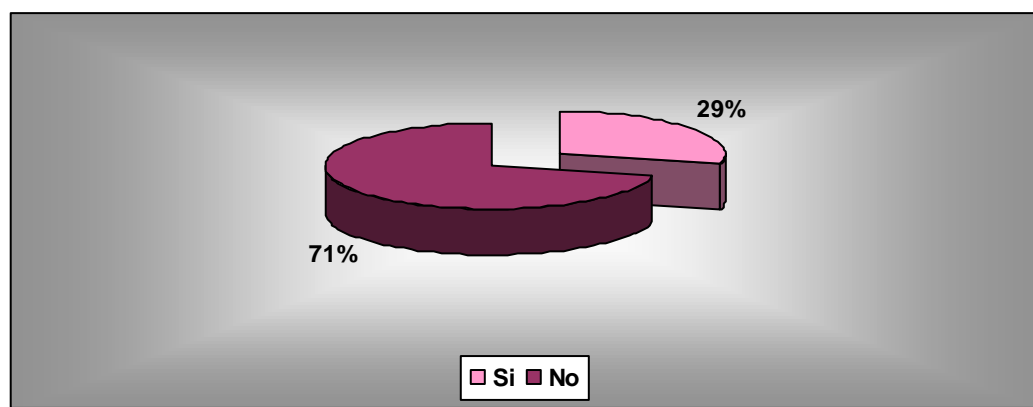
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	10	10%	15	15%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	9	9%	16	16%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	8	8%	17	17%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	5	5%	20	20%	25
TOTAL		32%		68%	100%



De la respuesta anterior se obtuvo como resultado que el 68% de la población encuestada en los deferentes establecimientos de salud no han padecido maltrato o atención tardía por parte del personal del hospital o de las unidades de salud; mientras que el 32% contestó que si ha sufrido maltrato por malicia del personal. De tal forma que hay desconocimiento por parte de la población en cuanto a ello, es decir que las personas lo toman como algo cotidiano, porque no saben que estas personas tienen la obligación de tratarlos tal como son: personas humanas.

Pregunta Nº 16 ¿Le han exigido algún tipo de pago a cambio de atenderle?

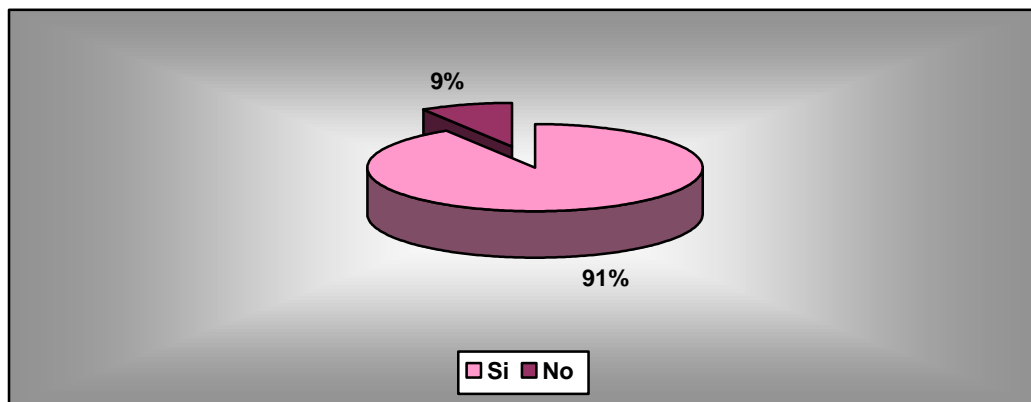
Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	10	10%	15	15%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	13	13%	12	12%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	5	5%	20	20%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	1	1%	24	24%	25
TOTAL		29%		71%	100%



Según los resultados anteriores se puede determinar que el 71% de la población encuestada contestó que no se le ha exigido ningún tipo de pago a cambio de atenderle o darle los medicamentos recetados; sin embargo el 29% si externo que se le exigió un pago a cambio de los servicios, y que son las llamadas “cuotas voluntarias” o “donaciones”. De lo cual se puede establecer que la mayoría de personas que acuden a los centros de servicios públicos de salud, la cuota que se le exige, ya sea en el hospital o unidades de salud lo toman como algo normal.

Pregunta N° 17 ¿Considera usted que las leyes que protegen el Derecho a la Salud tiene una aplicación real en el país?

Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	20	20%	5	5%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	24	24%	1	1%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	22	22%	3	3%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	25	25%			25
TOTAL		91%		9%	100%

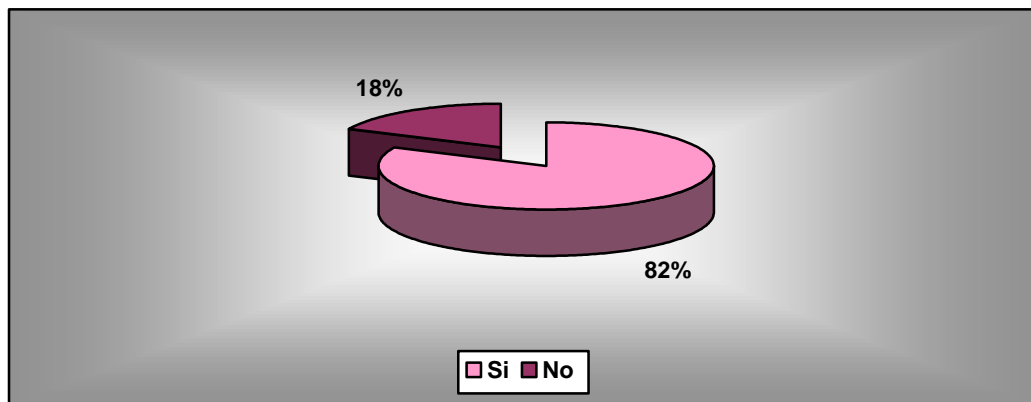


La Constitución como fuente principal del Derecho manda crear una norma secundaria en la cual se establezca todo lo relacionado con la protección y el cumplimiento del derecho a la salud y este es el “Código de Salud”. De la totalidad de la población encuestada, el 91% opino que las leyes que protegen el derecho a la salud tienen aplicación real en el país, y un 9% contestó que en realidad esas leyes no se aplican y si lo hacen no benefician a la mayoría de la población. Sin embargo, como grupo investigador consideramos que las leyes existen, pero no son cumplidas por las autoridades correspondientes, ya que con una aplicación real o efectiva de

éstas leyes se estaría controlando el cumplimiento y protección del Derecho a la Salud de todos.

Pregunta Nº 18 ¿Cree usted que el personal con que cuenta el Hospital y/o las Unidades de Salud, es el adecuado para brindar la atención requerida por la población?

Unidades de Análisis Pacientes/Usuarios	OPCIONES				TOTAL
	SI		NO		
	Fa	Fr	Fa	Fr	
<i>Hospital Sn. Juan de Dios Sn. Miguel</i>	15	15%	10	10%	25
<i>Unidad de salud Zamoran</i>	20	20%	5	5%	25
<i>Unidad de salud Milagro de la Paz</i>	23	23%	2	2%	25
<i>Unidad de salud La Carrillo</i>	24	24%	1	1%	25
TOTAL		82%		18%	100%



El recurso humano es uno de los insumos más importantes con el cual debe contar los centros de salud pública, sin embargo este debe ser el suficiente y adecuado para brindar atención rápida y de calidad. Del cuadro de datos se describe que el 82% de las personas encuestadas mencionaron que el recurso humano con que cuenta el hospital o las unidades de salud, es el adecuado para cubrir la atención requerida por la población; mientras que un

Las medidas que deben tomarse en cuenta para que la distribución de los servicios públicos de salud sea la adecuada y para que haya organización entre los factores económicos, políticos, sociales y geográficos y que no se viole el Derecho a la Salud, deben estar conformados por políticas eficientes, participación ciudadana, descentralización de los servicios para la toma de decisiones más acertadas en el sentido de tomar en cuenta aquellos lugares más remotos, un financiamiento que tenga que salir del Estado para el sector público y que tiene que normar y regular el sector privado.

Hipótesis General 2.

“Las políticas con que cuenta el Estado en materia de salud aun no son suficientes para garantizar el Derecho a la Salud de la población, por ello es indispensable la creación de una Reforma Integral Efectiva que cubra los vacíos existentes en el Sistema de Salud Pública para dar un mejor acceso y cobertura”.

EXPLICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

Como bien es cierto en El Salvador, se han dado diversas propuestas de reforma al sector salud las cuales siempre han contenido vacíos jurídicos y sociales; jurídicos porque siempre han ido en contraposición del mandato Constitucional y Tratados Internacionales que velan por éste Derecho, y sociales porque no se toma en cuenta las necesidades básicas de toda la población. Así tenemos que en la investigación se ha logrado determinar que una reforma verdaderamente “Integral” implica crear pre-condiciones: la participación de los ciudadanos como actores; adaptar la estructura política, el sistema jurídico legal a la reforma; asegurar la capacidad financiera y las habilidades técnicas, administrativas y gerenciales necesarias; fortalecer la capacidad reguladora del Estado; fortalecer la infraestructura para proveer agua potable, energía eléctrica, higiene, saneamiento y albergues para disminuir la carga de enfermedades, así como recuperar estrategias

ignoradas (enfoque de género, salud medio ambiental, etc.) y superar los defectos que prevalecen en el subsector privado y en el público, particularmente la injerencia política, el desperdicio, la corrupción, el excesivo afán de lucro, la exagerada concentración de recursos, entre otros. Implica también, aplicar un enfoque público preventivo, curativo y de rehabilitación, orientada hacia resultados finales y en el que la asignación de recursos este determinada por la obtención de resultados previstos a partir de medidas priorizadas según la necesidad de la población.

Hipótesis Específica 1.

“El Presupuesto General asignado al rubro de Salud no ha experimentado modificaciones significativas, debido a la mala coordinación de los actores institucionales que participan en la formulación de éste; siendo necesario que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituciones afines lleguen a un consenso para que éstos recursos se proporcionen de forma equitativa dando respuesta a las necesidades básicas de salud”.

EXPLICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

De la investigación de campo realizada y la doctrina recabada, puede demostrarse que entre los factores que mas influencia tienen en el Derecho a la Salud, para que éste alcance su máximo grado de efectividad en el país se encuentra el factor económico. En relación a ello va aparejado un bajo presupuesto, el cual trae como consecuencia los reducidos recursos humanos los cuales se han mantenido invariables; es difícil estimar el numero de recursos existentes en cada una de las categorías técnicas y profesionales, en el caso de los establecimientos de salud como de los puestos y unidades estos cuentan con el modelo de personal mas o menos estándar, esencialmente formado por un medico, enfermeras, auxiliar de enfermería, inspector de saneamiento y personal administrativo.

En los Hospitales donde existe mayor gama de recursos humanos algunos de ellos se han improvisado en respuesta a las necesidades de servicio tomándose personal asignado a otras actividades para dedicarlos a labores técnicas, pero aun así por ser muy reducidos no cubren la demanda poblacional que solicita los servicios medico hospitalario; adicionalmente a esto encontramos una clara concentración de servicios en el área metropolitana de San Salvador.

