

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS**



**DIFICULTADES PARA LA APLICACIÓN EFICAZ DE LA LEY DE
DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE
SERVICIOS DE SALUD**

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO (A)
EN CIENCIAS JURÍDICAS**

PRESENTADO POR:

LÓPEZ REYES, IVETTE ROCIO

MERINO VELASQUEZ, DAMARA ENCARNACIÓN

DOCENTE ASESOR:

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

CIUDAD UNIVERSITARIA, NOVIEMBRE DE 2018.

TRIBUNAL CALIFICADOR

LIC. MARCO ANTONIO ALDANA

(PRESIDENTE)

LIC. LEONARDO RAMÍREZ MURCIA

(SECRETARIO)

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

(VOCAL)

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Maestro Roger Armando Arias Alvarado

RECTOR

Dr. Manuel de Jesús Joya Abrego

VICERRECTOR ACADÉMICO

Ing. Nelson Bernabé Granados Arévalo

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Lic. Cristóbal Hernán Ríos Benítez

SECRETARIO GENERAL

Lic. Rafael Humberto Peña Marín

FISCAL GENERAL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

Dra. Evelyn Beatriz Farfán Mata

DECANA

Dr. José Nicolás Ascencio Hernández

VICEDECANO

Msc. Juan José Castro Galdámez

SECRETARIO

Lic. René Mauricio Mejía Méndez

DIRECTOR DE ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS

Lic. Digna Reina Contreras de Cornejo

DIRECTORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

Licda. María Magdalena Morales

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA ESCUELA DE

CIENCIAS JURÍDICAS

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, lámpara a mis pies, luz en mi camino. Porque todas las cosas proceden de él y existen para él.

¡A él sea la gloria por siempre, Amén!

Al hombre más importante de mi vida, mi papá Ricardo López por ser mi principal inspiración para salir adelante.

A mi Mamá María de López por enseñarme la fuerza y el coraje para salir adelante.

A mis sobrinos; Mayita mi niña de mis ojos, a mi pequeñito Alexander, y Dante.

Ivette Rocío López Reyes

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso por ser mi fuerza y mi consuelo en los momentos difíciles de mi camino.

A mi Papá Ricardo López, mi principal apoyo, por creer en mí y darme lo mejor de su vida para ser lo que soy ahora.

A mi Mamá María de López, por su apoyo y esfuerzo en todo momento.

A mi hermana Maybet López, mi mejor amiga y consejera incondicional, por su inmenso apoyo.

A mi novio Raynoldo Rosales, por su amor, apoyo, dedicación y comprensión.

A mi estimado docente asesor, Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda, por su paciencia y apoyo para lograr el éxito de esta investigación.

Ivette Rocío López Reyes

DEDICATORIA

Te dedico por completo este esfuerzo a ti madrecita linda que desde el cielo sé que estas celebrando mi triunfo que tanto soñabas en este momento tan esperado, gracias madre por ser un ejemplo a seguir eres mi orgullo, te amo tanto y como me hubiese gustado estar a tu lado en la entrega de mi esperado título, pero me siento feliz porque sé que nunca me has dejado sola.

Damara Encarnación Merino Velásquez

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le doy las gracias a DIOS por permitirme llegar al final de mi trabajo de grado con éxito, a la Universidad de El Salvador.

A mis maestros porque sin ellos no hubiese sido posible mi formación en la carrera de Licenciatura en Ciencias Jurídicas a mi asesor Lic. Pedro Resalió.

A mis padres a mi madrecita que descanse en paz y deseaba verme en la recta final

Al padre de mi hijo José Roberto Rodríguez Linares que ha estado en las buenas y en las malas conmigo, a todas las personas que fueron participe en este proceso, ya sea de manera directa o indirecta gracias a todos ustedes.

A mi compañera de trabajo de grado Ivette por su paciencia en mis momentos difíciles.

Este es un momento muy especial que espero perdure en el tiempo no solo en la mente de las personas a quienes agradecí, sino también a quienes invirtieron su tiempo para echarle una mirada a mi trabajo de grado, a ellos asimismo les agradezco con todo mi ser.

Damara Encarnación Merino Velásquez

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABREVIATURAS	ii
INTRODUCCIÓN	iii
CAPITULO I	7
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	7
1.1. Origen y desarrollo histórico del derecho a la salud	7
1.1.1. Organización Mundial de la Salud (OMS)	12
1.1.2. Organización Panamericana de la Salud (OPS)	14
1.2. Evolución del Derecho a salud como Derecho Humano	15
1.3. Origen de los derechos del paciente	17
1.4. La influencia de la bioética en los derechos de los pacientes	26
1.5. Historia del derecho a la salud en El Salvador	29
1.5.1. Evolución del sector salud en El Salvador	32
1.5.2. Creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL)	39
1.5.3. Creación del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)	39
1.5.4. Evolución Constitucional del Derecho a la Salud en El Salvador	40
1.5.5. El Derecho a la Salud como Bien Público, desde la perspectiva	41
CAPITULO II	45
FUNDAMENTOS DOCTRINARIOS DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	45
2.1. Generalidades del derecho a la salud	45
2.1.2. Definición del Derecho a la Salud y Derecho de Salud	47
2.2. Naturaleza Social del Derecho a la Salud	49
2.3. Naturaleza Jurídica del Derecho a la Salud.	51

2.4. El Estado de Derecho y los Derechos de los Pacientes _____	53
2.5. Los Derechos de los Pacientes _____	55
2.5.1 Concepto de Enfermo, Paciente y Usuario	57
2.5.1.1. Enfermo _____	57
2.5.1.2. Paciente _____	58
2.5.1.3. Usuario _____	59
2.6. Clasificación de los Derechos de los Pacientes _____	60
2.6.1. Derecho de Atención	60
2.6.2. Derecho a Trato Igualitario	61
2.6.3. Derecho a la Información.....	62
2.5.4. Derecho de Consentimiento Informado	66
2.5.5. Derecho a la Privacidad.....	69
2.5.6. Derecho de Confidencialidad.....	70
2.5.7. Derecho a Formular Sugerencias y Reclamos.....	71
2.5.8. Derecho a Segunda Opinión	71
2.5.9. Derecho a Conocer Costos.....	71
2.5.10. Derecho a Medicamentos y otros.....	72
2.5.11. Derecho a la Visita	72
2.6. Los Deberes de los pacientes _____	73
2.7. Prestadores de Servicios de Salud _____	75
CAPÍTULO III _____	76
EVOLUCIÓN DE LA NOCIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL _____	76
3.1. Régimen de Protección de los Derechos y Deberes de los Pacientes _____	76
3.1.1. Constitución de la República.....	78
3.1.1.2. Principios Constitucionales del Derecho a la Salud _____	79
3.1.1.3. Salud Pública _____	80
3.1.1.4. Asistencia Social _____	82
3.2. Instrumentos Internacionales _____	83
3.2.1. Carta de Naciones Unidas	84
El artículo 55 establece lo siguiente: _____	84
3.2.2. Declaración Universal de los Derechos Humanos _____	85
3.2.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos	86
3.2.3. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud	88

3.3. Leyes Secundarias _____	88
3.3.1. Código de Salud.....	88
3.3.2. Ley del Consejo Superior de Salud Publica	89
3.3.3 Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud .	90
3.3.3.1. Disposiciones de la Ley FOSALUD	91
3.3.4. Ley del Sistema Básico Integral de Salud, (SIBASI)	92
3.3.4.1 Disposiciones de la Ley del Sistema Básico Integral de Salud _____	93
3.3.5. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.....	94
3.3.6. Ley de Medicamentos.....	95
3.3.6.1. Análisis de derechos de los pacientes en LDM _____	97
3.3.7. Ley de Protección y Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna.....	98
3.3.8. Ley Para El Control del Tabaco.....	100
3.3.8.1. Análisis de derechos de los pacientes en la LPCT ____	102
3.3.9. Ley deL VIH.....	103
3.3.9.1. Análisis sobre derechos de los pacientes en la Ley de VIH _	104
3.3.10. Ley de Vacunas.....	106
3.3.10. Análisis sobre derechos de los pacientes en la Ley de Vacunas...	107
3.3.11. Ley de Salud Mental.....	109
3.3.11.1. Análisis sobre derechos de los pacientes en LDSM__	111
3.3.12. Ley Contra la Violencia de la Niñez y Adolescencia	112
3.4. Legislación Internacional _____	116
3.4.2. Argentina _____	120
3.4.3. Ecuador	123
3.4.4. México.....	124
3.4.5. Chile	125
3.4.6. España	126
3.4.6.1. Carta Europea de los Derechos de los Pacientes _____	126
3.5. Legislación Comparada _____	127
3.5.1. España	127
3.5.2. México.....	129
3.5.3. Costa Rica	130
CAPITULO IV _____	132
LA LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y SU APLICACIÓN _____	132

4.1. Análisis Estructural de LDDyPSS.....	132
4.2. Objeto de la Ley _____	134
4.3. Ámbito de Aplicación _____	134
4.4. Ente Rector _____	135
4.5. Autoridad Sancionatoria _____	136
4.6. Oficina Tramitadora de Denuncias _____	137
4.7. Catálogo de Derechos de los Pacientes. _____	138
4.8. Catálogo de Deberes del paciente _____	144
4.9. Derechos de los Prestadores de Servicios de Salud _____	146
4.9.1. Derechos de los Profesionales de la Salud	146
4.9.2. Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud	147
4.10. Régimen Sancionatorio _____	148
4.10.1. Principio de Tipicidad.....	148
4.10.2. Infracciones.....	149
4.10.3. Sanciones administrativas	153
4.11.1. Procedimiento por infracciones graves y menos graves	157
4.11.2. Procedimiento por Infracciones leves	159
4.12. Recurso de apelación _____	160
4.13. La prescripción _____	162
4.14. Incongruencias y contradicciones que presenta la LDDyPSS _____	163
4.15. Diferencias entre el Código de Salud, Ley del Consejo Superior de Salud _	165
4.16. Dificultades para la aplicación de la LDDyPSS _____	167
CONCLUSIONES _____	170
RECOMENDACIONES _____	174
BIBLIOGRAFÍA _____	176

RESUMEN

Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud y enfermedad. Se trata del ser humano en su condición de paciente que necesita que le sean respetados sus derechos humanos fundamentales: a la vida, salud, integridad física, dignidad, libertad, información, identidad, intimidad, confidencialidad, consentimiento informado, entre otros. La naturaleza de los deberes y derechos de los pacientes no podría explicarse como una naturaleza sui generis, implica una complementariedad con los derechos humanos y está a su vez con el derecho a la salud.

A nivel mundial los derechos y deberes de los pacientes son reconocidos en diversos países, entre ellos países como España, Chile y México cuenta con un amplio marco jurídico para la protección de estos derechos.