Hipótesis Específica 2.

“La modernización del sistema hospitalario brindaría una mayor atención a la población sin considerar la privatización de estos servicios, solo así la salud como un bien publico seria garantizada por parte del Estado, en el momento actual el Gobierno utiliza de forma indiferente Modernización y Privatización”.

EXPLICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

Hablar de modernización del Sistema de Salud Pública no es lo mismo que decir privatización del Sistema de Salud, porque una modernización implica un permanente cambio en las estructuras básicas en el sentido de contar con tecnología avanzada, recurso humano capacitado, infraestructura de alto nivel y con suficiente capacidad para albergar a los miles de usuarios/pacientes que a diario acuden a los establecimientos de salud. En cambio la privatización significa transferir una empresa o actividad publica al sector privado, transferir en el sentido de ceder a otros el derecho, dominio o atribución que se tiene sobre algo, para el caso el sistema de salud publica.

Actualmente el Estado utiliza la palabra modernización con criterios tendientes a la privatización confundiendo así a la población al decir que modernizar no es privatizar.

Hipótesis Específica 3.

“El Estado Salvadoreño en materia de Salud no cumple con el Principio de Logro Progresivo, porque no adopta las medidas legislativas apropiadas para la plena efectividad del Derecho a la Salud reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; por ello es indispensable que el Estado tome en cuenta dichas medidas para garantizar el ejercicio de éste Derecho”.

EXPLICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

El Estado tiene la obligación de respetar, proteger y cumplir el Derecho a la Salud de sus habitantes tal como se establece por mandato Constitucional, esta protección significa ir cumpliendo poco a poco con las medidas dadas por Organismos Nacionales e Internacionales en materia de salud. Sin embargo, como grupo investigador se ha podido verificar que el Estado ha sido negligente al no adoptar las políticas encaminadas al cumplimiento de los objetivos y cimientos principales del progreso y el desarrollo social de la población.

El Estado debe adoptar medidas tanto por separado como mediante la asistencia y cooperación Internacional, especialmente económica y técnica hasta el máximo de los recursos de que disponga para lograr progresivamente por todas las medidas apropiadas la plena efectividad de los Derechos, lo cual no significa que podrá lograrse en un breve periodo de tiempo si no paulatinamente, solo así se podrá evitar la violación de éste Derecho.

Hipótesis Específica 4.

“El Estado Salvadoreño no cumple con las recomendaciones dadas por los diferentes Organismos en materia de Salud, por lo que no avanza hacia la plena realización del Derecho a la Salud; por ello se requiere que el Estado y las Instituciones encargadas de velar por este Derecho

le den la importancia necesaria a estas recomendaciones para mejorar progresivamente la calidad, accesibilidad y cobertura de los Servicios de Salud”.

EXPLICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

El Derecho al mas alto nivel posible de salud física y mental comprende entre otras cosas la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia medica y servicios médicos en caso de enfermedad; es decir, que la población tiene el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar la calidad y cobertura de los servicios públicos de salud.

Tomando en cuenta las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud en materia de salud, es que El Salvador podrá avanzar hacia la plena realización de los derechos fundamentales y especialmente el Derecho a la Salud.

4.2.2 SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores inciden para que no haya un acceso a la salud y que esta no sea de calidad?

Con relación al problema anterior, se establecen varias consideraciones doctrinarias, jurídicas y prácticas. En ese orden es de tomar en cuenta las diferentes recomendaciones que establecen al Estado las distintas organizaciones, ya sean estas Nacionales e Internacionales acerca de que el Estado Salvadoreño debe velar porque se garantice de una forma eficiente los servicios públicos de salud de la población a fin de que la salud sea brindada al más alto nivel posible, tomando como base que la salud se define desde un enfoque social y colectivo, como un estado de completo

bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedades.

Asimismo, es obligación del Estado por mandato Constitucional velar por la conservación y restablecimiento del Derecho a la Salud de la población en general tomando en consideración el principio de equidad e igualdad.

Lastimosamente, en nuestro país según los resultados de los datos estadísticos es casi una regla general que los servicios públicos de salud sean ineficiente, debido a que los factores tales como económicos, políticos, sociales y geográficos inciden para que en el país no hayan servicios de salud que permitan la accesibilidad y calidad de éstos para que lleguen a cubrir las necesidades de la población en general.

Consecuencia de ello es la vulneración de este fundamental derecho que constituye la base para que las personas puedan desarrollarse en forma total. Para ello es necesario que el Estado adopte medidas tendientes a disminuir los factores antes mencionados ya que según la investigación, éstos son obstáculos para que el acceso a la salud de la población no se de calidad.

¿En que grado el Estado Salvadoreño esta haciendo un adecuado uso de los recursos económicos con los que cuenta para la satisfacción del Derecho a la Salud de la población?

En relación a la interrogante anterior, es importante mencionar que el presupuesto asignado al sector salud es insuficiente para cubrir adecuadamente a la población, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad, observando asimismo la insatisfacción de los servicios de salud de medios financieros asignados por el Estado al sector público.

Además del bajo presupuesto que se le asigna al rubro de salud en el país, la mala distribución de éste por parte de las instituciones encargadas de

la asignación de los recursos económicos en una parte específica a los Hospitales y a las Unidades de Salud, lo cual genera carencias incluyendo insumos esenciales desde abastecimiento de medicamentos, recurso humano, tecnología avanzada entre otros.

Con la investigación de campo se logró dar respuesta a este problema pues de ella pudo extraerse que para que haya buena distribución de los recursos económicos asignados al sector salud, es necesario constar en primer lugar con el presupuesto adecuado, pues solo así se podrá cubrir en un mayor porcentaje las necesidades de salud de todos, en segundo lugar; que la toma de decisiones relacionadas a este aspecto se tomen de manera equitativa para que todos los Hospitales y Unidades de Salud cuenten con la misma asignación financiera y que puedan ofrecer un mejor servicio.

¿Inciden las políticas del Gobierno en el mejoramiento de la atención médica hospitalaria?

Pareciera que las políticas implementadas por el Estado inciden en el mejoramiento de la atención hospitalaria; pero en realidad no, porque si bien es cierto el Gobierno implementa políticas aparentes, ya que no llevan implícitas avanzar al mejoramiento del Sistema Nacional de Salud. Tal es el caso del FOSALUD que fue implementado para dar mayor cobertura, sin embargo estos están ubicados en áreas geográficas del país centralizadas, por lo que la mayor parte de la población queda excluida de esos servicios debido a que este programa no se está implementando en todas las áreas geográficas del país.

Es por ello que según las entrevistas realizadas, las políticas relacionadas con el derecho a la salud deben ir dirigidas a una efectiva reforma integral de salud en la que se tome en cuenta a todos los sectores

de la población (ONG, ciudadanía en general, Sindicatos Médicos etc.), para que éstas tengan incidencia en el mejoramiento de la atención médica.

4.2.3 LOGROS DE OBJETIVOS

Los objetivos de cada investigación son la guía que permiten orientar las diferentes etapas del proceso, estos están muy vinculados a la etapa planificadora y de ejecución (investigación de campo), de tal forma que el logro de esta es de carácter imperativo, valga indicar las siguientes evaluaciones.

Objetivo General 1.

“Analizar cuales son los factores que inciden para que no haya un eficiente acceso y cobertura del Derecho a la Salud”

Con la investigación documental y de campo se logro cumplir con el objetivo anterior, y esto porque se estableció que entre los principales factores que inciden para que el Derecho a la Salud no tenga un alcance completo en el país, se encuentran:

-Sociales: Este factor debido a que se observa que la población todavía tiene un alto grado de analfabetismo y escasa escolaridad, aparejada la escasa educación en salud; las condiciones generales de vida sitúan a un porcentaje muy importante de personas en condiciones de pobreza, las cuales dificultan el proceso de auto responsabilidad ante sus problemas de salud y los de su comunidad lo cual es importante para el logro de la efectividad del Derecho a la Salud, el cual necesita tanto del cumplimiento del Estado, como de las acciones de los individuos y del individuo mismo.

Nos damos cuenta que el factor social tiene una relación con el económico, porque paralelo a un desarrollo social es factible conseguir un crecimiento económico sostenible.

-Económico: En el sentido que la mayoría de personas que acuden a la red pública de salud no poseen ingresos considerables para poder pagar la atención que se les brinda (Cuotas voluntarias), y esto conlleva a la inaccesibilidad de atención hospitalaria, en contraposición de lo establecido en el Art. 65 de la Constitución de la República, en la que categóricamente manda al Estado brindar gratuitamente la atención en salud de la población.

-Geográfico: En relación con el aspecto demográfico, ya que El Salvador es uno de los países más poblados de América Latina, convirtiéndolo en el segundo país más poblado de América Central con una mayor densidad de habitantes, lo que implica una inequidad en el sentido de ser insuficientes tanto el recurso humano como la infraestructura de los establecimientos de salud de toda la población debido a que cuando se implementan programas orientados a dar mayor cobertura en salud, estos no abarcan aquellas zonas comúnmente llamadas marginadas.

-Político: Se refiere a la voluntad de los sectores sociales y políticos, y su relación con el Estado, materia de implementación de políticas, pero que estas tengan aplicabilidad, para lo cual es necesario que sean acordes con la política global del desarrollo económico y social, en el proceso histórico que se vive, tomando en cuenta medidas pertinentes para estructurar un sistema de salud que se adapte a la tradición histórico-estructural, que sea compatible con la organización jurídico-administrativa; conforme a la disponibilidad de recursos.

Asimismo, que haya participación total, interinstitucional debidamente coordinada y que incluya la participación de la comunidad, para que con el desarrollo de esa política se logre una atención médica integral, es decir que llegue a todos los salvadoreños, donde y cuando lo necesiten, en el momento que la requieran.

Objetivo General 2.

“Determinar si las políticas que implementa el Estado son las adecuadas para el desarrollo del Derecho a la Salud”

Con la investigación se pretendió determinar si las Políticas que implementa el Estado eran las adecuadas, por lo que respecto a este objetivo se logro comprobar que políticas en materia de salud si las hay, sin embargo no son efectivas ya que, no cubren las necesidades de salud de la población.

Ahora bien, las políticas de reforma que se están sometiendo ha aprobación van dirigidas a privatizar, puesto que hay mas preocupación en darle espacio a lo privado que por mejorar la salud del pueblo Salvadoreño, todas estas reformas tienen dueño, están ligadas a la globalización que es una política de los Estados Unidos y no así de un país como el nuestro y parte de todo eso son las reformas de salud que lo que tratan de hacer es privatizar. Privatizar tampoco es darle todo a la empresa privada, porque eso se lo reservan a un grupo en específico.

Por tal razón, una política adecuada para el desarrollo del Derecho a la Salud tiene que ser el resultado de la participación de diferentes sectores, de un debate y de una discusión amplia, además del financiamiento que tiene que salir del Estado para el sector publico y se tiene que normar y regular el sector privado, el cual tiene que estar fuera del sistema público.

Objetivo Especifico 1.

“Identificar si el presupuesto asignado al sistema de salud pública es suficiente para dar cobertura a las necesidades de la población”

Sobre este objetivo debe señalarse, que el presupuesto que se le asigna al Sistema de Salud Pública es ineficiente para cubrir toda la demanda de salud de la población, debido a la mala distribución de los recursos económicos por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, llevando a escasez de medicamentos, provocando que las personas

con enfermedades graves o terminales no puedan recibir su tratamiento, aumentando la tasa de mortalidad en el país, relacionado a esto la falta de recurso humano ya que, por la falta de un financiamiento adecuado no puede contratarse personal especializado en la materia, además no puede comprarse aparatos de tecnología avanzada, la infraestructura no es la adecuada, por ejemplo en la ciudad de San Miguel en la Colonia Carrillo que se cuenta con una Unidad de Salud, esta no posee un local adecuado y propio para atender a los habitantes de esa zona, así como también el Hospital Nacional San Juan de Dios, el cual es de tercer nivel, no cuenta con todos los servicios que debe tener un hospital de esa índole.

Objetivo Especifico 2.

“Establecer cuales son los obstáculos que impiden al Estado garantizar el derecho al acceso a la salud”

Con relación a este objetivo se logro determinar que entre los obstáculos que impiden la garantización del Derecho a la Salud esta la falta de coordinación entre las instituciones encargadas de velar por el derecho en mención, ya que hay una centralización en la toma de decisiones dejando sin acceso ha aquellas personas que mas lo necesitan. Asimismo, la falta de voluntad Gubernamental en el sentido de no querer asignar un mayor recurso a la Red Pública Hospitalaria para que todos tengamos acceso a ésta.

Objetivo Especifico 3.

“Evaluar si el Estado en materia de Derecho a la Salud cumple con el Principio de Logro Progresivo”

Con la investigación realizada, se logro identificar que en materia de salud el Estado no cumple con el Principio de Logro Progresivo, debido a que no adopta medidas para asegurar progresivamente la plena efectividad del Derecho a la Salud de los Salvadoreños. De tal manera que, todavía se

puede observar según la investigación de campo que hay una exclusión de personas en cuanto ha acceder a los servicios de salud pública.

Objetivo Especifico 4.

“Determinar en que medida el Estado cumple con las recomendaciones dadas por los Organismos Nacionales e Internacionales encargadas de velar por el goce del Derecho a la Salud”

Con respecto a este objetivo se puede constatar que el Estado en algunos casos hace caso omiso a las recomendaciones de instituciones como la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, la cual en su Informe Nacional sobre el Derecho a la Salud recomienda al Estado el compromiso por una profunda reforma en el sector salud, en un sentido integral y no llevando ésta a la privatización de lo que Constitucionalmente se conoce como un “bien público”; así como también, no toma en cuenta las recomendaciones que ha dado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en cuanto a la obligación de respetar, proteger, cumplir, facilitar, proporcionar y promover el Derecho humano a la Salud.

4.2.4 ANÁLISIS DE CASOS

CASO I

Demandante: Jorge Odir Miranda.

Autoridad demandada: Ana Vilma de Escobar, Directora del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Derechos vulnerados: el derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación, de conformidad con los artículos 2,3 y 65 de la constitución.

Doctrina aplicada:

El proceso de amparo posee sus propias características, dentro de los denominados procesos constitucionales. A diferencia de otros anida un emplazamiento jurisdiccional amplio y se pretende con él tutelar categorías jurídicas subjetivas protegibles, que hayan sido violentadas por las diferentes autoridades y aun por particulares en determinados casos. La sentencia que se pronuncie en este caso posee efectos únicamente inter partes, esto es, vincula únicamente a las partes.

El actor invocó los intereses colectivos que poseen todos y cada uno de los enfermos con VIH, y solicitó a la Sala de lo Constitucional, un pronunciamiento en cuanto a los efectos que esta sentencia pueda tener en los diversos casos o la colectividad como el lo llama que se encuentran en la misma situación.

Efectivamente las personas enfermas con VIH se encuentran en un espectro tal que les permite ubicarse en una colectividad determinada, dado que comparten una misma situación. Sin embargo los magistrados consideran que esto lo que genera o posibilita es que cualquiera de los mencionados pueda tener acceso a la tutela del derecho que este siendo violentado de forma semejante y conjunta en alguno. Así se expresó la Sala: *“Los intereses son comunes y por lo tanto cualquiera de ellos puede solicitar legítimamente el desplazamiento jurisdiccional; empero ello no implica que los efectos de la sentencia que se provea en el proceso instado, deba tener efectos generales aun y cuando de hecho así pueda suceder, lo anterior en virtud de que no estamos ante la protección de intereses difusos o supraindividuales como afirma el peticionario en su demanda, debido a la naturaleza propia del derecho de la vida y a la salud que se han alegado como violados por la omisión reclamada. El peticionario mas bien a invocado, además de sus propios derechos, un cúmulo de derechos individuales conexos con la decisión de la autoridad demandada de no proporcionarles a el y a los demás enfermos que han desarrollado la enfermedad del VIH/SIDA, la terapia ya relacionada, quienes se han visto afectados por la omisión*

controvertida y que poseen un interés en las resultas de este mecanismo de tutela constitucional.

Sobre dicho aspecto, es importante establecer que el interés supra individual comprensivo del interés colectivo y el difuso si bien refleja una posición o aspiración común respecto de un mismo bien, este bien debe importar un disfrute supraindividual que por su propia naturaleza es diferente del contenido básico del derecho individual a la vida o la salud. En consecuencia, careciendo el demandante de la representación necesaria para intervenir en nombre del grupo de personas que se encuentran en la misma situación medica el cual pretende una tutela respecto de sus respectivos derechos de carácter individual, no es atendible que los efectos inter partes de la presente decisión se altere”.

Artículos aplicados:

Artículos 1,2 y 65 de la Constitución de la Republica y artículos 32, 33,34 y 35de la Ley de Procedimientos Constitucionales. Las normas constitucionales referidas al derecho a la salud y vida. Las normas de la Ley de Procedimientos Constitucionales referidas a las formalidades de la sentencia en el proceso de amparo.

Cuadro Fáctico:

El demandante a fundado su demanda de amparo básicamente en el hecho que la Directora del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ha violentado en su perjuicio y en el de otros, el derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación, ya que no obstante ser poseedor del virus de Inmuno Deficiencia Humana y saberse que existe un tratamiento antirretroviral asociado capaz de repeler su desarrollo inminente, ésta ha omitido proporcionárselo aduciendo falta de recursos económicos.

De forma concreta el actor ha manifestado que el tratamiento al que hace referencia tiene como finalidad, desde el punto de vista biológico,

fortalecer el número de células T o CD4 por milímetro cúbico de sangre, dado que una persona que no posee tal virus tiene entre quinientas y mil células de éstas en la proporción aludida, pero quien lo ha desarrollado empieza a reducirlas hasta el grado que, llegando a doscientas, el tratamiento se vuelve indispensable. Claro está que la triple terapia denominada también así o terapia antirretroviral asociada, no elimina el VIH del cuerpo y consecuentemente no salva la vida pero sí reduce la carga viral a niveles que podrían considerarse como suficientes para que una persona lleve una vida normal, y al mismo tiempo posibilita el fortalecimiento y recuperación del sistema inmunológico. Debido a que esta reacción es observable, principalmente en pacientes que ha desarrollado el SIDA y en situaciones muy críticas y agudas, no se ha dudado en llamarle “efecto Lázaro”. Consecuentemente al omitirse proporcionar el tratamiento, se violentan derechos constitucionales por parte del Estado, por colegirse así de los instrumentos normativos mencionados, la protección y conservación de la vida humana.

Considera además el actor que se ha violado su derecho a la salud dado que ante condiciones de salud perjudicadas, se deben recibir los tratamientos y medicamentos necesarios y eficaces para la recuperación y que asimismo se deben recibir tales tratamientos con los avances científicos y farmacológicos respecto de la eficacia esperada.

Análisis crítico-jurídico:

El actor expresa en su demanda que el caso atiende a un reclamo de “intereses difusos” y no aun reclamo personal, es decir que el actor pretendía que sobre la base de su caso especial, se pudiera comprender que existe una comunidad indeterminada e indeterminable de personas que comparten hoy su situación de falta de acceso a medicamentos esenciales con relación al VIH/SIDA. En realidad, se trata de la fórmula procesal idónea para evitar el

atascamiento de expedientes de la Sala de lo Constitucional, y lo mas importante, para prever una medida de protección hacia el derecho a la salud respecto de personas que, por su condición de vivientes con VIH/SIDA, no desean exponer esa circunstancia públicamente, o manifestar públicamente, así sea una jurisdicción constitucional, su padecimiento.

De esta manera, en lugar de haber provocado una protección mayor hacia las personas viviendo con VIH/SIDA, la Sala se limito a circunscribir los efectos de la sentencia estimatoria únicamente a la persona del demandante, aplicando los efectos inter partes, cuando existió la posibilidad los efectos generales para beneficiar a todas las personas viviendo con VIH/SIDA, dejándoles el mismo camino, sin caer en la cuenta que no todo ese grupo estarán en la capacidad de salud para soportar un proceso judicial, ni en capacidad económica para costearlo.

Sin embargo, debe indicarse que la sentencia estimatoria para el actor, sentó un precedente importante con relación al derecho a la salud, no solo acogiéndolo como un derecho exigible judicialmente, sino también estableciendo que el acceso a un medicamento no puede negarse sobre la base de que tal medicamento no puede costearse debido a las condiciones presupuestarias.

Caso II

Demandante: El Centro de Derechos Económicos y Sociales (CDES), representado por su Coordinadora General, Paulina Garzón.

Autoridad Demandada: Gobierno de la República del Ecuador, en concordancia con los Artículos 41 (f), y del 44 al 51 de la Convención Americana de Derechos Humanos (la "Convención") en representación de Luís Mazón, Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del Ministerio de Salud, y de los trabajadores afiliados.

Derechos Vulnerados: violaciones cometidas por el Gobierno Ecuatoriano de los siguientes derechos garantizados por la Convención Americana de Derechos Humanos: Garantías Judiciales (Art. 8), Protección Judicial (Art. 25) y Desarrollo Progresivo de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 26). Además se alegan violaciones en contra de los Art. 10, 15 y 17 del Protocolo de San Salvador de la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (el "Protocolo") y de los Art. 1,7 y 11 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (la "Declaración").