En cuanto a los deberes de los pacientes existe menor desarrollo que el entregado a los derechos. Los deberes de los pacientes guardan relación con la colaboración que se debe entregar, para que exista una relación activa y pasiva de los derechos y deberes del paciente, algunas legislaciones solo establecen catálogos de derechos de pacientes excluyendo los deberes que posee el paciente, generando una desproporcionalidad para los prestadores de servicios de salud.

El reconocimiento de los deberes y derechos de pacientes en nuestro país es un avance y logro para la sociedad salvadoreña. A diario los derechos de los pacientes son violentados en la red de servicios de salud públicos principalmente, aunque sin excluir a los prestadores privados, con este nuevo marco jurídico se espera un mayor respeto.

ABREVIATURAS

Art.	Artículo
Cn.	Constitución
CS.	Código de Salud
Ed.	Edición
Ed.	Editorial
Edit.	Editor
Ord.	Ordinal
Lit.	Literal
Núm.	Número

SIGLAS

AMM	Asociación Médica Mundial
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
DNM	Dirección Nacional de Medicamentos
FOSALUD	Fondo Solidario Para la Salud
OTD	Oficina Tramitadora de Denuncias
LEPINA	Ley Integral para la Protección de la Niñez y Adolescencia
MINSAL	Ministerio de Salud.
ONU	Organización de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OIR	Oficina de Información, Respuesta
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
SIBASI	Sistema Básico Integral de Salud
UNED	Universidad de Educación a Distancia, Madrid España
LDDyPSS	Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud

INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene el informe final sobre la investigación denominada: “Dificultades para la Aplicación Eficaz de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud”, tiene como objetivos aportar conocimientos dirigidos a la población, instituciones formadoras de las profesiones en salud, instituciones rectoras y a estudiantes de ciencias jurídicas que deseen obtener información sobre legislación en salud. Una de las razones que justificaron realizar esta investigación fue mostrar la importancia sobre el reconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud, vale mencionar que los derechos y deberes de los pacientes es un tema de exploración nuevo ya que durante años El Salvador no contaba con un marco jurídico que regulara las relaciones clínico asistenciales, sin embargo estos habían sido reconocidos a nivel mundial así también organizaciones promotoras del derecho a la salud se pronunciaron ante su reconocimiento.

Otra de las razones que motivaron esta investigación es que la regulación del derecho a la protección de la salud, a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, es decir la acción de plasmar los derechos relativos a la información clínica, consentimiento, atención calificada, y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud; no estaban expresamente reguladas en un cuerpo normativo específico aunque algunas leyes de manera indirecta establecían disposiciones relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes.

Desde que la LDDyPSS fue aprobada en el año 2016 ha sido poco socializada, la mayor parte de la población desconoce que existe un nuevo marco regulatorio sobre derechos y deberes de pacientes. El desconocimiento de la

normativa que regula los derechos y deberes de los pacientes hace que muchas personas usuarias del sistema de salud ignoren si los procedimientos, y atenciones que reciben son los adecuados y estipulados por la normativa, muchas personas también desconocen que como pacientes tienen responsabilidades y obligaciones tales como: asistir puntualmente a las citas y procedimientos programados, tratar con respeto a la persona que lo atiende, y a sus acompañantes, utilizar correctamente las instalaciones y mantenerlas en buen estado, aportar la información necesaria para su atención y colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad, evitar comportamientos agresivos contra la persona que los atiende y cumplir con las instrucciones sobre las preparaciones para exámenes y procedimientos.

En el planteamiento del problema del anteproyecto de la investigación se expuso que la LDDyPSS en su Art. 7 le otorga al Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), la atribución de verificar el cumplimiento de la ley y someter al procedimiento administrativo sancionatorio a aquellos prestadores de servicios de salud que incumplan con la obligación que la misma ley les exige, realizando la función por medio de la Oficina Tramitadora de Denuncias (OTD) como una oficina auxiliar, adscrita al Consejo Superior de Salud Pública, sin embargo la creación de la oficina fue la principal dificultad que se presentó para la aplicación eficaz de la ley, ya que esto genera una sobrecarga de expedientes, debido a esto las atribuciones de la OTD fueron delegadas a la Unidad Jurídica del Consejo Superior de Salud Pública, el presupuesto que por ley debía asignarse para la creación de la oficina aún no ha sido proporcionado a pesar que la ley entró en vigencia hace 2 años.

En el desarrollo de la investigación se realizó un análisis exhaustivo de la ley en estudio, encontrándose incongruencias y contradicciones de la misma lo

cual genera dificultad para la autoridad sancionadora que se encarga de su aplicación. Con esta investigación se espera que el CSSP promueva por medio del Ministerio de Salud la reforma y las inconsistencias de la ley para corregir incongruencias y contradicciones inidentificadas en la presente investigación

La investigación se basa en el método socio jurídico, incluyéndose ampliamente aspectos doctrinarios que sustentan la investigación, así como aquellos aspectos jurídicos que guardan relación con el tema de investigación.

La estructura capitular de la presente investigación cuenta con cuatro capítulos. En el primero, se desarrollan los fundamentos históricos que hicieron posible el reconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes desde los derechos humanos hasta el propio reconocimiento de los mismos, las organizaciones promotoras del derecho a la salud tales como la OMS, OPS, entre otras, jugaron un papel importante.

En el segundo capítulo, se desarrollan los aspectos doctrinarios de los derechos y deberes de los pacientes teniendo en cuenta que los derechos de los pacientes se definen en cuanto a conceptos básicos: vida, salud, libertad, autonomía y consentimiento del paciente; se trata del ser humano que en su condición de paciente se le es necesario que sean respetados sus derechos.

El paciente también es un sujeto obligado en la relación clínica asistencial debido que éste debe prestar de su colaboración para la ejecución de los procedimientos clínicos quirúrgicos, el comportamiento basado en valores y normas de trato social es indispensable de parte del paciente.

El tercer capítulo, se basa en el marco jurídico aplicable a los derechos y deberes de los pacientes partiendo desde la Constitución de la Republica, en

la que se reconoce el derecho a la salud, así como principios constitucionales de salud pública y asistencia social, las leyes secundarias existentes hasta el año 2016 regulaban aspectos que de algún modo tienen relación con los derechos de los pacientes. Existen instrumentos internacionales que son la base para el reconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes, organizaciones como la OMS y la OPS, promueven los derechos y deberes de los pacientes.

En el capítulo cuarto se desarrolla el análisis de la LDDyPSS abarcando los siguientes contenidos: ámbito de aplicación, ente rector, autoridad sancionadora, catálogo de deberes y derechos de los pacientes, así como de los prestadores de servicios de salud, procedimientos administrativos sancionatorios para infracciones graves, menos graves y leves, recursos. Además, en este análisis se encontraron incongruencias y contradicciones en los procedimientos sancionatorios y catálogo de infracciones.

Como último apartado se exponen las conclusiones que representan el resultado de la investigación y las recomendaciones que van dirigidas a las instituciones rectoras para la protección de los derechos y deberes de los pacientes, así también a las instituciones formadoras de profesionales en salud como una forma preventiva para un correcto ejercicio de las profesiones en salud.

CAPITULO I

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

En este capítulo se desarrollan los acontecimientos históricos que hicieron posible el reconocimiento de los derechos de los pacientes, partiendo desde el derecho a la salud pública como un derecho humano. Los derechos y deberes de los pacientes tienen su origen en el derecho a la salud y en los derechos humanos. Se diferencian tres etapas o más bien, producidas durante la evolución de la relación clínica, a lo largo de la historia; la primera etapa abarca desde la antigüedad hasta la culminación de la medicina como profesión. La segunda etapa desde el ejercicio de la medicina como profesión liberal hasta la propia reivindicación de los derechos de los enfermos y la tercera etapa o fase considerada como el logro y culminación de los derechos del paciente.

1.1. Origen y desarrollo histórico del derecho a la salud

La preocupación por la salud viene desde los tiempos pretéritos anteriores a la Grecia Antigua, territorio en donde tiene sus orígenes la medicina occidental contemporánea, a partir de los escritos que la tradición atribuye al médico Hipócrates de Cos. Desde ese mismo momento ha venido evolucionando; tanto la concepción ética de quienes ejercen las profesiones en salud, como la concepción jurídica del derecho a la salud. ¹

¹ Miguel Angel Argueta, Lilian Nohemy Aguilar Hernández y otros, "La Violación del Derecho a la Salud a Raíz de la Contaminación Generada por la Fábrica de Baterías", (*tesis de grado*, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad de El Salvador 2008).

En la época antigua, el derecho a la salud como tal inicia su desarrollo de manera espontánea, por medio de la prestación de servicios de atención a los pobres a cargo de ciertos órganos de gobiernos e instituciones caritativas en caso de epidemias, catástrofes, pero fundamentalmente por las continuas guerras entre los diversos pueblos y la necesidad de proteger la vida, restablecer la capacidad de combate de los guerreros.

Ya en el siglo IV a de J. C., los médicos egipcios, remunerados por el Estado atendían a los pobres en calidad de ciudadanos egipcios no así a los hebreos ya que los leprosos eran marginados de las ciudades y enviados a cuevas alejados de la sociedad dominante y el Estado no proporcionaba atención a este tipo de enfermos, sino que eran los familiares que se encargaban de llevarles alimentación y vestuario en los últimos días de su existencia ya que para la lepra no existía medicamentos curativos.

En la Era Cristiana, en los siglos I y II, se fundaron una gran cantidad de hospitales para los más pobres, responsabilidad que paulatinamente fue asumida por las municipalidades. En relación a los hospitales, como primer indicio de una actividad de cuidado a la salud pública, existen diversas interpretaciones relacionadas con el concepto de “hospital” siendo probable, según los historiadores de este aspecto, que todas las grandes culturas hayan contribuido a la creación de esta institución.

En la Edad Media era obligatorio colocar carteles en las casas para alertar a la comunidad sobre casos de pestes, lo que demuestra un reconocimiento embrionario del derecho a la protección de la salud. Las Leyes Isabelinas² de

²Llamadas así por concurrir durante el período producido en Inglaterra durante el reinado de la reina Isabel I (1558 - 1603). Suele señalarse que este florecimiento literario ocurrió entre 1578 y 1660, prolongándose por lo tanto más allá de la muerte de la reina.

socorro a los pobres promulgadas en Inglaterra a principios del siglo XVII, reconocían la responsabilidad pública con respecto a los pobres e indigentes y contenían disposiciones relativas a la atención de la salud.³

Con la Revolución Francesa y como consecuencia directa de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 surgió el individualismo que consistía en que el individuo y sus derechos era lo primordial, el único objeto de tutela de la organización estatal. Juntamente con ella imperó el Liberalismo que contemplaba la abstención por parte del Estado en las relaciones sociales. Este liberalismo sirvió mayormente a los intereses de una clase, la burguesa, por lo que de inmediato fue puesto al ataque de ideologías colectivistas y antiliberales, entre las que el socialismo marxista ocupó el primer lugar. La clase trabajadora atacó al liberalismo por dos frentes: lucharon por la igualdad de los derechos políticos alcanzando el sufragio igualitario, por una parte y por la otra, exigieron la seguridad económica para poder usar eficazmente sus derechos políticos.⁴

Inglaterra impulsó el movimiento a la salud cuando la Reina Victoria organizó comisiones para investigar las condiciones de salud de la clase trabajadora. Se menciona que en 1832, el abogado Edwin Chadwick,⁵ fue nombrado asistente de la Comisión Real encargada de investigar las condiciones reales de aplicación de la ley de los pobres; luego se creó el primer Consejo de Salud,

³Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho. *"El Derecho a la Atención de la Salud"*, (S. E, 1998. S.D).

⁴Francisco Bertrand Galindo, *Manual de Derecho Constitucional*, Tomo II. 3ªEd. (Editorial talleres gráficos UCA, S.S 1999), p. 951

⁵ Edwin Chadwick, un reformador social inglés que impulsó en 1834 las leyes de Salud Pública para la mejora de las condiciones higiénicas (potabilización del agua y saneamiento de las aguas residuales, fundamentalmente). En una encuesta promovida por British Medical Journal, estas medidas higiénicas iniciadas a principios del siglo XIX han batido a otros 14 hallazgos de la medicina moderna, entre ellos, los cuatro finalistas.

reconociendo por primera vez en la humanidad, que la salud del pueblo era integralmente reconocida como importante acción administrativa del gobierno. A finales del siglo XIX se producen varios hechos que impulsaron la sanción de leyes en materia de salud, a raíz de los progresos de la ciencia, el aumento de los riesgos en la salud necesitó la adopción de medidas de carácter social, el auge de la interdependencia de todos los sectores de la sociedad y la expansión del ámbito de responsabilidad social respecto de la salud.

Uno de estos hechos, es el movimiento social el cual se identifica como salud pública, es mucho más reciente, situándolo a principios del siglo XX; con la industrialización mundial se comenzó a gestar en los países desarrollados un complejo fenómeno estrechamente relacionado con una amplia corriente filosófica, cuyo núcleo de acción radica en lograr un mayor respeto por la dignidad del hombre cambiando la filosofía de educación por comprensión del Derecho a la Salud.

El siglo XX trajo consigo grandes cambios en el concepto de salud, pretendieron universalizar su ejercicio por medio de instrumentos de derecho internacional. Con el propósito de exponer la evolución del concepto de salud durante ese período, en las condiciones que antecedieron la conformación de la Organización de las Naciones Unidas y el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

Como primera organización internacional para la salud moderna, la Oficina de Sanidad Internacional dedicó gran parte de sus actividades iniciales a la vigilancia, prevención, y control de las enfermedades infecciosas y epidemiológicas principalmente para proteger el comercio y las actividades económicas a lo largo de las Américas. En las Constituciones de los Estados Unidos Mexicanos (1917) y la Constitución Alemana de la República de

Weimar (1919), representaron un logro en el avance en la protección de derechos humanos y en la lucha de los trabajadores para mejorar sus condiciones de vida.⁶

En 1978, la Asamblea Mundial de la Salud, decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la Asociación Mundial de la Salud (OMS), consistiría en alcanzar para el año 2000, un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo, que les permitiera una vida social y económicamente productiva, la conferencia internacional sobre la atención primaria de salud en Alma-Ata en la Unión Soviética, definió la atención primaria de la salud; como una estrategia destinada a permitir el acceso a los servicios fundamentales de la salud a toda la población mundial bajo las condiciones de que fuera basada en métodos y prácticas, científicamente fundados y científicamente aceptados; puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país pudiera soportar.

Por lo general, el concepto usado anterior al de la salud pública ha sido el de beneficencia pública, cuyo origen se remonta al periodo colonial, por lo que los hospitales nacionales se conocían como de beneficencia pública.

Hay que notar que la preocupación por la salud pública es ciertamente, algo que ha surgido a partir de necesidades concretas y determinadas históricamente, en un país o países, pero en su desarrollo ha dado paso al derecho a la salud, al derecho de los pueblos a la salud, hasta convertirse en un derecho social inalienable reconocido por la carta de las Naciones Unidas y su Declaración de los Derechos Humanos.

⁶Bertrán Galindo "*Manual de Derecho Constitucional*", 1999, pág.956

Durante los últimos años en el ámbito de las Naciones Unidas, han surgido organizaciones a nivel mundial que vigilan el derecho a la salud, las cuales se constituyen entes garantes de la salud pública de los pueblos, entre estas se encuentran: a) Organización Mundial para la Salud, (OMS), b) Organización Panamericana de la Salud, (OPS).

Las constituciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconocen a la salud como un derecho humano; también en otras Declaraciones Internacionales sobre derechos humanos, tales como; el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la Convención Internacional Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Declaración Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José Costa Rica).

1.1.1. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS se fundó el 7 de abril de 1948, como un organismo adjunto a la Organización de las Naciones Unidas, sus objetivos principales fueron la creación de políticas para el control y prevención de enfermedades infecciosas y epidemias en general. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra en 1948.⁷

Los 196 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea está compuesta por representantes de todos los Estados Miembros de la OMS.

⁷ Organización Mundial de la Salud, Historia, <http://www.who.int/es/>

En 1979 inició la campaña para la erradicación de la viruela, enfermedad que había matado y lisiado a millones de personas a finales de la década de los años 70.

El 8 de mayo de 1980 en su XXXIII Asamblea aceptó el "Informe final de la Comisión Global para la certificación de la erradicación de la viruela", razón por la cual la 55 iniciativa se convirtió en uno de los logros más exitosos de esa Organización. Para 1988, se estableció la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis.

Los programas dirigidos a la implementación de políticas para la atención primaria integral se convirtieron en una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud, hecho que repercutió en la adopción de iniciativas para fortalecer el acceso a servicios de salud, especialmente en los países más pobres. Tales medidas propugnaban por una atención desarrollada en tres frentes: la promoción, prevención y atención; el papel de la Organización Mundial de la Salud en la conceptualización del derecho a la salud y en la pretensión de formar un mundo justo, representa un aporte de la más alta envergadura que sirvió de fundamento para la adopción de políticas internas relacionadas con la concepción de salud desde una perspectiva integral.⁸

La organización Mundial de la salud, es el organismo especializado de conformidad al artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas, la cual considera: Que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; en interés al

⁸Karen Elizabeth Rivera de Medina, José Ubaldo Pérez, y Manuel Humberto Villalobos Gámez "Análisis Jurisprudencial al Mecanismo de Protección del Derecho a la Salud en Pacientes Hemofílicos en El Salvador", (*Tesis de grado*, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador, 2015).

desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente, es indispensable para este desarrollo.⁹

La Asamblea Mundial de la Salud, es el órgano que dirige las actividades de la Organización Mundial para la Salud, está formado por 191 miembros que se reúnen anualmente, tiene un Consejo Ejecutivo integrado por 32 expertos de la salud, cuenta con oficinas regionales en diversos países y ciudades entre las cuales podemos citar Washington D.C, Estados Unidos, El Cairo, Egipto, Nueva Delhi India; y Manila, Filipinas, entre otras.

1.1.2. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

En 1870, una epidemia de fiebre amarilla azotó a Brasil, Paraguay, Uruguay y a Argentina, en ocho años, logró propagarse a los Estados Unidos, donde provocó más de 20 mil muertes, el transporte marítimo, que aumentó con el crecimiento del Intercambio comercial, era el canal que trasladaba las enfermedades a finales del siglo XIX. El paso de las epidemias de un país a otro y la necesidad de combatirlas para proteger la salud de la población y la economía de los Estados fue el germen que dio origen el 2 de diciembre de 1902 a la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Trabaja con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población, brindando cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas,

⁹Organización Mundial de la Salud, Historia, <http://www.who.int/es/>

fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.¹⁰

Los miembros de la organización representan a 52 países y territorios. Bajo su liderazgo, se establecen las prioridades sanitarias de la región para enfrentar juntos problemas comunes que no respetan fronteras y que, en muchos casos, pueden poner en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud. La OPS desarrolla dos funciones: es la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde su sede regional en Washington, DC, sus 27 oficinas en países de la región y sus tres centros especializados, impulsa decisiones basadas en evidencia para mejorar la salud y promueve la salud como motor del desarrollo sostenible.¹¹

1.2. Evolución del Derecho a salud como Derecho Humano

La salud es uno de los derechos humanos fundamentales incluidos dentro del conjunto de los 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 las y los seres humanos, los cuales les han sido reconocidos al más alto nivel internacional.

Al referirse a los derechos económicos, sociales y culturales a necesidades básicas se entiende que éstas requieren ser atendidas privilegiadamente por los Estados, encontrándose sujetas sus obligaciones en este sentido al

¹⁰ Organización Panamericana para la Salud, acerca de la OPS, Nuestra Historia, <http://www.paho.org/hq/?lang=es>

¹¹ *Ibíd.*

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.¹²

Un elemento de especial consideración 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 qué 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 más allá de toda noción y tutela de la salud limitadas a la mera prestación de servicios sanitarios sino ampliarlas a un conjunto de condiciones

¹²Henry Alfredo Amaya Cortez, Ana Guadalupe González Ayala, “La Violación al Derecho a la Salud por falta de seguridad alimentaria”, (*Tesis de grado*, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad de El Salvador, El Salvador, 2007).

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 adecuado para las personas y sus familias y el goce de su salud, lo mismo que entre éste 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 médica, la que entonces pasa a ser solamente uno de los factores constitutivos del derecho humano a la salud.

1.3. Origen de los derechos del paciente

Las declaraciones emitidas por muchas instituciones, como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, la declaración de las Naciones Unidas, etc. señalan el derecho a la vida y a la salud como derechos básicos de las personas, a raíz de los sucesos inhumanos que sensibilizaron a las personas de todo el mundo para reconocer a los derechos humanos como un valor irrenunciable. Estos mismos, rigen una importante actuación en la atención clínica de un paciente.¹³

Desde una perspectiva eminentemente histórica pueden diferenciarse dos etapas o más bien, trascendentes situaciones producidas durante la evolución

¹³ Revista Med. Los derechos de los pacientes, Vol. 53, Ed. N° 4, España, (2009)

de la relación clínica, paciente a lo largo de la historia. Por una parte, la primera etapa que abarca desde la antigüedad hasta la culminación de la medicina como profesión. La otra etapa abarca desde ese ejercicio de la medicina como profesión liberal hasta la propia reivindicación de los derechos de los enfermos. Aunque ambas etapas aparecen caracterizadas por el que se ha denominado “paternalismo médico”, los caracteres de otra divergen entre sí, aunque no así la esencia que permanece intacta. La tercera se considera como el logro y culminación de esos derechos.