Doctrina Aplicada: El Gobierno Ecuatoriano ha violado los derechos humanos de los miembros más pobres de su población por medio de reducciones sistemáticas del presupuesto nacional para salud. Estas reducciones fueron evitables, inconstitucionales y han agravado profundamente una ya lamentable crisis nacional del sector de la salud. La naturaleza regresiva de estos recortes, su impacto grave y discriminatorio en el bienestar de cientos de miles de ecuatorianos, y la falta de mecanismos judiciales efectivos para enfrentarlos, constituyen violaciones de la Convención y de otros tratados internacionales de derechos humanos. En los últimos años, Ecuador ha experimentado una crisis de salud causada por la combinación de la crisis socio-económica y la disminución en los recursos destinados a la salud. Las reducciones gubernamentales en el presupuesto nacional para salud, descritas como "drásticas" por la Organización Panamericana de la Salud, han significado reducciones masivas de personal, infraestructura, equipos, materiales y programas de salud con profundo impacto para los sectores más vulnerables de la población. Las reducciones presupuestarias de 1999 para salud agravaron una ya lamentable y grave crisis del sector. Una mayoría creciente de ecuatorianos vive bajo la línea de pobreza y pocos tienen recursos suficientes para gastarlos en servicios privados de salud. Por tanto, una mayoría de la población depende de una

forma u otra del sistema estatal de salud. Las reducciones en las asignaciones para salud se han traducido directamente en la reducción de servicios disponibles con un grave impacto para los grupos más vulnerables.

Los recortes presupuestarios del Gobierno deben ser entendidos dentro del contexto general de crisis económica y social que ha experimentado el Ecuador en 1998 y 1999. Sin duda, el Gobierno ha estado en una posición difícil, con muchas restricciones en el gasto público. Sin embargo, la protección de la población más vulnerable es aún más esencial en épocas de crisis y, conforme a la Convención y tratados relacionados, el gobierno tiene la obligación, incluso en estas circunstancias, de demostrar que ha tomado todas las medidas posibles para proteger y dar prioridad a los derechos más fundamentales, dentro de los límites de los recursos existentes.

El derecho a la vida ha sido comúnmente descrito como el derecho más importante, del que se derivan todos los otros derechos. La Corte y la Comisión, en concordancia con otros organismos internacionales, han subrayado la importancia de una comprensión integral de este derecho, en todas sus dimensiones, inclusive la de salud. Basados en esta comprensión, la Comisión ha enfatizado que los llamados derechos de supervivencia merecen atención especial por parte de los gobiernos.

Artículos Aplicados: Artículos: 1, 42, 43, 46 y 276 de la Constitución Ecuatoriana, Artículos 18 y 21 de la Ley de Control Constitucional de Ecuador, Artículos 1, 8, 25 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en concordancia con los Artículos 10,15 y 17 del Protocolo de San Salvador y los Artículos 7 y 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

Cuadro Fáctico: El señor Luís Mazón, presento una petición ante la Ilustre Comisión Interamericana de Derechos Humanos en contra del Estado

Ecuatoriano, alegando violación de los derechos humanos consagrados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, en relación con la reducción del presupuesto al sector de la salud dentro del Presupuesto General del Estado del año 1999, la decisión gubernamental de reducir las asignaciones para salud en el Presupuesto Nacional de 1999 contravino según el peticionario directamente la norma constitucional en relación con el derecho a la salud, según la cual, por una parte, se garantizan el acceso a servicios médicos básicos para toda la población y por otra se prohíbe cualquier reducción en las asignaciones para este sector. Los peticionarios presentaron dos recursos en cortes nacionales, demandando la inconstitucionalidad de dichas reducciones y en pos de demostrar la violación de normas e instrumentos de derechos humanos.

Los dos casos llegaron hasta la máxima instancia, el Tribunal Constitucional, en donde fueron rechazados en base a opiniones precipitadas que efectivamente negaban recursos judiciales en contra de las violaciones invocadas. En cumplimiento del Art. 46 de la Convención los peticionarios han agotado los recursos a nivel nacional. La Constitución Ecuatoriana permite dos formas de presentar una demanda en contra de las reducciones en el gasto para salud ante una corte nacional: una demanda de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional, y un Recurso de Amparo en los juzgados. Los peticionarios presentaron, dichos recursos y en ambos casos las demandas fueron rechazadas por la máxima instancia, el Tribunal Constitucional. Las decisiones del Tribunal dejaron claro que las cortes Ecuatorianas no ofrecen recursos efectivos en contra de violaciones de derechos humanos, específicamente del derecho a la salud como éste ha sido definido en la Constitución y otros instrumentos relacionados. El Presidente de la República y el Congreso Nacional ofrecieron tres defensas, cualquiera de las cuales, arguyeron, era suficiente para rechazar la

demanda: 1) que el Presupuesto de 1999 no estaba ya vigente y había sido superado por el Presupuesto del año 2000; 2) que el Presupuesto es un documento "político, económico y judicial" complicado y por tanto, no está dentro de la competencia del Tribunal y 3) que el Presidente y el Congreso habían seguido todos los procedimientos constitucionales y los estatutos correspondientes tanto para su elaboración como para su aprobación.

Esta petición, por tanto, se presenta en contra de violaciones de la obligación de desarrollo progresivo del derecho a la salud y de la obligación de garantizar mecanismos judiciales para recurrir y reparar dichas violaciones de derechos fundamentales de acuerdo a la Convención, el Protocolo, la Declaración, la Constitución Ecuatoriana y varios tratados internacionales que el Ecuador ha ratificado, incluyendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("PIDESC").

Análisis Crítico-Jurídico: En la actualidad, una de las mayores amenazas para la vigencia de los derechos humanos en las Américas está en los ajustes estructurales y sus efectos en los servicios públicos básicos, los cuales rara vez han sido sujetos de peticiones individuales. Dentro de este contexto, esta petición presenta evidencia clara y detallada de violaciones del derecho a la salud, con amplias implicaciones para el país y la región. El peticionario alega una violación inminente al Derecho a la Salud no solo de su persona sino de toda la población, en el sentido que la reducción al presupuesto asignado al rubro de salud en el año 1999 afecta gravemente lo establecido tanto en la Constitución Ecuatoriana como en los diferentes Tratados y documentos internacionales en materia de derechos humanos. El Gobierno reconoce sus obligaciones de logro progresivo bajo el Artículo 26 de la Convención y admite que hubo reducciones en el Presupuesto Nacional en materia de salud. Sobre la base de las reducciones inconstitucionales y regresivas del presupuesto para salud, el Gobierno está obligado a

demostrar: (a) que hubo un proceso formal para evaluar los impactos, buscar alternativas, y considerar medidas para proteger a las poblaciones más vulnerables, (b) que la decisión de recortar el presupuesto de salud fue absolutamente necesaria bajo las circunstancias existentes; y c) que se ejecutaron medidas adicionales para proteger a las poblaciones más vulnerables. La respuesta del Gobierno es deficiente ya que no aporta una solución efectiva a la petición planteada.

La Petición trata de una sistemática violación del Artículo 26 de la Convención, con impactos negativos en los derechos fundamentales de millones de ecuatorianos y ecuatorianas, por razones aparentemente injustificadas y sin programas adecuados para proteger a los más vulnerables.

Frente a tales alegatos, el Gobierno está obligado a responder con fundamentos que justifiquen sus acciones. Bajo las consideraciones expuestas, existen fundamentos incuestionables para que la Comisión se pronuncie declarando la admisibilidad de la petición, lo que nos permitirá desarrollar y fundamentar los argumentos de mérito para alcanzar, de esta forma y de manera efectiva, la protección y garantía de los derechos humanos consagrados en la Convención, así como en el Protocolo y en la Declaración.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En este capítulo se harán las conclusiones, a partir de las cuales se emitirán las correspondientes recomendaciones basadas en tendencias y condiciones que pueden presentarse a futuro.

Hoy en día seguimos siendo testigos de violaciones a los Derechos Humanos cometidos por Agentes Estatales como Torturas, Desapariciones Forzadas y Ejecuciones Extrajudiciales; y se observa con preocupación las graves violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las personas, situación que en muchas ocasiones les impide llevar una vida digna.

Este tipo de violaciones requiere cada día de mayor atención, pues las doctrinas y políticas imperantes parecen conducir al aumento de las desigualdades en la distribución de los recursos y a la mayor explotación de los que menos tienen.

5.1.1 CONCLUSIONES DOCTRINALES

➤ Como ya se ha establecido, el Derecho a la Salud al igual que otros derechos es considerado fundamental, inherente a la persona y se entiende por el, no solamente la ausencia de enfermedades, sino también el gozar de condiciones tales como: agua limpia potable, alimentación adecuada, vivienda digna, educación, etc. Es por ello que la salud es innegablemente importante, ya que ofrece la base para establecer una sociedad justa y productiva y es la piedra angular de las posibilidades que tiene una persona de realizarse individual y socialmente, pues una población enferma no puede aprender, trabajar ni desarrollarse. Un principio fundamental dentro de todos estos derechos (a la vida, a la salud, a la educación etc.), es el principio de la Dignidad Humana, el cual constituye una forma de ver con equidad a todas

las personas. En el país este derecho no tiene mayor aplicación, ya que en los resultados de las encuestas las unidades de análisis manifiestan que debe tomarse en cuenta el principio antes mencionado para la aplicación específica del Derecho a la Salud. Ya que poniendo en práctica este principio por las instituciones encargadas de velar por el Derecho a la Salud (MSPAS, Gobiernos Locales, etc.), no hubiera mayor grado de vulneración de este fundamental derecho; debido a que los servicios de salud serían distribuidos y accesibles de manera correcta.

➤ El derecho a la vida es un Derecho fundamental del ser humano, el cual es inherente a la persona desde el momento de su concepción y se encuentra en estrecha vinculación con el derecho a la salud antes relacionado. La mayoría de la población entrevistada concuerdan que el servicio que prestan los Hospitales y Unidades de Salud de la zona oriental debe ser mejorado, comprobándose que el Estado, poco o nada esta haciendo para cumplir con su obligación de garantizar la salud como un derecho de la población en general.

5.1.2 CONCLUSIONES JURIDICAS-POLITICAS

➤ Constitucionalmente la salud es considerada un bien público; y es la misma Constitución la que manda a crear leyes secundarias que rijan el cumplimiento del Derecho a la salud, de acuerdo al análisis realizado se puede concluir que a pesar de existir normas nacionales e internacionales que protegen este Derecho, sigue latente la violación y la inequidad de los derechos sociales. A través de las entrevistas y encuestas hemos observado que no se aplican los principios que rigen el Código de Salud como norma secundaria principal de protección del Derecho a la Salud (la no discriminación, calidad, calidez y equidad). En este sentido el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha ganado instancias y

mecanismos de protección frente a la impunidad de los Estados de cumplir con las obligaciones Constitucionales.¹⁰⁷ Al establecerse en él, procesos de denuncias ante organismos internacionales por violación a los derechos humanos y específicamente al derecho a la salud que esta incluido en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es por ello que el Estado tiene obligación de cuidar la salud de sus habitantes, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas Jurídicas y Políticas adecuadas.