Vista la idea general, se expondrán cada una de las etapas mencionadas.

I. Primera etapa (desde la antigüedad hasta la culminación de la medicina como profesión)

Como idea general, la medicina tradicional se caracterizaba por ser conformada por una especie de patriarcado, en la que el médico (patriarca) ejercía el dominio sobre sus pacientes, a los que exigía obediencia y sumisión. Así, la medicina de la antigua Grecia se encontraba caracterizada por empirismo y magia helénicamente configurada. Este empirismo o técnica se encuentra apoyada en diferentes y nuevas disciplinas, tales como la anatomía, la fisiología, la farmacología, la patología y la técnica terapéutica.

Además de estos caracteres científicos, la atención médica de esta época prestó especial interés a la confianza y a la fe en el tratamiento de la enfermedad, de ahí la importancia otorgada a la relación de amistad entre médico y paciente.

Esta amistad del médico hipocrático con el enfermo es resultado de la articulación entre *philantropia* y *philotechnia*, es decir, amor hacia la perfección

de la naturaleza humana y amor hacia lo que en la naturaleza es bello (la salud y la armonía).¹⁴

En lo que respecta a la visión del enfermo hacia el médico, ésta parece fundamentarse en una relación de necesidad, es decir, en una relación de confianza del enfermo en la medicina, y consecuentemente, en el médico que le está tratando. Otro de los principales caracteres de la relación clínica propios de esta época es la gran diferencia existente entre la “tiránica” asistencia médica a los esclavos, y el exquisito tratamiento curativo y dietético de los hombres libres y ricos, pasando por el cuidado “resolutivo” que en caso de enfermedad recibían los ciudadanos libres y pobres.

El Corpus Hipocraticum o Juramento Hipocrático se constituye como documento típico de la medicina hipocrática, de carácter típicamente sacerdotal, caracterizándose por una elevadísima responsabilidad ética, que conlleva la más amplia impunidad jurídica, otorgando la concesión al propio médico de un rol sociológico de poder, pero no fundamentado en la fuerza, sino en el señorío carismático, este punto es especialmente importante en la caracterización de la propia profesión médica, ya que esta idea fundamental únicamente va a ser sustituida por una posterior dominación legal o burocrática, como veremos más adelante.

Durante la Edad Media europea, se produce una novedad de enorme importancia: el nacimiento y difusión del cristianismo, y con ella, un cambio radical en la concepción del ser humano enfermo. Éste se concibió como un ser irrepetible, importante y esencial, introduciendo en la atención médica los

¹⁴ Susana Gómez Urrate, Historia de los Derechos de los Pacientes, “*History of the Rights of Patients*”, Revista de Derecho UNED, Núm.15, (2014), (UNED, Universidad de Educación a Distancia, Madrid España).

elementos de misericordia y de humanidad. En este sentido, se observa una nueva visión de la atención sanitaria, que es concebida como atención igualitaria y en ocasiones gratuita, así como una novedosa valoración terapéutica y moral del dolor.¹⁵

Así, el criterio de actuación “en aras al bien del enfermo” se manifiesta de modo mucho más exacerbado. Podría afirmarse que el conocido retroceso a nivel científico de esta época quedó en cierto modo mitigado con la exquisita atención espiritual que se dispensó a los enfermos en los monasterios.¹⁶

En esta época pueden diferenciarse dos etapas: una de medicina monástica (desde el s. VI al XII) en la que se practicó una atención médica centrada en los monasterios, y otra de medicina escolástica o de las escuelas (desde el s. XII hasta el Renacimiento).

Durante la Baja Edad Media (siglos XI-XV) acontecieron dos hechos de trascendente importancia: por una parte, tuvo lugar la aparición de las Universidades, y por otra, la aparición de un oficio, el de cirujano. Así, la práctica de la medicina durante la Edad Media queda caracterizada por una parte con la fundamentación de la filantropía, pero ahora con connotaciones cristianas, en las que el sacerdote médico realiza la idea cristiana del amor al hombre movido por ese amor y espíritu cristianos, siendo así el tratamiento médico un acto de benevolencia.

¹⁵De esta manera, con la aparición del cristianismo y de las doctrinas humanitarias, la filantropía o amor al prójimo, se consolida como fundamento moral del ejercicio de la medicina, otorgándole de nuevo características sacerdotales. No cabe extrañar, por tanto, que la medicina quedase en manos de clérigos durante muchos siglos. Así, esta medicina teológica comenzará a perder su vigencia cuando la enfermedad ya no es negociable con Dios comenzándose a dudar de su poder, especialmente ante las epidemias que diezmaron las poblaciones durante el siglo X en Europa.

¹⁶Gómez, Historia de los Derechos de los Pacientes, (2014).

Por otra parte, también influenciado por el pensamiento cristiano medieval, tiene gran importancia la superstición milagrosa o las pruebas realizadas que demuestran “un juicio de Dios”, alejadas por tanto del mínimo fundamento científico o de la mentalidad técnica. No obstante, se observan diferencias en la atención médica durante la Edad Media atendiendo a las diferentes etapas de la misma: así durante la Alta Edad Media, debido a la impronta del cristianismo, los saberes médicos quedan reducidos a los manuscritos conservados en los monasterios, produciéndose una profunda regresión cultural que de modo directo va a afectar la práctica de la medicina.

Por su parte, durante la Baja Edad Media, se va a producir una recuperación de la cultura grecorromana, fundamentalmente a través de la traducción de los textos clásicos, desarrollándose así la profesión médica y convirtiéndose en una práctica mucho más laica.

A finales del siglo XV se produce paulatinamente una secularización de la sociedad y la cultura occidental, paralelamente con una maduración intelectual y política de la sociedad medieval junto con una transformación de la medicina de la etapa previa en una más acentuada medicina científica.¹⁷

Así, al iniciarse el mundo moderno, el médico de la tradición hipocrático galénica que había ejercido su autoridad legitimada por la posesión de un carisma o una especial personalidad y autoridad, modifica el ejercicio de la misma fundamentada de un nuevo modo, el burocrático.

Parece que la razón de dicho cambio queda fundamentada en la profesionalización del propio ejercicio de la actividad médica: en el momento

¹⁷ Gómez, Historia de los Derechos de los Pacientes, (2014).

en el que la práctica de la medicina se profesionaliza, se produce un auténtico monopolio del ejercicio de la misma, con los caracteres esenciales que supone éste.

La institución profesional Inglesa Royal College of Physicians, es el fruto de la aspiración a la resolución de la situación en la que los médicos no se consideraban ni mercaderes ni como trabajadores artesanos, poseyendo además formación universitaria y concediendo sus propias licencias (distintas de las eminentemente universitarias). De este modo, surge no sólo el nacimiento de la profesión médica sin más, sino el ejercicio de la medicina en su fase burocrática, en la que el médico, en aras a su importante misión y naturaleza altruista, se erige de nuevo como un sacerdote de la medicina o árbitro de la vida del hombre. Este espíritu quedará plasmado en el primer gran código de ética médica, el National System of Medical Morales del año 1847.¹⁸

Esta línea de pensamiento venía de la obra de un médico, Thomas Percival, que en el año 1803 redactó el considerado primer proyecto de ética médica. Entre los principios éticos fundamentales en la actitud del médico se encuentran los que deben regir las relaciones de éste para con sus pacientes, precisando de un buen conocimiento de la naturaleza humana y de amplios deberes morales, siendo expresión de las mismas palabras tales como la superioridad que da la autoridad inspira en la mente de los pacientes gratitud, respeto y confianza.

Por tanto, podría decirse que el paternalismo institucional o burocrático, tiene lugar porque la ética deja de ser una cuestión primariamente individual (predominante en la relación privada médico-enfermo) para transformarse en

¹⁸ *Ibíd.*

colectiva (medicina como profesión con una dominación positivamente privilegiada), de tal modo que es la asociación profesional la encargada de vigilar el cumplimiento del código y de castigar las infracciones y teniendo como principio esencial la ocultación por parte del médico al paciente de toda información que, según él, pudiera resultarle negativa o perjudicial para éste (criterio de beneficencia paternalista).¹⁹

- II. Segunda etapa (desde el ejercicio de la profesión de la medicina como profesión liberal hasta la propia reivindicación de los derechos de los enfermos).

El siglo XIX se caracteriza por una concepción de la medicina como profesión de ejercicio liberal, y por su parte, el médico, como ya hemos dicho, continúa considerándose un árbitro de la vida del hombre, ejerciendo su alta misión encomendada en régimen de monopolio, rigiéndose en este sentido por sus propios códigos éticos.

En paralelo sentido, a lo largo de este siglo, se va a ir constituyendo una antropología puramente naturalista, en la que, según la misma, el hombre es, ante todo, naturaleza cósmica, por lo que la benevolencia o sensación de amistad hacia el otro sería mera camaradería, en el sentido de asociación para la conquista de un bien objetivo de carácter público o privado.²⁰

Durante esta época se produjo un proceso revolucionario de la medicina propiamente dicha conocido como “edad de la ciencia” que favoreció el pensamiento generalizado de que la ciencia acabaría con la enfermedad. Uno

¹⁹Ibíd.

²⁰ Ibíd.

de los hechos más destacables de los siglos XIX y XX, es que durante los mismos se va a producir una auténtica rebelión del sujeto o introducción del sujeto en la medicina.

No obstante, este logro no surge de un modo espontáneo, sino que se remonta históricamente dos siglos más atrás, concretamente a principios del siglo XVIII hasta comienzos del XIX, con un movimiento emancipatorio que se inicia en el ámbito religioso con la reivindicación de la libertad de conciencia por parte del protestantismo, y en el ámbito político con las revoluciones liberales democráticas del mundo moderno.²¹

En cuanto a la clásica diferenciación de los derechos humanos según sus etapas evolutivas (derechos de libertad o de primera generación; los económicos, sociales, culturales o de igualdad o de segunda generación; y los de solidaridad o de tercera generación); los propios derechos de los pacientes no pueden categorizarse de un modo claro, nítido ni absoluto, ya que los mismos no están conformados por una única especie.

Es decir, dentro de los derechos de los pacientes, existen múltiples diferencias entre los mismos, pareciendo emanar de diferentes principios o de otros derechos que los orientan o les sirven de sustento.

Sin embargo, nos centrarnos en los derechos del paciente en cuanto tal, es decir, dentro de la particular relación clínica, en el reconocimiento del paciente como sujeto personal o, como bien afirma el profesor Gracia como gestor de su cuerpo, por primera vez, como algo que el propio individuo gestiona autónomamente.

²¹ *Ibíd.*

Así, parece que la rebelión del sujeto en el ámbito biomédico, no es más que una extensión de la reivindicación de una serie de derechos que fueron aplicándose de modo paulatino a este particular campo. Según los profesores Lázaro y Gracia,²² ésta extensión de la rebelión del sujeto al pensamiento y práctica médicos tiene dos aspectos: el social y el clínico.

En lo que respecta al primero de los aspectos, la diferencia existente en el siglo XIX entre los diversos sustratos sociales, se traslada al terreno sanitario, distanciando de modo abismal entre una medicina para ricos y una medicina para pobres, impulsando un movimiento contra la desigualdad asistencial y reivindicando el desarrollo de sistemas colectivos de asistencia sanitaria de carácter público, con el objetivo de que la atención médica deje de ser considerada un acto de beneficencia, para pasar a transformarse en un derecho exigible por razones de justicia.

En lo que respecta al aspecto clínico, tuvo particular importancia la aparición en el ámbito médico de la novedosa consideración de las características particulares de cada caso concreto. En esta nueva introducción de variantes y elementos que son preponderantes a la hora de tratar a los pacientes tuvo trascendente importancia el tratamiento de los trastornos neuróticos, que precisaba de una comprensión de los recuerdos, frustraciones y deseos de la persona, en definitiva, la consideración de los aspectos personales y sociales de la propia persona enferma en el ámbito médico desconocida hasta ahora.

Así, concretamente el 6 de febrero del año 1973, la Asamblea Americana de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera

²² Carazo Sánchez, C., *“Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información”*, (Editor Feíto, Bioética: La cuestión de la dignidad, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004), págs. 125-ss.

Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre.

No obstante, la denominada Carta de Derechos del Paciente no supone la acumulación de una serie de derechos de éstos, sino la mera manifestación de la libertad en el ámbito biomédico mediante la fórmula del consentimiento informado. Esta exaltación de la libertad y autonomía del individuo tiene su razón de ser en una serie de factores en los que la bioética ejerció una decisiva relevancia.

La necesidad de formular los derechos de los pacientes en Cartas o Declaraciones se expandió a Europa, y luego a los países del continente americano. Ya en el siglo XX los documentos antes mencionados, se van consolidando en varias partes del mundo, pese a la resistencia de algunos, quienes, con una filosofía universalista y economicista, no permiten en ocasiones que los preceptos mundiales sean respetados. Es así que aproximadamente el año 2005, surge el Derecho internacional de la Bioética como responsable del equilibrio entre libertad y derecho, resultante de una expresión de la protección de los derechos humanos.²³

1.4. La influencia de la bioética en los derechos de los pacientes

Como idea general podría afirmarse que la Bioética es la disciplina que abarca las cuestiones éticas acerca de la vida que surgen en el campo específico de ciencias como la biología, la medicina, la nutrición, la política, el derecho...si

²³ Revista de Actualización Clínica, "*Derechos de los Pacientes en la Atención Clínica*", Vol.32, (2013), Bolivia.

bien, el ámbito que realmente interesa es la interacción que se produce entre la medicina (y sus progresos) con la vida humana.

El nacimiento y desarrollo de esta disciplina se justifica ante la gran cantidad de problemas éticos que se comienzan a producir en la investigación y en los tratamientos médicos que se realizan en la persona. Por tanto, su conformación inicial se encuentra íntimamente vinculada al origen y paulatino reconocimiento de los derechos de los enfermos, concretamente los derechos de libertad y autonomía, por lo se hace necesario una referencia al desarrollo histórico de la misma.

La nueva disciplina debe su nacimiento a diversas corrientes culturales decisivas acontecidas en la segunda mitad del siglo xx, una transformación científica, una transformación cultural y política y los abusos cometidos en la investigación científica.²⁴

Respecto al primero de los factores, puede afirmarse que los treinta años transcurridos desde el final de la Segunda Guerra Mundial en 1946 hasta el año 1976 han sido descritos como el período de crecimiento explosivo de la medicina. Así, como primera fecha a tener en cuenta a la hora de escribir la historia de la bioética se suele citar el 9 de diciembre del año 1962, momento en el que se publica un artículo (They decide who lives, who dies) en la revista Life en el que se ponía de manifiesto la existencia de un recurso médico escaso (las máquinas de hemodiálisis), motivo por el cual se creó una comisión de no expertos con la finalidad de llevar a cabo la selección de posibles candidatos beneficiarios de dicho recurso.

²⁴ Sánchez, C., *“Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información”*, 2004.

Otros hitos científicos decisivos en el nacimiento de la bioética como disciplina independiente son el primer trasplante cardíaco realizado el 3 de diciembre de 1967, vinculado estrechamente con el planteamiento de graves cuestiones científicas y éticas como el consentimiento del donante y el estatuto jurídico del cadáver viviente (muerte cerebral).

Por otra parte, en esta misma época y de un modo más bien simultáneo, se producen una serie de transformaciones culturales y políticas que también van a influenciar en el futuro desarrollo y conformación de la nueva disciplina.

En la década de los sesenta floreció un conjunto de movimientos que tendían a la búsqueda de una nueva cultura basada en la libertad, la justicia y la igualdad. La bioética no puede ser entendida prescindiendo de este fenómeno cultural: los avances tecnológicos no hubiesen dado origen a la misma sin una nueva cultura de la autonomía, la solidaridad, la justicia, la igualdad y la desconfianza en el poder de las instituciones.

Por último, otro factor decisivo en la conformación de los inicios de la bioética está directamente relacionado con el primero de ellos; los abusos en la investigación científica que en pocas ocasiones van a venir de la mano de las innovaciones y vertiginosos avances médicos. En este sentido, podemos afirmar que la medicina científica, su progreso y desarrollo, siempre ha dependido de un modo u otro de la experimentación. No obstante, la era de la medicina experimental en sujetos humanos, en sentido estricto, se abre en el siglo XIX, conociendo serios abusos de índole ética.

Como ya se mencionó, los elementos que motivaron y propulsaron la conformación de la nueva disciplina de la bioética, ésta nace bajo el signo de la autonomía que va a ser su sello distintivo durante sus primeros años de

desarrollo, y que va a materializarse en la “rebelión de los pacientes”, concretamente en la primera Carta de los Derechos de los Pacientes en 1973, aprobada por la Asociación Americana de Hospitales.²⁵

Por tanto, se recoge por fin la mentalidad autonomista que tanta influencia va a tener posteriormente en las sociedades democráticas desarrolladas. La idea ahora predominante es que cada uno ha de asumir las decisiones que le afecten, rigiéndose por su propio sistema de valores y, por tanto, la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo porque antes de hacerle al prójimo el bien hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que nosotros tenemos.

Por fin, con el logro del principio de autonomía en el ámbito sanitario, el paciente toma por fin la palabra en todo aquello que respecta a su propia salud, su opinión es tenida en cuenta a la hora de la realización de una determinada técnica diagnóstica o terapéutica de la que va a ser objeto; algo que hasta relativamente poco tiempo, era considerado como inadmisibile en este ámbito concreto.²⁶

1.5. Historia del derecho a la salud en El Salvador

En El Salvador, el derecho a la salud ha ido evolucionando en unas etapas con menor o mayor intensidad, también ha sido tomada en cuenta en mayor o menor medida en las Constituciones que han estado vigentes.²⁷

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ El Salvador hacia la Cobertura Universal de Salud, https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1482-el-salvador-en-el-camino-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-logros-y-desafios&categ

Durante el periodo colonial El Salvador, formó parte de la Capitanía General de Guatemala, que a su vez era parte del Virreinato de Nueva España, con capital en México y comprendía los territorios que ahora son Chiapas (México), Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica.

El proceso de independencia se inició el 15 de septiembre de 1821 por medio de un acta suscrita por las altas autoridades de la Capitanía y el Clero y por los diputados Provinciales de Guatemala antes las Cortes de Cádiz. Esta declaración fue confirmada por los ayuntamientos de todas las provincias de Centroamérica en forma de cabildos abiertos y por el acta de Julio de 1824 que proclamó la independencia con carácter absoluto, no solo en cuanto a España, sino también respecto a cualquier otra potencia.

El proceso terminó con la emisión de la primera Constitución Federal en 1824 por medio de la cual se constituyó la Federación Centroamericana integrada por Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica, la cual se disolvió en 1838 y se trató inútilmente restablecer en 1888 y 1921.

El Salvador comenzó su vida independiente después de disuelta la Federación Centroamericana, con su Constitución de 1841. Hasta el momento ha tenido varias constituciones, las cuales se dividen en tres grupos:

1. Constituciones Republicanas y Democráticas con tendencia conservadora, en las cuales se guardaba gran vínculo entre la Iglesia y el Estado, que comprende desde la primera constitución hasta la de 1883.
2. Constituciones liberales y laicas, en estas persiste la separación de la Iglesia con el Estado, se dan a partir de 1885, la cual no llegó a entrar en vigencia; la de 1886, en la cual se proclamó la separación absoluta entre la Iglesia y el

Estado e introduce el laicismo en todas las instituciones del Estado, rigiendo hasta 1939 y fue restablecida en Julio de 1944 a noviembre de 1945.

3. Constituciones que acentúan el Intervencionismo del Estado. Esta tendencia se inicia en forma moderada en 1939, se intensifica con la de 1945, y se consolida con la de 1950, la cual se tratará en el siguiente apartado.

En lo que se refiere a las constituciones del primer grupo no hay ninguna disposición que se refiera al Derecho a la Salud, excepto en la Constitución de 1841, en la cual, según su art. 62 establecía como objetivo del Poder Municipal “la conservación, progreso, salubridad, comunidad y ornato de su vecindario...”. Entendiéndose como Poder Municipal al conjunto de vecinos que estuviesen en el ejercicio de los derechos ciudadanos; el Poder Municipal derivado estaba constituido y era ejercido por el Concejo Municipal a cuya cabeza se encontraba el Alcalde. Sin embargo, como se puede observar el tema de la Salud Pública no era tan claro en las constituciones de este primer grupo.

Las constituciones del segundo grupo, a diferencia de las primeras, contenían directa o indirectamente disposiciones referentes a la salud. La Constitución de 1939 con sus reformas de 1944, disponía en su apartado 21 del artículo 67 que al decretar anualmente el presupuesto de entradas y gastos de la Administración Pública, la Asamblea Nacional debía arreglar la inversión de rentas de modo que sean atendidas preferentemente la salubridad, la educación...; en el artículo 105 numeral 8 entre los deberes del Poder Ejecutivo establecía el de “mantener la Salubridad Pública en el país y mejorar las condiciones higiénicas de sus habitantes”..., en el numeral 10 del referido artículo continuaba, “y proteger la maternidad y la infancia, organizando al efecto la Institución respectiva”. En el Título X, que trataba del régimen

Departamental y Local, se encontraba el artículo 140 que permitía que las Municipalidades, “para llenar su función emitan acuerdos sobre policía, higiene y educación popular”. Así también se encontraban disposiciones que coadyuvaran a la salud de manera indirecta.