➤ En cuanto al proceso de Reforma Integral de Salud, las autoridades respectivas y parlamentarias que están conociendo el referido anteproyecto de Ley han asegurado reiteradamente que no se privatizará la salud en el país, utilizando para ello palabras como “Modernización” y “Descentralización” que a final de cuentas recae en una privatización que traerá consecuencias negativas para la población en general. Es preciso insistir en que la privatización de la salud va más allá de la transferencia de la propiedad, de infraestructura; e incluye contratos de administración, concesiones y arrendamientos, así como la introducción de condiciones de competencia y otros incentivos que promueven la participación privilegiada y la inversión privada. En base a lo anterior se puede evidenciar una inconsistencia esencial entre la responsabilidad que tiene el Estado Salvadoreño de adoptar medidas concretas para el mejoramiento de la accesibilidad y cobertura de los bienes y servicios de salud publica; ya que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar una sociedad sana y productiva.

¹⁰⁷ Supra, Pág. 57

5.1.3 CONCLUSIONES SOCIALES

- El aspecto social guarda gran relación con la apreciación que de la realidad jurídica del país se le transmite a cada uno de los ciudadanos, ya sea por los medios de comunicación o por comunicados por parte de la Presidencia de la Republica, de manera que si dicha información se obtiene de forma tergiversada pueden llegar a erróneas conclusiones y a la vez a la emisión de juicios injustos. Mediante el trabajo de campo se ha establecido que existen evidencias suficientes para considerar que las estrategias de ampliación de cobertura a través del MSPAS, no resultan suficientes, generando la inaccesibilidad a los servicios de una gran cantidad de personas, especialmente de la población que vive en zonas marginadas; además de ello, el actual servicio de salud no contribuyen a erradicar las desigualdades existentes respecto a las oportunidades que debe tener la población.

- La institucionalidad estatal relacionada con los derechos y el bienestar social y político no incorpora mecanismos para buscar consensos; como el debate o el dialogo con los ciudadanos al momento de implementar políticas o programas que lleven consigo el desarrollo progresivo de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y especialmente el Derecho a la Salud. Esto se puede ver reflejado en la problemática actual en torno a la aprobación del nuevo Sistema de Salud, que a la fecha de elaborar la presente investigación todavía no había consenso entre las instituciones que participan en la aprobación de esta misma, ello demuestra la inconsistencia a la hora de aprobar cuestiones que van a beneficiar a todos los Salvadoreños.

5.1.4 CONCLUSIONES ECONOMICAS

- El fortalecimiento de los sistemas de salud es un requisito indispensable para garantizar el acceso equitativo a la salud, para que ello sea posible, las políticas destinadas a fortalecer dichos sistemas deben estar orientadas a reducir la segmentación y fragmentación al interior de ellos e introducir con fuerza mecanismos que promuevan la equidad. El factor económico es de importancia relevante porque representa el desarrollo actual y futuro de la sociedad. Sin embargo en el país el insuficiente financiamiento al rubro de salud provoca privilegiar y favorecer modalidades de privatización de los Servicios Públicos de Salud; y en consecuencia, en el mediano y largo plazo, lejos de preparar y fortalecer las capacidades de las instituciones estatales para cumplir con sus atribuciones, pueden disminuir sus recursos sin realizar inversiones para la consolidación de las propias instancias prestadoras de servicios de naturaleza pública.

- El poco presupuesto destinado a los servicios de salud pública genera que el gasto de bolsillo de las familias se muestra afectado sobre todo cuando buscan atención especializada y requiere de intervenciones mayores para el restablecimiento y conservación de su salud. Lo oneroso de los mismos se incrementa cuando las personas no encuentran accesible geográficamente la asistencia demandada, ni la infraestructura y los recursos esenciales que deberían procurar su salud, especialmente cuando se trata de la Red Pública.

5.2 RECOMENDACIONES

El estudio del tema “Acceso y Cobertura del Derecho a la Salud”, tanto en su nivel doctrinario, legal y práctico permite en cierto grado atreverse, como grupo investigador a brindar recomendaciones para ciertos sectores. No teniéndose más que la sincera intención de ofrecer a partir de la experiencia vivida a continuación planteamos una serie de sugerencias:

➤ **AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR**

Como líder del país debe ser el primero en cumplir las disposiciones constitucionales, conduciendo ha avalar una inversión adecuada al incremento fundamental de los recursos financieros destinados al MSPAS en el próximo año y los años venideros, de forma que marque el inicio de un compromiso gubernamental para satisfacer de forma progresiva, suficiente y oportuna las necesidades actuales del sistema sanitario nacional y las crecientes demandas de la población.

➤ **A LA HONORABLE ASAMBLEA LEGISLATIVA**

Como un ente representativo, donde en teoría, concurren todas las ideologías del pueblo, se entiende que realizan su actividad en cumplimiento de las disposiciones constitucionales; ahora bien, como ente político es lógico que no puede estar exento de los intereses de tal naturaleza, y en concreto de los electorales, pero esta situación no debe influir para que a la hora de crear una ley o reformar una disposición, se tenga el cuidado de que tales estén en correspondencia con los valores y principios constitucionales, es decir, no debe permitirse al interior de este Órgano dar la categoría de ley a cualquier anteproyecto que se presente como consecuencia de un momento coyuntural, sino que debe hacerse un estudio minucioso y

exhaustivo de cada elemento que habrá de componer determinado cuerpo normativo. Tal es el caso del Proceso de Reforma que se presentó ante la Comisión de Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales de la Asamblea Legislativa, que entre los que participan en ésta aprobación no se llega a un común acuerdo, y esto da como resultado que se afecte y se vulnere el derecho a la salud de todos los salvadoreños. Es por ello que debe buscarse llegar a un consenso para que esta aprobación sea de beneficio para la población, dejando de lado intereses políticos o personales y tomando como referente lo establecido en el Art. 1 y 65 de la Constitución de la República.

➤ **AL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

En su calidad de titular de dicha entidad del Estado, responsable de garantizar la salud de la población, se le recomienda cumplir con sus deberes constitucionales y facultades legales, procurando que el recurso financiero asignado al rubro de salud sea distribuido de una forma adecuada a todas sus dependencias asegurando un mayor Acceso y Cobertura de los Servicios Públicos de Salud a la población en general. Que no sancione ni promueva iniciativa alguna alrededor del proceso de reforma o que, de una u otra forma impacte en detrimento del mismo, hasta que las propuestas existentes al respecto sean retomadas desde un esfuerzo más amplio de representación representativa y se atiendan aspectos sensibles que todavía deben ser debatidos y elaborados con mayor respaldo social.

➤ **A LA PROCURADURIA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS**

Como institución del Estado encargada de verificar que los Derechos Humanos y en especial el Derecho a la Salud sean garantizados de una forma efectiva a la población, se le recomienda que siga manteniendo su

visión hacia la Justiciabilidad de los Derechos cuando se considera que se han violentado alguno de los derechos reconocidos constitucionalmente por las instituciones directamente encargadas de velar por su estricto cumplimiento.

➤ **A LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y A LA SOCIEDAD CIVIL**

Que participen responsablemente y con total compromiso en la construcción de una cultura de denuncia contra la violaciones al derecho en mención, pero sobre todo que unan esfuerzos para avanzar en la exigibilidad del cumplimiento de este fundamental Derecho para la solución de graves problemas que atentan contra la calidad de vida de todos los habitantes y para que las oportunidades de salud sean distribuidas de modo tal que una cantidad suficiente de personas alcancen y conserven un estado de salud que permita generar y mantener una sociedad productiva.

BIBLIOGRAFIA

- Araujo Velásquez, Ivette Rocío y otros.
La Ineficacia del Proceso de Amparo como medio de tutela frente a la Violación del Derecho a la Salud.
Tesis para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas.
Diciembre 2004.
- Bernal Torres, Cesar Augusto.
Metodología de la Investigación para la Administración y Economía.
- Bondanza Medina, Patricia Angélica y otros.
Tutela Constitucional del Derecho a la Salud por parte del Estado de El Salvador en cuanto a la aplicabilidad de la Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana en el Departamento de Usulután.
Tesis para optar al Grado de Licenciatura en Ciencias Jurídicas.
Noviembre 2004.
- Escobar, Guillermo.
Federación Iberoamericana de OMBUSMAN FIO, cuarto informe sobre Derechos Humanos, Protección de la Salud, Universidad de Alcalá.
Trama Editorial, 2006.
- Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y otros.
El Derecho a la salud en las Américas; Estudio Constitucional Comparado/Organización Panamericana para la Salud, Publicación Científica N° 509.
- García Pelayo, Ramón y Gross.

Diccionario Manual Larousse Ilustrado, Enciclopédico, Primera Edición, Enero 1998.

- Giraldo, Álvaro Franco.
Globalización, Gobernabilidad y Salud, presentación realizada en el IV Congreso Internacional de salud pública organizado por la Facultad Nacional de salud pública de la Universidad de Antioquia, Colombia. Noviembre 2005.
- González Escalante, Francisca Cecilia y otros.
El papel del Consejo Superior de Salud Pública como garante del derecho a la salud en relacion a los casos de Mala Practica en el ejercicio de la profesion médica.
Trabajo de graduación para obtener el Titulo de Licenciado en Ciencias Jurídicas, Agosto 2000.
- Hernández Sampieri, Roberto.
Metodología de la Investigación,
Segunda Edición, Mc Graw-Hill, México
- Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, Afectaciones al derecho a la salud en El Salvador. 2006-2007.
- La situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en El Salvador.
Enero/Diciembre 2004, FESPAD Ediciones.

- La exigibilidad Política de los Derechos Humanos y sus dos componentes: La Exigibilidad Social y La Exigibilidad Jurídica, producida y publicada por FESPAD, Diciembre 2005.
- Las observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
FESPAD Ediciones, Septiembre de 2006.
- Meza-Lago, Carmelo.
Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe, publicación Científica Numero 539, Co Publicación Organización Panamericana de la Salud, Fundación Interamericana.
- Osorio, Manuel.
Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales,
Editorial Heliasta.
- Ortez, Eladio Zacarías.
Pasos para hacer una investigación, Editorial Clásica Roxsil.
- Pleytez Rodríguez, William Adalberto.
Informe sobre Desarrollo Humano: El Salvador 2001, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Publicación del Sindicato de Médicos Trabajadores del ISSS, (SIMETRISS), año 1, N° 10, Junio 2007.
- Suárez, Jorge y otros.
Social Watch, Informe 2006, Arquitectura Imposible.

- Tamayo y Tamayo, Mario.
El proceso de la Investigación Científica, Editorial Lemusa, México D.F., 3ª Edición 1994.

LEYES NACIONALES

- Constitución de la República explicada, 1983
- Código de Salud,
- Código Municipal
- Código de Trabajo
- Código Penal

DECLARACIONES Y TRATADOS INTERNACIONALES

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, "Pacto de San José".

- Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

PARTE III
ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION



**Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias Jurídicas**

ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA DIRIGIDA A MÉDICOS, DIRECTORES DE LAS UNIDADES DE SALUD Y DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL.