La constitución de 1945 modificó la de 1886 que había sido restablecida en 1944; en estas constituciones se introdujo un Título XIV referente a la familia y al trabajo; reproduciéndose los trabajos logrados en la de 1939 y ampliándose la intervención estatal para proteger y fomentar la adquisición y conservación de la pequeña propiedad rural y la conservación de viviendas cómodas e higiénicas para la población rural y urbana.

En lo que se refiere a la legislación secundaria se puede indicar que desde 1821 hasta 1900 las cuestiones de salud fueron reguladas principalmente por leyes y ordenanzas de carácter municipal. A partir de 1900 la salud cobra la relevancia, en ese año se crea el Concejo Superior de Salubridad, inspirado en el Código de Sanidad que hizo promulgar el perfecto de París Dubois, el 6 de Julio de 1807, y que, en El Salvador, constituyó una verdadera revolución sanitaria.

1.5.1. Evolución del sector salud en El Salvador

Durante el periodo de 1900 continuó el desarrollo de la infraestructura de salud, ampliándose las acciones y condiciones de medicina preventiva. Entre los hechos más importantes en este periodo tenemos los siguientes:

Tiene su inicio el 23 de Julio de 1900, cuando se crea el Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. El primer Código de Sanidad entra en vigencia el 24 de julio del mismo año.

En 1902 se complementó la construcción del nuevo Hospital Rosales, iniciando sus labores en ese mismo año. En el año de 1914 fue construido el Hospital Neurológico.

En 1920 se fundó la Dirección General de Sanidad dependiendo también del Ministerio de la Gobernación. En 1925 se crea la Sociedad de Beneficencia Pública denominada botón azul.

En 1926 El Poder Ejecutivo creó a través de la Subsecretaría de Beneficencia, el servicio de asistencia médica gratuita, cuya finalidad era prestar auxilio oportuno y eficaz a los enfermos pobres en todas las poblaciones de la República, la creación de circuitos médicos y especificando que en cada circuito se establecerá un Junta Calificadora integrada por el Alcalde Municipal y otros ciudadanos para clasificar a las personas como pobres, ya que la condición de escasez pecuniaria establecería el derecho de ser atendido gratuitamente, también especifica el mismo Decreto en su artículo 23 que este servicio de asistencia médica gratuita recibirá el apoyo moral y económico no solo del supremo Gobierno y de las Municipalidades sino también de las clases que por sus condiciones económicas tengan aptitudes para ello.

En 1928 se construyó el Hospital para Niños Benjamín Bloom. En 1930 se aprobó un nuevo Código de Sanidad, en este año se establece la primera clínica de pediatría ubicada en San Salvador.

Se denominó Benjamín Bloom, en honor a los directores que fundaron el hospital como un centro vitalicio, destinado siempre y con perpetuidad a la asistencia de los niños sin distinción de raza, sexo y religión, don Benjamín asumió la dirección de manera conjunta con el gobierno de El Salvador hasta el día de su fallecimiento y no podrá cambiársela dicha denominación.

En 1948 se creó el Ministerio de Asistencia Social, y al finalizar este año se contaba con 32 servicios en 32 municipios con un personal de 565 y un presupuesto de 1,158,620.00 colones.²⁸

En 1949 se aprobó la Ley del Seguro Social y se instaló el Concejo Directivo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que se dedicó a las labores de planificación y organización.

En los años cincuenta se inició la descentralización de la salud pública por medio de la creación de las regiones de salud. Desafortunadamente esta medida fracasó, ya que no alcanzó los frutos esperados, relativos a la descentralización presupuestaria y fiscal. En 1950 El Ministerio de Asistencia Social pasaba a ser El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En diciembre de 1960 entró en vigencia la Ley de patronatos de Centros Asistenciales. El primer patronato que se fundó bajo esta ley fue el de la Unidad de Salud de Soyapango en 1961.

El 9 de julio de 1962 se creó el Departamento Técnico y de Planificación (posteriormente Dirección de Planificación de los Servicios de Salud). En este mismo año se fusionaron las Direcciones de Sanidad y de Hospitales dando origen a la Dirección General de Salud.

En 1973 se puso en funcionamiento el nuevo hospital de Chalatenango y se finalizaron las instalaciones de los nuevos Hospitales de Zacatecoluca y Usulután, se realizó la primera campaña nacional de vacunación para proteger

²⁸ Sistema de la Reforma de Salud en EL Salvador, http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/750/1/LA_REFORMA_DEL_SISTEMA_DE_SALUD_EN_EL_SALVADOR.pdf

a la población menor de cinco años contra la tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis y sarampión.

El 21 de abril de 1985 se realizó la III Jornada de Vacunación para la población infantil. En 1995 se concibió y se puso en marcha en forma conjunta con el Ministerio de Educación el Programa de Escuelas Saludables, con el objetivo de brindar atención en forma masiva a escolares a fin de evitar la deserción escolar y mejorar su rendimiento académico. Además, se convierten los Puestos de Salud en Unidades de Salud, a través del fortalecimiento de especialidades básicas, apoyo con equipamiento y refuerzo de personal especializado médico y paramédico.²⁹

Se implementó el programa Salud Preventiva que cubre en forma gratuita a todos los niños menores de 12 años y mujeres en edad fértil, programa con un costo de 590 millones de colones al año.

En 1998, se inauguraron proyectos de clínicas comunales y empresariales desarrollándose un nuevo modelo de atención.

En el mandato del presidente Francisco Flores se llevó a cabo el Plan Nacional para la Infancia, cuyo contenido se enmarcaba dentro de los compromisos adquiridos por El Salvador en la Convención sobre los Derechos del Niño y más aún dentro de la Cumbre Mundial sobre la Infancia. Con este plan el gobierno se comprometió a fortalecer la atención en salud en las zonas rurales del país, cuya condición geográfica limitaba a la población el acceso a los

²⁹Sandra Yanira Abarca López y otros, “El Derecho a la Salud contemplado en la Convención sobre los Derechos del Niño y su efectivo cumplimiento en el área metropolitana de San Salvador comprendido en el periodo 2003 a 2005”, (*Tesis de grado*, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad de El Salvador, El Salvador, 2006). Pág. 14 y 15.

centros de salud, los objetivos de este plan eran incrementar la atención materno infantil, ampliación de las campañas de vacunación, fortalecimiento en la administración de la vitamina “A” y sulfato ferroso, aumentó también las campañas de salud oral y rehidratación oral.

En 1999 se conformó el Consejo de Reforma del Sector Salud como entidad encargada de formular la reforma del sector salud, con participación de diferentes entidades públicas y privadas que conforman el sector.

A inicios del 2000 al 2001 surgió la necesidad social de alcanzar un nivel óptimo de salud obligando a una nueva conceptualización y organización, surgiendo el “Sistema Básico de Salud Integral” (SIBASI), éste rescata aspectos esenciales de atención primaria en salud, el cual cuenta con la participación de diversos actores del desarrollo social y como Unidad Básica del Sistema Nacional de Salud da cumplimiento al mandato constitucional bajo la adopción de un nuevo modelo de gestión en donde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector.³⁰

Las funciones del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) de lograr la participación activa de la comunidad y lograr la descentralización de los servicios de salud considerando mejorar el acceso a los servicios de salud especialmente para aquella población vulnerable siendo en este caso las personas que son discriminadas por su condición de salud, fortaleciendo el servicio a la salud en su contexto cada vez más humano y comprometido con la sociedad siendo así que en fecha 17 de diciembre del año 2004 se creó bajo Decreto Legislativo N° 538 la Institución del Fondo Solidario para la Salud

³⁰ SIBASI, Ministerio de Salud, <http://www.salud.gob.sv/category/temas/servicios-de-salud/sibasi/>

(FOSALUD), el cual está adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sometido a una Ley Especial juntamente a su Reglamento.

En el mes de enero del año 2002, se introdujo la vacuna pentavalente de neumococo al esquema de vacunación del MINSAL.

Además, se Crea el Comité técnico interinstitucional de estrategia en atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia.

El Ministerio de Salud llevó a cabo una estrategia de desarrollo Institucional o modernización, orientada a la delegación de funciones, en la que el Ministerio trasladó a los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), la función de gestionar y proveer los servicios de salud a la población de su responsabilidad, de modo que el nivel central del Ministerio de Salud, se enfocara en su rol rector del Sistema de salud; la equidad como el derecho de todos los salvadoreños y salvadoreñas tienen sin distinción de sexo, edad, religión y procedencia, a tener acceso a servicios de salud con calidad y considerando que la equidad en salud adquiere una connotación especial, en el sentido que el estado está obligado a velar y garantizar la salud especialmente de los grupos poblacionales más vulnerados.

Mediante el plan de gobierno del presidente Elías Antonio Saca (2004) el gobierno de El Salvador con el fin de mejorar la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud a la población, se planteó estrategias que favorecieran la generación de recursos financieros para la expansión de servicios básicos para la provisión de salud tanto en áreas rurales como urbanas. Es de esta manera que se creó el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), la cual se presenta como una alternativa para poder ampliar los horarios de atención médica que se brinda a la población en las Unidades de Salud a nivel nacional.

El Fondo Solidario para la Salud se creó el 17 de diciembre del año dos mil cuatro, con todas las características de una Institución el día 11 de agosto del 2005 en la Unidad de Salud “Dr. Carlos Díaz del Pinal”, ubicada en el área de Santa Tecla, departamento de la Libertad, se estableció que permanecería abierta las 24 horas del día y los 365 días del año a partir de esa fecha.

FOSALUD, es una realidad siendo ésta una Institución, creada para mejorar y facilitar la atención de aquellas personas, que por distintas razones no pueden acudir a los establecimientos de salud durante el día, y para mejorar la atención de salud de la población ubicada en el área rural donde el acceso a estos servicios es muy complicado.³¹

En el año 2013 en el gobierno del presidente Mauricio Funes se aprobó la nueva Ley de Protección al Consumidor con el objeto de proteger los derechos del Consumidor, procurando una relación de equilibrio entre los derechos de los proveedores, consumidores, proporcionar certeza, seguridad jurídica en sus relaciones.

En el Capítulo dos, de la Ley de Protección al Consumidor, en lo que se refiere al Derecho a la Seguridad y a la Calidad, en su Artículo 6, establece: “Los productos y servicios puestos en el mercado a disposición de los consumidores no deben implicar riesgos para su vida, salud o seguridad, ni para el medio ambiente, salvo los legalmente admitidos en condiciones normales y previsibles de utilización”. Luego de aprobada la Ley de Protección al Consumidor y con la ejecución del actual presidente Sánchez Ceren se propuso el proyecto de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud tras varias sesiones se aprobó el día 11 de

³¹ FOSALUD, Creación, <http://www.fosalud.gob.sv/>

marzo de 2016, entrando en vigencia dicha ley el 9 de mayo de ese mismo año, hasta la fecha el reglamento de la mencionada ley no ha sido aprobado.

1.5.2. Creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL)

El 23 de julio de 1900, se creó una institución con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. El Consejo determinó que entre las actividades principales a realizar fueran: estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones de víveres, higiene de rastros y mercados, construcción de cloacas y sistemas de aguas servidas, obligatoriedad de instalar letrinas, lucha contra los mosquitos, visitas a establos, fábricas y beneficios de lavar café.³²

Este Consejo daría paso a la creación del El Ministerio de Asistencia Social que en 1950 pasa a ser el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Actualmente se denomina por sus siglas MINSAL, Ministerio de Salud.

1.5.3. Creación del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)

Por mandato constitucional, el Consejo Superior de Salud Pública fue creado el 24 de agosto de 1956, tomando protesta de Ley e instalándose el primer Consejo Directivo el día 11 de septiembre de ese mismo año.

Inicialmente, el Consejo Superior de Salud Pública estaba conformado por su presidente, Serafín Quiteño, su secretario, el Br. Rosendo Aguilar Chavarría, y nueve miembros propietarios, y sus respectivos suplentes, quienes

³² Ministerio de Salud, Historia, <http://www.salud.gob.sv/historia/>

conformaban el Consejo Directivo, estos pertenecían a las profesiones de Medicina, Odontología y Químico Farmacéutica.³³

Para su funcionamiento contaba con la subvención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien además había donado la mayor parte del equipo con que se trabajaba. Fue en noviembre de 1992, que la Asamblea Legislativa aprueba la “Tabla de Ingresos por Derechos” que cobraría el Consejo Superior de Salud Pública; a partir de esa fecha le permite contar con nuevas fuentes de ingresos para su funcionamiento, fortaleciendo de esa forma sus unidades organizativas. Con el pasar de los años y conforme a la Ley, el Consejo Directivo se constituyó con 23 miembros, tres de cada profesión relacionada a la salud, más su Presidente y Secretario.

En 1996, gracias al ahorro sostenido desde la entrada en vigencia del decreto antes mencionado, se pudo adquirir el edificio que actualmente alberga las oficinas administrativas y sus siete Juntas de Vigilancia.

1.5.4. Evolución Constitucional del Derecho a la Salud en El Salvador, a partir de la Constitución de 1950

La constitución de 1950 consolida la tendencia respecto de la constitución que acentúan el intervencionismo del Estado; en esta se introducen principios de la Democracia social. Se limita seriamente la autonomía de la voluntad, los derechos individuales dejan de ser absolutos y su regulación queda librada a la legislación secundaria, la cual no debe llegar a vulnerar el principio fundamental, pero si puede limitarlo seriamente. Se eleva a la categoría de

³³Consejo Superior de Salud Pública, en <http://cssp.gob.sv/> Institución/ marco institucional

Derechos Sociales, los que tienen que ver con la familia entre ellos el Derecho a la Salud.

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 el restablecimiento de la salud por que se estima esta como el don más preciado del hombre; la salud de un pueblo la constituye la condición indispensable para su progreso y todo gobierno que propenda a tal fin tiene que procurar mantenerse a la altura de los progresos de la ciencia, para asegurar a sus gobernados el pleno goce de la salud”.

En las constituciones de 1950 y 1962 se incrementó notablemente el papel del Estado en la vida económica y social. En vista de que las disposiciones sobre la salud en las constituciones de 1950 y 1983 son similares, salvo algunas excepciones se tratara de forma más extensa en el siguiente apartado. ³⁴

1.5.5. El Derecho a la Salud como Bien Público, desde la perspectiva constitucional actual.

Constitucionalmente fue hasta en 1950 que se consideró, que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público.³⁵ En este sentido se podría interpretar que la Constitución al referir, que la salud es un bien público, significa que ese estado de completo bienestar físico, mental y social que va más allá de la sola ausencia de afecciones o enfermedades, como diría la

³⁴ Manuel Portillo, “Fundamentos del Proceso de Reforma del Sector Salud en El Salvador”, (2005, El Salvador), Pág.26.

³⁵ Constitución de El Salvador, (Asamblea Constituyente, El Salvador 1983)

Constitución de la OMS, debe ser disfrutado por todos los habitantes de la Republica como aspiración de la sociedad salvadoreña.

Hay en esto un interés comunitario y meramente oficial del Estado o particular de los individuos. La sociedad, toda íntegramente considerada debe propiciar el logro de ese estado de salud, por eso la Constitución dispone en su Art. 65 que “El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”. Ahora bien, en la Constitución se encuentra otra disposición en el Art. 1 que establece como obligación del Estado el asegurar a los habitantes de la Republica, entre otros bienes, la salud. Correlativamente, y visto desde el punto de vista del titular activo de la obligación, un postulado de esta naturaleza implica que la salud es un derecho que se tiene frente al Estado. Aparentemente este concepto del derecho la salud, resulta contrario al anteriormente expuesto de la salud, bien público, porque en este último supuesto tanto el Estado como las personas están obligados a velar para su conservación y restablecimiento.³⁶

Resulta entonces que la salud seria tanto respecto de los habitantes de la República como el Estado, un derecho y un deber a la vez, lo que es inadmisibles porque el derecho deja librado a su ejercicio a la decisión del titular en tanto que el deber es obligatorio, no es de cumplimiento potestativo.

De ambas disposiciones, de su relación con los demás referentes a la salud, y de lo expresado en la exposición de motivos de la Constitución de 1983 que dice “Dentro de la concepción del Estado que sustancia el proyecto organizado para la consecuencia de los valores de justicia, seguridad jurídica y bien común, de beneficio de la persona lo obliga a velar por la salud de los

³⁶ *Ibíd.*

habitantes de la Republica. La salud es, a juicio de la Comisión, uno de los factores más determinantes en la consecución de este bien común que se valora como una de las metas finales de la organización estatal.

“La persona humana no es un ser abstracto sino viviente, cuyas necesidades primarias son corporales” en tal sentido, la salud, tanto preventiva como curativa, es parte de los medios que el Estado debe promover para la realización de sus propios fines. La realidad salvadoreña hace que el Estado tenga que definir y aplicar determinadas políticas de salud” ... “por eso, el proyecto establece con claridad que la política nacional de la salud es determinada, controlada y supervisada por el Estado”, se puede concluir que la conservación y restablecimiento de la misma son un deber de carácter público y, por tanto, una función estatal.

Cabe agregar, que se modificó el Art. 65 ampliándose el área de sujetos obligados, dado que la expresión “personas” en nuestro léxico jurídico comprende todo sujeto de derecho. Por lo tanto, abarca no sólo a los individuos sino también a las personas jurídicas, tales como instituciones, sociedades y demás. Otro cambio importante en este artículo es la inclusión de un segundo inciso que establece la atribución del Estado de determinar, controlar y supervisar la política nacional de salud.

De acuerdo con el artículo 66 de la Constitución, al Estado le corresponde proporcionar asistencia gratuita a los enfermos que carecen de recursos y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible, caso en que los individuos están obligados a someterse al mismo. Lo anterior no obstaculiza que esa promoción y protección sean hechas o presentadas por entes descentralizados, como es el caso del Instituto Salvadoreño del Seguro

Social, o por particulares. En este último caso corresponde al Estado la función de control y vigilancia.

En cuanto al artículo 67 se amplió el número de carreras relativas a la salud, añadiéndose las paramédicas y la administración hospitalaria. En el artículo 68 se incluyeron como miembros del Consejo Superior de Salud Pública, representantes de la profesión química y medica veterinaria. Formalmente se añadió un artículo nuevo, el 69 que obliga al Estado a establecer el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS DOCTRINARIOS DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

En éste capítulo se desarrolla los aspectos doctrinarios de los derechos y deberes de los pacientes los cuales tienen su cimiento en el derecho a la salud y en los derechos humanos.

Entre el catálogo de derechos se puede mencionar: derecho de atención, derecho de igualdad y no discriminación, derecho de confidencialidad, derecho de consentimiento informado, derecho de segunda opinión, derecho de medicamentos, derecho a la privacidad, derecho a conocer costos, entre otros.

Con respecto a los deberes de los pacientes existe un desarrollo menor que el de los derechos, estos guardan relación con la colaboración que debe presentar el paciente en cuanto a los cuidados y tratamientos, así mismo al respeto que debe tener para dirigirse a los prestadores de servicios de salud.

2.1. Generalidades del derecho a la salud

La salud es un término con acepciones³⁷ que divergen entre sí de acuerdo a la disciplina a que esté relacionada, por lo que es necesario comprenderlas desde cada una de las definiciones más aceptadas, entre las cuales cabe mencionar:

³⁷ Definición de Salud, <https://definicion.de/salud/>

Desde el punto de vista sociológico, la salud “es el normal desenvolvimiento de las funciones psicológicas y biológicas humanas donde la salud es objeto de la protección del derecho”³⁸

Desde el punto de vista jurídico, Manuel Osorio en su diccionario establece: “La Salud representa el estado sanitario en que se encuentra la población de un país, una región, o localidad, que en otro sentido del mismo hace referencia al conjunto de servicios públicos o privados que tienen por finalidad mantener o mejorar el buen estado sanitario tanto en lo que se refiere a la sanidad preventiva como en la medicina curativa”.³⁹

Desde la perspectiva internacional según la Organización Mundial de la Salud para la cual “es un estado de completo bienestar físico, mental, y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.⁴⁰

De acuerdo a las acepciones que componen el Derecho a la Salud, podemos formular lo que en su conjunto significa: El derecho, elemento regulador de todas las relaciones humanas, se caracteriza en el Sector de Salud por el establecimiento de una serie de vínculos interpersonales que han propiciado la aparición de un conjunto de regulaciones, disposiciones y leyes propias de este sistema. Sin embargo, no existe una anuencia en el ámbito internacional sobre las características inherentes a una rama del derecho centrada en el tema de la salud, pues las diversidades en la concepción y ejercicio de la Medicina en los diferentes sistemas sociales dificultan la uniformidad de una doctrina el respecto.