Fecha: _____ **Hora:** _____

Profesión: _____

OBJETIVO: Obtener información relacionada a la Cobertura y al Acceso del Derecho a la Salud por parte del Estado de El Salvador.

INDICACIÓN: Después de leer cada interrogante, escriba su opinión según considere conveniente. Por su colaboración le expresamos los más sinceros agradecimientos.

- 1) ¿Que criterios o ideas tiene sobre el concepto del Derecho a la Salud?

- 2) ¿Según su criterio que importancia tiene la protección Constitucional del Estado en materia de Salud?

- 3) ¿Considera usted que el Estado cumple con su obligación de velar por la protección de la salud de la población?

- 4) ¿Qué función realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en cuanto al cumplimiento del Derecho a la Salud?
- 5) ¿Considera usted que el Estado a través de las Instituciones Públicas de salud, ha incidido en promover el Acceso a la salud de la población?
- 6) ¿Según su criterio, hay suficiente cobertura para atender las necesidades de salud de la población?
- 7) ¿Según su opinión, el presupuesto asignado al rubro de salud por parte del Estado es el adecuado?
- 8) ¿Considera usted que el Estado cumpliría su mandato Constitucional si privatizara los servicios de salud pública?
- 9) ¿Cuál es la diferencia para usted entre el concepto de Modernización y Privatización?
- 10) ¿Considera usted que el Estado toma en cuenta las recomendaciones dadas por los diferentes Organismos Nacionales e Internacionales en materia de salud?
- 11) ¿Cree usted que son efectivas las políticas que implementa el Ministerio de Salud Pública para atender las necesidades de salud de la población?
- 12) ¿De que manera a su criterio, cumple el Ministerio de Salud con su papel de garante de la salud pública en El Salvador?

ANEXO Nº 2.

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Ciencias Jurídicas

ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA DIRIGIDA A ONGs Y PDDH

Fecha: _____ Hora: _____

Profesión: _____

OBJETIVO: Obtener información relacionada a la Cobertura y al Acceso del Derecho a la Salud por parte del Estado de El Salvador.

INDICACIÓN: Después de leer cada interrogante, escriba su opinión según considere conveniente. Por su colaboración le expresamos los más sinceros agradecimientos.

- 1) ¿Qué papel desempeña esta Institución u Organización en cuanto a la protección del Derecho a la Salud de la población?

- 2) ¿Cuáles son las estrategias que utilizan para que el Estado cumpla con el Derecho a la Salud?

- 3) ¿Considera usted que hay violación al Derecho de la Salud de la población?

- 4) ¿A su criterio, cree usted que ésta violación se debe a la mala distribución de los Servicios Públicos de Salud?

- 5) ¿Considera usted que el Estado esta implementando políticas para promover la protección de la Salud?
- 6) ¿Cree usted, que seria necesario crear una reforma integral al Sistema de Salud Pública?
- 7) ¿Considera usted que el acceso de la población a la Red Pública Hospitalaria es la adecuada?
- 8) ¿A su criterio, cree usted, que hay una buena distribución en cuanto a los establecimientos de salud publica en el país?
- 9) ¿Considera que las medidas que adopta el Estado ayudan a que el Derecho a la Salud se cumpla progresivamente?
- 10) ¿Cuáles serian las medidas a tomar en cuenta para que el Derecho a la Salud se cumpla?
- 11) ¿Según su opinión, el Presupuesto asignado al rubro de salud es el adecuado para atender las necesidades de la población?
- 12) ¿Cuál seria la mejor forma de distribuir el presupuesto?
- 13) ¿Considera usted, que privatizando la salud es la mejor forma para brindar un buen servicio a la población?
- 14) ¿Para usted, los términos Privatización y Modernización equivalen a lo mismo?

15) ¿Conoce usted de casos en que por violación al derecho a la salud haya acudido la víctima a instancias internacionales?

16) ¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar la calidad, accesibilidad y cobertura de los servicios públicos de salud?

ANEXO Nº 3.

Universidad de El Salvador

Facultad Multidisciplinaria Oriental

Departamento de Ciencias Jurídicas



ENCUESTA DIRIGIDA A PERSONAS O USUARIOS DE LAS UNIDADES DE SALUD Y DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL

Fecha: _____ **Hora:** _____

Lugar: _____

OBJETIVO: obtener la opinión de las personas que a diario consultan las diferentes unidades de salud así como el Hospital de San Miguel.

INDICACIÓN: Después de leer cada interrogante detenidamente, escriba una equis en la línea que se encuentra a la derecha de cada alternativa de respuesta según considere conveniente. Por su colaboración le expresamos los más sinceros agradecimientos.

1) ¿Conoce usted cuales son sus Derechos?

SI _____ NO _____

2) ¿Sabe usted que el Derecho a la Salud es fundamental para todas las personas?

SI_____ NO_____

3) ¿Con qué frecuencia acude a un Hospital o Unidad de Salud?

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

4) ¿Le dan asistencia médica gratuita en los establecimientos de salud pública? SI_____ NO_____

5) ¿Ha recibido un servicio inadecuado por falta de medicamentos?

SI_____ NO_____

6) ¿Qué distancia recorre para llegar a un establecimiento de salud?

MUCHA_____ POCA_____ REGULAR_____

7) ¿Al llegar a un establecimiento de salud, tiene acceso adecuado a los servicios de medicina y de consulta?

SI_____ NO_____

8) ¿Cuánto tiempo se tardan en atenderle?

MUCHO_____ POCO_____ REGULAR_____

9) ¿Conoce algún caso de mala praxis médica?

SI_____ NO_____

10) ¿Tiene conocimiento que el personal de los Hospitales debe ser responsables y que están sujetos a sanciones administrativas, civiles y penales por infracciones o violaciones que cometen en contra del Derecho a la Salud de cualquier persona?

SI_____ NO_____

11) ¿Sabe usted a que institución acudir en caso de no recibir la atención médica adecuada?

SI_____ NO_____

12) ¿Tiene conocimiento que existen instituciones internacionales que velan por el Derecho a la Salud?

SI_____ NO_____

13) ¿Considera usted que una eventual privatización de la Salud constituye una violación al derecho a la salud, conociendo que el Estado debe proporcionarla de una forma gratuita?

SI_____ NO_____ NO SABE_____

14) ¿Cree usted que el Ministerio de Salud Pública esta velando por garantizar el Derecho a la Salud de la población?

SI_____ NO_____

15) ¿Ha padecido de algún tipo de maltrato o atención tardía por malicia del personal médico?

SI_____ NO_____

16) ¿Le han exigido algún tipo de pago a cambio de atenderle?

SI_____ NO_____

17) ¿Considera usted que las leyes que protegen el Derecho a la Salud tiene una aplicación real en el país?

SI_____ NO_____

18) ¿Cree usted que el personal con que cuenta el Hospital y/o las Unidades de Salud, es el adecuado para brindar la atención requerida por la población?

SI_____ NO_____

ANEXO No 4

50% bachilleres no va a universidad.

Unos 78,000 bachilleres se quedaron fuera del sistema de educación superior entre 2003 y 2005. **18**

**El modelo Sensunapán.**

Gobierno lanzará plan de prevención en cinco comunidades de alto riesgo. El plan piloto se desarrolló en Sonsonate. **24**

Decomisarán armas en La Libertad

LA POLICÍA PRESENTÓ AYER SU PLAN DE ATENCIÓN PARA SEMANA SANTA Y REITERÓ QUE HABRÁ DECOMISO DE ARMAS EN LAS ZONAS CON VEDAS. **16**

LA PRENSA GRÁFICA
Lunes 26 de marzo de 2007

Nación

WWW.LAPRENSAGRAFICA.COM



FOTO DE LA PRENSA GRÁFICA
Nuevo despacho. Las autoridades de Salud pagan \$9,000 al mes por el edificio donde despachan ministro y viceministro.

¿Qué es RHESSA?

Fondos del Banco Mundial para la reconstrucción de hospitales dañados por los terremotos

\$142.6 MILLONES. Es el valor del crédito que otorgó en 2003 el organismo financiero con sede en Washington.

SIETE HOSPITALES. El dinero debía servir para reconstruir siete centros asistenciales dañados en 2001.

CORTE DE CUENTAS NO DESESVADO. La contraloría ha hecho reparos al uso de \$212,000.

BAJA EJECUCIÓN. En diciembre pasado, la Corte señaló déficit en 88% de la ejecución.

GLENDIA CRÓN/DIVYAN MACHUCA/ROBERTO VALENCIA
social@laprensa.com.sv

El nombre del proyecto es Reconstrucción de Hospitales por Emergencia de los Terremotos y Extensión de los Servicios de Salud (RHESSA). De ahí, sin embargo, es de donde salieron \$30,596.97 para comprar alfombras, cortinas y muebles para el nuevo despacho del ministro de Salud, Guillermo Maza. Cuando ninguno de los siete centros asistenciales que bautizan el proyecto ha sido entregado, las autoridades sanitarias trabajan en una oficina estrenada en enero de 2006.

Los despachos del ministro y el viceministro Ernesto Navarro fueron sacados de las instalaciones del Ministerio de Salud, sobre la calle Arce de San Salvador. Las nuevas oficinas están albergadas en un edificio ubicado a dos cuadras, en la esquina formada por la calle Arce y la 39.ª avenida sur.

"La razón principal del cambio es que tenemos muchas visitas de gente que viene a darnos donaciones internacionales; nos visitan embajadores y gente que no es de acá, y el problema es que no pueden entrar", justifica Maza.

Adecuar este inmueble con valor histórico tuvo un costo total de \$91,383. Las otras fuentes de financiamiento que aparecen citadas en un documento que explica los gastos son el Gobierno de El Salvador (GOES) con \$27,077.68, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) con \$16,926.88 y el Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud (PAM) —otro préstamo, este del BID— con \$12,484.96.

Entre las modificaciones realizadas están la colocación de pisos de madera, lámparas decorativas y azulejos. También se adquirió mobiliario para el ministro, el viceministro, secretarías y para un salón de reuniones.

Los gastos contradicen lo que

Salud amuebló despacho con dinero RHESSA

\$31,000 de los fondos destinados para rehabilitar los hospitales dañados por los terremotos se usaron para comprar "mobiliario del despacho del señor ministro" y otras obras en un edificio arrendado, que supusieron una erogación de \$91,383. Este gasto se dio mientras, según la versión oficial del ministerio, no había fondos para habilitar los TAC.

Continúa en Página 14


ANEXO Nº 5


14

Nación : Social

WWW.LAPRESSA.GHAFIILA.LUM.LINES.CO.OP/MAIL/US/2006

MEMORANDUM

PARA:  2006-8600-205

DE: 

FECHA: 12 de junio de 2006

Memo oficial

Este memorándum, elaborado por autoridades de la UACI del Ministerio de Salud, especifica los gastos y la procedencia de los fondos utilizados para remodelar el despacho ministerial.

Por este medio remito cuadro de costos realizados en el edificio ubicado sobre Calle Arce y 19 Avenida Sur No. 1045 San Salvador, que actualmente está en arrendamiento.

El documento detalla que Salud usó \$30,596.34 de los fondos RHESHA para, entre otras cosas, comprarse alfombras al despacho.

COSTOS REALIZADOS EN EL EDIFICIO UBICADO SOBRE LA CALLE ARCE Y 19 AVENIDA SUR			
7	Material de ferretería, para techo de patio, incluye hierro y láminas, material eléctrico para subestación nueva	\$ 9,664.35	RHESHA
10	Cableado de red para planta telefónica e Internet	\$ 3,001.07	RHESHA
11	Mobiliario Despacho Sr. Ministro	\$ 13,334.60	RHESHA
14	Alfombra y corinas para Oficinas de la 2ª planta	\$ 4,596.32	RHESHA

El dinero del crédito otorgado por el Banco Mundial también sirvió para comprar los muebles del despacho del ministro Guillermo Maza. Más de \$13,000 se usaron para ese fin.

Alquilar cuesta \$9,000 al mes

en materia de arrendamiento dicta la Política de Ahorro del Sector Público, vigente desde 2003: "Se debe seleccionar inmuebles en zonas de baja renta y que requieran la menor inversión posible para la instalación de las respectivas oficinas".

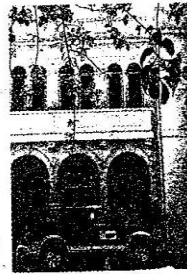
RENTA Y ARREGLOS

El edificio del nuevo despacho, en todo caso, no figuraba entre los inmuebles de la red de salud pública cuyos dramáticos daños inspiraron en 2001 el préstamo para RHESHA que, con \$12.6 millones, se convirtió en el de mayor cuantía extendido por el Banco Mundial al país. Esta casa antigua ni siquiera es una propiedad estatal. Apareció en el mapa en junio de 2005, cuando Salud empezó a pagar \$8,000 mensuales de alquiler, según fuentes del ministerio.

En julio de 2005, Salud cumplió un mes de haber arrendado el edificio e inició la serie de mo-

dificaciones que lo dejarían apto para ser habitado en noviembre de ese mismo año. En esa época, el Hospital Bloom reportó que el único aparato para hacer tomografías axiales computarizadas (TAC) de toda la red pública se había arruinado. Repararlo costaría \$18,000, y Salud se declaró incapaz de aportarlos. Todas las personas a quienes se les indicaba este tipo de diagnóstico eran referidas a clínicas privadas, entre ellas, una ubicada al interior de un hospital privado de Santa Tecla y propiedad de la familia del ministro Maza.

El aparato del Bloom fue reparado en septiembre de 2006 gracias a que la empresa Dada-Dheming compró la pieza y la rentó a la Fundación Bloom, patrocinadora del hospital, en \$600 mensuales. La pieza terminó su vida útil el pasado 2 de marzo, día desde el que todo el sistema sanitario público está sin TAC.



Antiguo. El edificio en el que están los despachos de las autoridades de Salud tiene valor histórico.

Del RHESHA saldrá el dinero para reparar, a la brevedad posible, el TAC. Tal y como pudo haberse hecho en 2005, cuando el dinero para reconstruir hospitales fue usado para adecuar oficinas y no para reparar aparatos.

El Ministerio de Salud recibió el primer mes de 2006 con un aumento de \$1,000 al alquiler que paga por el edificio en el que se encuentran los despachos del ministro, Guillermo Maza, y del viceministro, Ernesto Navarro. La suma pasó de \$8,000 a \$9,000, según una fuente con acceso a información oficial.

El dinero se reúne con aportes de las otras instituciones que ocupan la casa de la esquina entre la calle Arce y la 19.ª avenida sur de San Salvador. FOSALUD, instalado entre paredes de tablaroca en el que era el patio de la residencia, paga \$3,000 al mes.

El proyecto RHESHA, que tiene ahí sus oficinas centrales, desembolsa otros \$3,000. El resto de la cuota lo complementa Salud, institución que aunque cuenta con otro edificio a menos de dos cuadras de distancia, mudó las oficinas de las autoridades a este local propiedad de Inmobiliaria

Los Fundadores.

El jefe de la Unidad de Adquisiciones y Compras Institucionales (UACI) del Ministerio de Salud, Rodolfo Saravia, señaló que el documento oficial que detalla la inversión hecha en este inmueble fue elaborado en el marco de "una estrategia para negociar una rebaja en la cuota de alquiler". Un esfuerzo que, al final, no rindió frutos, de acuerdo con la fuente.

El inmueble fue rentado en junio de 2005. Y mientras era remodelado, pasó deshabitado hasta noviembre, cuando FOSALUD llegó a instalarse. El Ministerio de Salud pagó en seis meses al menos \$48,000 por un edificio que no estaba en uso.

Escuche al ministro de Salud, Guillermo Maza, explicando las razones para cambiar la sede de su despacho.

ANEXO Nº 6

4 MÁS: Viernes 18 de mayo de 2007

NACIONAL!

“ MIGUEL ÁNGEL MOLINA, PACIENTE DEL ROSALES
La salud está mala para muchos en el país. Faltan las medicinas y servicios en los hospitales ”

MEDICINA NO ES PARA TODOS

EL HOSPITAL ROSALES HA logrado satisfacer parcialmente la demanda de medicamentos.

JUANE LÓPEZ

El Hospital Rosales satisface la demanda básica de medicamentos, no así aquellos que se requieren para tratar padecimientos más complejos como la diabetes, hipertensión arterial e hipotiroidismo, entre otros.

Guillermo Maza, ministro de Salud, informó recientemente que el cuadro básico de medicamentos está abastecido en la mayoría de la red hospitalaria del país.

Dijo que cuando hay escasez en un sanatorio, recurren a los inventarios de otros para suplir los faltantes y no interrumpir los tratamientos de los pacientes.

El titular de Salud ha sido claro en reconocer que si hay medicamentos, que debido a problemas de licitación o importación de las casas farmacéuticas, no están disponibles en los hospitales.

sin embargo, ese problema no es sólo de El Salvador, sino también de países incluso del primer mundo, afirmó el ministro.

En un recorrido ayer por el Hospital Rosales se corroboró que gran parte de las recetas médicas había sido despachada con los respectivos medicamentos y en algunos

PENDIENTES DE LOS FALTANTES



Guillermo Maza, Ministro de Salud

Medicinas básicas

Hemos abastecido de medicamentos del cuadro básico a todos los hospitales y cuando alguno falta, lo traemos de otros centros.

casos, los pacientes aseguraban no tener quejas del Rosales.

Recientemente el Sindicato de Trabajadores de la Salud del Rosales (SIGESAL) advierte de la falta de medicamentos y que debido a eso tomaría acciones de protesta.

Ayer por la tarde se intentó conocer con SIGESAL el problema actualmente, pero un miembro afirmó que él y los demás integrantes estaban en una reunión en la dirección del Rosales, abordando el tema y se abstuvo de declarar.

Verónica Vanessa Argueta dijo que hace un mes le recetaron un medicamento para controlar la tensión, pero en la farmacia del Rosales le dijeron que había escaseado.

"Hace dos meses me recetaron un tratamiento para tres meses contra los mareos (dimidinato), pero no había y siempre que venimos a preguntar me dicen lo mismo", afirmó Verónica Vásquez.

LAS QUEJAS DE LOS PACIENTES EN EL ROSALES

De los medicamentos que faltan en el Rosales, hay algunos que cada día son necesarios en dosis de 50 centavos y debe ingerirse dos veces al día por tres meses; cuando no hay dinero, tampoco hay pastillas.

CONOCER LA ENFERMEDAD PERO NO PASTILLAS

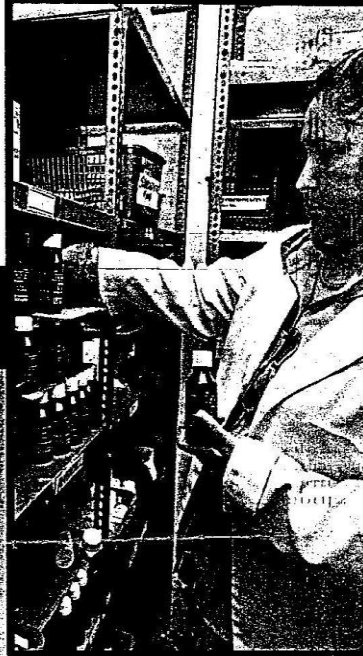
En algunas cosas el sistema de salud no funciona y en la línea específica de acudir a un hospital público como el Rosales, donde un médico especialista, luego de conocer la situación, diagnostica el mal y emite la receta, pero en la farmacia del centro hospitalario le informan que el medicamento es inexistente. Con ello la persona conoce de su mal, pero no tiene cómo curarse.

DESDE HACE UN MES NO TIENEN EN EXISTENCIA

Doris Elizabeth Ramos, de 26 años, padece de lupus y para su recuperación le recetaron prednisona; sin embargo, en la farmacia del Rosales le informaron que no había. El costo del frasco de 25 grapas en una droguería privada es de cinco dólares y es para seis días. No puede interrumpir su tratamiento, porque si no deja de caminar.

POR FALTA DE MEDICAMENTOS EL GRITO AL CIELO

Los miembros del Sindicato de Trabajadores de Salud se han manifestado en diferentes ocasiones por la escasez de recursos de personal de salud, medicamentos e insumos. Además han exigido más salas de emergencia por que los días hay son insuficientes.



LAS FARMACIAS DEL HOSPITAL ROSALES presentan abastecimiento parcial. Esto afecta a pacientes con enfermedades que requieren medicina diaria.

DEMANDA DEL HOSPITAL ROSALES

800 CONSULTAS

4,500 CIRUGÍAS

El Hospital Rosales atiende entre 700 y mil pacientes diariamente en la consulta externa por diversas enfermedades; según los registros de los sanatorios.

El Hospital Rosales desarrolla anualmente más de cuatro mil 500 cirugías de emergencias al año, recursos que absorben gran parte de los fondos del sanatorio.

Especialidades en espera



LAS CITAS con médicos neurocirujanos son difíciles de conseguir.

JUANE LÓPEZ

Miguel Ángel Molina, de 76 años, sufre de la columna vertebral desde hace dos. Los especialistas del Hospital Rosales concluyeron que el paciente necesita una neurocirugía para curarse, la cual no ha sido programada hasta la fecha.

"A mí se me duermen los pies; lo mucho que puedo caminar es una cuadra y tengo que sentarme. Yo necesito que me programen esa cirugía", manifestó Molina, residente de San Salvador.

El paciente afirma que ha gastado más de 200 dólares en exámenes particulares, necesarios para la operación,

pero nada ha mejorado.

"La salud está mal para muchos todos los campos, faltan medicinas y servicios para", reiteró el paciente.

"Yo traje a mi hija (de 17 años) convulsionando, hace dos meses, por vez de hospitalizarme de emergencia o darme medicamentos, dejaron una cita dentro de seis y la niña sigue convulsionando y no un paciente quien preferiría identificarse.

Nuevamente acudí al Hospital Rosales, pero en emergencia le dije que tenía que sacar cita, sin saber tomarse la molestia y esperar emergencia.

ANEXO Nº 7

LA PRENSA GRÁFICA Lunes 23 de octubre de 2006

65

Santa Ana

Ex director endeudó a hospital por \$1.5 millones

El ex funcionario adquirió sin licitaciones y sin tener fondos económicos medicamentos por cerca de \$1.5 millones.

JUAN CARLOS BARAHONA
departamentos@laprensa.com

Al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana le llueve sobre mojado tras el anuncio hecho por el ministro de Salud, Guillermo Maza, sobre las carencias que sufren los hospitales de la red de salud pública, pues también existe una deuda que posee este hospital con al menos 20 laboratorios médicos. Esta deuda, que asciende a cerca de \$1.5 millones, fue adquirida por el ex director del hospital Rafael Guerra Alarcón, actual diputado suplente de ARENA por el departamento.

El proceso para endeudarse ha sido cuestionado en el informe final de la auditoría realizada por la Corte de Cuentas de la República, en el que señala que el ex director Guerra autorizó las compras sin pasar por el procedimiento de ley y sin contar con fondos económicos.

En su informe, la Corte señala que "se hizo adjudicación por licitación pública y por invitación en los años 2004 y 2005 sin cumplir con el proceso establecido por la ley, optándose por contratar en forma directa sin la calificación de urgente aprobada por el ministro de Salud o su representante".

El informe critica que se hayan adquirido compromisos económicos por la cantidad en mención "sin contar con la disponibilidad presupuestaria y financiera".

Desde entonces, los laboratorios que proveyeron de medicamentos al nosocomio se quedaron con las ilusiones de cobrar el dinero de las medicinas suministradas, a precios un tanto más altos que cuando se hace a través de una licitación.

Más de un año y medio ha pasado y los laboratorios siguen sin recibir nada de la deuda adquirida con el hospital.

Un representante de uno de los laboratorios afectados aseguró



Deuda millonaria. Pacientes esperan por su medicina en el área de farmacia. Actualmente, el hospital debe alrededor de \$1.5 millones a unos 20 laboratorios.



Sin fondos. Fachada del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, el cual hizo compras sin tener presupuesto para ello en 2005.

que el ex director les pidió producto y que ellos lo entregaron mediante notas de remisión mientras se legalizaba el contrato, algo que nunca sucedió.

La deuda con este laboratorio supera los \$30 mil, poco si se compara con los \$27 mil que el nosocomio debe a la droguería Guardado, o a los \$150 mil a IN-

FRASAL de El Salvador.

De acuerdo con el representante del laboratorio, no era la primera vez que trabajaban de esa forma con este hospital, "ya se había hecho antes, de entregar con nota de remisión, pero siempre pagaban".

Las gestiones de los laboratorios en lista los han llevado

hasta el Ministerio de Hacienda, después de pasar por Salud y el propio hospital, pero la respuesta es que no hay fondos para pagar.

Los laboratorios han entrado en una rueda de caballos: de una institución los mandan para otra, pero en ninguna de ellas les resuelve. De hecho, ya piensan en interponer demandas judiciales.

Departamentos

La deuda existe

El ex director de este nosocomio siempre sus compras de deuda y señala que están cubriendo las necesidades para solucionar el problema.

Pese a los argumentos de Guerra, la Corte de Cuentas señala que se irrespetaron los procedimientos establecidos en la ley para adquirir medicamentos e insumos médicos, y además no se contaba con la disponibilidad presupuestaria para llevar a cabo dichas adquisiciones.

Asimismo, la Corte señala "que la actual administración debe de buscar una salida conciliatoria con los suministrantes".

Se hicieron compras por varios miles de dólares y no se cuenta con contratos, "son 20 o 21 laboratorios", dijo Solís.

Guerra justifica las compras

LA PRENSA GRÁFICA buscó al ex director Guerra, quien después de múltiples llamadas a su teléfono, solo indicó que él ya no era autoridad para hablar del tema.

Añadió que no podía hablar de la auditoría de la Corte de Cuentas. Empero, este medio conoció a través de ese informe las explicaciones que dio por haber adquirido los medicamentos sin la adjudicación de ley.

Guerra expone que el 5 de enero de 2005 le envió una carta al ministro Maza, en la que detalla sobre la deuda del año anterior y el "desfinanciamiento" del SIBAS de Santa Ana para 2005.

En la misma, solicita a Maza que interponga sus buenos oficios para buscar alternativas "que nos ayuden a solventar las múltiples necesidades sin las cuales no podemos dar inicio en la prestación de los servicios de salud que nos demandan"; Guerra agrega que nunca tuvo respuesta.

Según Guerra, el 10 de enero de 2005 sostuvo otra reunión con Maza. En ella se le informó que se estaba tramitando un refuerzo presupuestario para el hospital por \$1.5 millones.

Agrega que al regresar de dicha reunión, William Pimentel, de quien se desconoce el cargo, llegó a la UACI del hospital a ordenar la compra del medicamento al argumentar que ya tenían el refuerzo presupuestario.

\$1.5
MILLONES DE ES LO QUE DEBE ESTE HOSPITAL.

20
LABORATORIOS PUECLAMAN DINERO AL HOSPITAL.

18
MESES HAN TRANSCURRIDO DESDE QUE COBRAN.

ANEXO Nº 8

LA PRENSA GRÁFICA JUEVES 10 DE AGOSTO DE 2006

NACIÓN SOCIAL 25



FOTOS DE LA PRENSA GRÁFICA

ANIVERSARIO. Durante los horarios de FOSALUD se han brindado al menos 500 mil consultas.

Las diferencias marcadas

El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) ha registrado cambios en algunos de los conceptos que forman la base del proyecto desde el año pasado, cuando nació, hasta la fecha.

HACE UN AÑO
La independencia fue bandera abrazada por algunos miembros del consejo directivo y por el director ejecutivo una vez electo. En su momento, sostuvieron que no vendría a tapar los huscos de Salud.

CON UN AÑO DE VIGENCIA
Un año y medio más tarde, FOSALUD camina junto al Ministerio de Salud en un mutualismo en el que las donaciones y los préstamos marcan su acercamiento, como en el caso de diarreas y dengue.

Recaudación: el freno a un año de FOSALUD

99 unidades han ampliado su horario

» Empresarios cerveceros y pirotécnicos ya han hecho públicas sus intenciones de luchar por retirarse o bajar el impuesto.

GLENDA GIRÓN
sociol@laprensa.com.sv

El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) cumplió ayer el primer año de labores. El balance de 30 unidades de salud abiertas las 24 horas y otras 69 con horario ampliado a fines de semana y días feriados contrasta con la intención de algunos empresarios de insistir en retirarse del rango de contribuyentes o de luchar por una reducción del impuesto.

La recaudación ha sido uno de los tropezones de este proyecto en el que las acciones se ejecutan gracias al dinero que deja el impuesto al cigarró, el alcohol y las armas, vigentes desde el 1 de enero de 2005.

La meta de recaudación este año es de \$20 millones. Pero hasta el 31 de mayo lo que había llegado hasta

las arcas del proyecto eran \$4,9 millones, solo un poco más de la mitad de los \$8,3 millones que debieron ingresar en los primeros cinco meses del año.

El FOSALUD encuentra detractores en quienes comercian con la mercancía afectada por el arancel. Empresarios cerveceros ya han condicionado la continuidad de sus instalaciones a la rebaja del impuesto. Mientras que los fabricantes de productos pirotécnicos han elaborado un anteproyecto de ley para salirse del alcance de la normativa de armas, explosivos y similares y evitar así el arancel.

El presidente de la República, Antonio Saca, estuvo al frente del acto conmemorativo ayer en la unidad de salud de la colonia Zacamíl, en Mejicanos. Dijo que desconocía las intenciones de los empresarios acerca de FOSALUD, pero manifestó en su discurso que quienes en realidad pagan el arancel son los consumidores.

"Quien paga el FOSALUD no son los dueños de los que venden la cerveza, ni los que venden el guano. No me voy a ir a la cárcel por la cerveza, ese que dice FOSALUD al fin de semana", expresó Saca al rel-

Un salvavidas

El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) ha servido para comprar medicamentos y otros insumos de emergencia que el Ministerio de Salud con su presupuesto limitado no ha logrado cubrir.

• Un total de \$2 millones es lo que el proyecto aportará para comprar la vacuna contra el rotavirus que se aplicará, según autoridades, a partir de este año.

• Diez han sido los médicos contratados el mes pasado para reforzar las unidades de salud de los lugares con más incidencia de casos de dengue.

• FOSALUD ha apoyado al ministerio durante la epidemia de diarrea con una donación de \$20 mil dólares de suero oral. El brote ha agotado las reservas.

ferar así su apoyo al proyecto. En un año se han contratado 202 médicos, generales y odontólogos. En agosto el proyecto compró 40 ambulancias, que ya se está utilizando.

ENTREVISTA CON RICARDO LARA

"La colaboración con Salud va a ser aún más estrecha"

El aporte más reciente de FOSALUD a la sanidad pública es la contratación permanente de 10 médicos que llegaron a unidades de salud metropolitanas con contrato para dos meses en apoyo a la lucha contra el dengue. Ricardo Lara, director del proyecto, habla con solvencia del primer año de trabajo. Evita, sin embargo, tocar el talón de Aquiles que ha sido la recaudación de fondos.

un proyecto independiente.
Hemos apoyado de manera directa las distintas necesidades en las que se ha visto de forma planificada Salud, como en Stan, la erupción del llamatepec y el alza de casos de diarrea.

La recaudación ha sido un obstáculo, ¿cómo plantean el próximo año superarlo?
Como FOSALUD no somos los encargados de recaudación. Recibimos lo que recauda y que nos reporta el Ministerio de Hacienda. Lo que tenemos que garantizar es que todas las estrategias tienen que estar enmarcadas en un techo presupuestario que para el año pasado fue de \$10 millones y que para este ha sido \$20 millones.

¿Cómo califica el primer año de trabajo?
No me imaginé llegar a 500 mil consultas en un año. Lo califico como un gran éxito, con un gran esfuerzo.

Ustedes han sido un refuerzo de emergencia para Salud, ¿van a seguir con este apoyo?
FOSALUD nació con la filosofía de ser un apoyo directo al ministerio. Somos multiteritorio. La colaboración va a ser más estrecha. El objetivo de que el ministro fuera el presidente del consejo directivo de FOSALUD era garantizar esa eficacia al diseñar estrategias conjuntas para brindar apoyos en áreas críticas.

Ante la baja recaudación (\$4,9 millones hasta mayo), ¿van a recibir refuerzo estatal?
Esa situación se nos notificaría hasta octubre o noviembre.

¿La meta de recaudación para el próximo año se mantendrá en \$20 millones?
Tendría que ser un techo presupuestario no inferior al del año 2005. El otro año debe estar en caminado a \$20 millones, igual.

Al principio, se vendió como