³⁸ Diccionario de Sociología, 11ª Ed. reimpresión México, (1984)

³⁹ Manuel Osorio, Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas, y Sociales. (Edit. Heliastas, Buenos Aires, Argentina, 1984)

⁴⁰ Constitución de la Organización Mundial para la Salud, Revista Organización Mundial para la Salud tomo N°3, año XVII agosto (1998).

La génesis del derecho se explica por la propia actividad social del hombre, inherente a su propia cualidad humana, y por la necesidad de establecer un ordenamiento o regulación a las acciones que de ella se derivan. Por ello, el derecho, como elemento regulador de las relaciones sociales, reviste una importancia especial en todas las acciones humanas.

Es fácil comprender pues, el origen y desarrollo de un sistema que debe no sólo considerar sino también regular, todas las facetas de las complejas y siempre cambiantes relaciones humanas. Y en este amplio aspecto de interacciones, se ha fomentado y consolidado uno revestido de connotaciones muy especiales determinado por las complejidades propias del Sector de la Salud y lo singular de las relaciones que genera, propiciatorias de la aparición de un conjunto de regulaciones, disposiciones y leyes propias de este sector.

En el contexto del Sector de la Salud, las relaciones que se establecen entre el médico y su paciente son sólo un aspecto de este entramado, que incluye también todas las situaciones o acciones que pueden influir en el estado de Salud de la población, bien sean determinadas por un factor de tipo ambiental o psicosocial. Es decir, se establece una relación activa por un lado y pasiva por el otro.

2.1.2. Definición del Derecho a la Salud y Derecho de Salud

El Derecho a la Salud puede ser definido como un derecho humano y un derecho social en cual se regula las relaciones jurídicas que tienen por objeto la Salud humana y su protección, entendida la Salud como una actitud de armonía que abarca los estados de completo bienestar físico, mental y social, logrado en un medio ambiente que garantice la sostenibilidad de este equilibrio.

Por tanto, es fácil entender que el Derecho de la Salud es un concepto o categoría mucho más abarcador que el usualmente utilizado de Derecho Médico, ya que el término Derecho de la Salud comprende relaciones jurídicas en las que la tradicional relación médico-paciente no está necesariamente presente, como es el caso de las políticas sanitarias o acciones que pueden influir en el estado de Salud de la población, bien sean determinadas por un factor de tipo ambiental o psicosocial y otras que se apartan de los procedimientos médicos más específicos.⁴¹

El Derecho a la Salud se considera; desde hace mucho tiempo, un derecho humano básico, si bien resulta evidente que no es posible garantizar a nadie ni la salud perfecta o completa ni la observancia plena del Derecho de la Salud como tal, se puede hablar del derecho a la atención de la salud.⁴²

Por lo general, se considera que la atención de la salud comprende una variada gama de servicios, protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación. En muchos casos, el fundamento jurídico de la legislación que versa sobre estas áreas reside en la capacidad que posee el Estado para proteger la salud pública o las condiciones sanitarias, atributo que ha sido reconocido desde las más antiguas civilizaciones.

Por otro lado, desde el punto de los derechos sociales el Derecho a la Salud se considera como un Derecho Social que tiene toda persona humana a que se le garantice y proteja respecto a la salud como una obligación del Estado a proporcionar dicho beneficio; la salud comprende el bienestar físico mental y

⁴¹Carlos González Díaz, *“Entorno a una definición sobre el Derecho a la Salud”*. Escuela Nacional de Salud Pública, (La Habana Cuba, s.e., 2005), p. 1-5.

⁴² *Ibíd.*

social como aspectos para ejercer normalmente todas las funciones del ser humano.

Según la Constitución de la OMS afirma que el goce del grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, el derecho de salud exige un conjunto de criterios sociales que propician la salud de todas las personas.

2.2. Naturaleza Social del Derecho a la Salud

La naturaleza Social del Derecho a la Salud implica cuatro dimensiones de importancia, las cuales son: la igualdad y universalidad de la atención, integración, participación y eficiencia.

La igualdad exige un compromiso, por razones de justicia social, para remediar los casos de inequidad profundamente arraigados y un esfuerzo para que cada persona de una sociedad determinada pueda ejercer su Derecho a la Salud, ofreciéndole un acceso igual y adecuado a los servicios necesarios.

La integración se refiere conjuntamente:

- a) Las medidas de salud, los niveles de atención y la continuidad de la atención,
- b) A la salud en el proceso de desarrollo. El primer aspecto amplía la noción de igualdad como el derecho a la atención integral y el pronto acceso a todos los niveles de atención, según la necesidad.

En consecuencia, se refiere a la igualdad en la calidad de la atención, conservación y promoción del Derecho a la Salud para que cada persona se

realice al máximo. El segundo, se refiere a la salud como responsabilidad intersectorial y su elevación a la máxima expresión de bienestar.⁴³

La participación significa el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad entre los servicios y sistemas de salud, la sociedad, individuos, grupos, comunidades y organizaciones.

La eficacia permite emplear los recursos disponibles de la manera más apropiada para que sean adecuados para prestar servicios de salud que permitan atender verdaderamente las necesidades reales y crecientes de la población.

Las dimensiones anteriormente planteadas se transforman en condiciones sociales sobre las que se fomenta el acceso universal a la salud, que es un derecho de todas las personas, así como una responsabilidad de estas y del Gobierno.

Existiendo estas cuatro dimensiones frente a este Derecho, existe como contrapartida un deber, surgiendo ante ello la cuestión sobre qué responsabilidad podemos hallar enmarcado el Derecho a la Salud, y encontramos tres tipos de responsabilidad que son:

- 1) Responsabilidad Penal: cuando se ocasiona la muerte o un daño que afecta directamente al paciente, se puede responder penalmente, lo cual está regulado en el Código Penal, con respecto a la administración de este

⁴³ Iris Fidela Flores Martínez, Raquel Xiomara Herrera Rivera, Yesenia Patricia Vásquez Moran, "La prestación de Servicios de Salud Pública Gratuita en Zonas Rurales de Escasos Recursos Económicos desde la Perspectiva de la Constitución de la Republica. (*Tesis de grado*, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad de El Salvador, 2007).

derecho, el Estado responde a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio de sus dependencias.

- 2) Responsabilidad Administrativa: esto implica que el daño o la muerte ocasionada, ha sido por la mala administración o por los problemas que se dan internamente en hospitales o unidades de salud, aquí la responsabilidad es para los funcionarios públicos, aunque para la administración pública en sí, la responsabilidad es muy relativa, y en muchos casos se limita a la destitución, como último recurso o, en otros casos a la suspensión temporal de sus empleos o funciones, así como multas.
- 3) Responsabilidad Civil, esto es cuando se ocasiona un daño pecuniario y el funcionario puede responder civilmente por sus actos que ocasionaron el daño, pero esto en el Derecho a la Salud no tiene eficacia.

2.3. Naturaleza Jurídica del Derecho a la Salud.

El concepto del derecho a la atención de la salud surgió a consecuencia de la revolución industrial, con la industrialización y la posibilidad de disponer de medios más eficaces para diagnosticar y tratar enfermedades.⁴⁴

La salud es, desde el punto de vista señalado anteriormente, considerada como un derecho individual y un derecho social; es individual por incluir la protección de la integridad, identidad e intimidad del individuo y social porque

⁴⁴ El Derecho a La Salud en Perspectiva de Derechos Humanos, www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/07/El-derecho-a-la-salud.pdf

implica la interacción activa y la responsabilidad de la sociedad y del estado en la observancia y protección de ésta.⁴⁵

No obstante, es oportuno señalar, que el tema de la naturaleza jurídica del Derecho a la Salud es, actualmente, uno de los más controvertidos en esta disciplina, por no existir en el ámbito internacional consenso sobre ello, ni unanimidad respecto de los cuerpos legales que lo conforman, aunque pueden definirse, de forma muy general, tendencias esenciales sobre el tema: 1) El Derecho a la Salud como derecho meramente individual, 2) El Derecho a la Salud como derecho individual y social.

La primera de estas acepciones parte del hecho de que la salud es una responsabilidad solamente individual y excluye de su contexto la participación de la comunidad y el Estado. Esta línea de pensamiento omite la importancia de la comunidad y su participación como elemento importante y definitorio en el logro y mantenimiento del estado de salud, en franca contradicción con la naturaleza del ser humano como ser social y las múltiples interacciones que de ella se derivan, y desdeñan, además, el derecho a ser protegido por el Estado y la concepción de la salud como bien público superior.

La segunda tendencia parte de concebir el Derecho a la Salud como una suma de componentes individuales y colectivos, con la participación activa de la sociedad, lo que se ajusta los conceptos más novedosos en materia de salud.

Esta corriente se genera tomando como punto de partida la aceptación del hombre. Como componente individual en la relación de salud y su inserción

⁴⁵ Flores Martínez, y otros "La prestación de Servicios de Salud Pública Gratuita en Zonas Rurales de Escasos Recursos, (*tesis de grado*, El Salvador, 2007).

dentro de una colectividad y una comunidad como sujeto de esta propia relación.

2.4. El Estado de Derecho y los Derechos de los Pacientes

El Estado de Derecho se caracteriza por un respeto al ciudadano garantizado por la separación e independencia de Poderes (Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Poder Judicial).

El Principio de Legalidad en su acepción tradicional garantiza que la vida social se rige por leyes escritas que solo se aplican tras su aprobación, estas emanan del Poder Legislativo y, por tanto, de la ciudadanía, al estar compuestas las Cámaras legislativas por representantes salidos de la voluntad popular.

El Estado de Derecho, y el principio de legalidad que en su acepción moderna implica la sujeción al ordenamiento jurídico en general, además, protege y garantiza determinados derechos históricamente consideramos como "fundamentales". Estos son el derecho a la vida, a la dignidad de la persona, a la libertad, etc. y que conllevan, a su vez, otros reconocimientos a ellos vinculados. Así la dignidad de la persona, reclama la protección de su intimidad y el derecho a su propia imagen; la libertad se asocia al derecho de elegir libremente lo que considere más favorable para sí misma y de aquí se deriva la llamada Autonomía que es en sí misma llevar a la práctica esta expresión de la propia libertad.

De la dignidad universal e igual para todas las personas se deriva igualdad de oportunidades, la igualdad de trato o el genérico Principio de Justicia que debe buscar la distribución equitativa para todas las personas. Desde esta base emerge el reconocimiento al derecho a la vida, a la libertad, a la propiedad, y

a la protección de la salud. Ya con estos antecedentes y situándonos a finales del S. XX, es cuando en un denominado Estado de Bienestar, tienen cabida dentro de la relación médico-paciente, el Principio de Autonomía y su ejecución práctica, el Consentimiento Informado, que permite aceptar, rechazar o prever pautas (a través del testamento vital), que se van a seguir en el contexto de la asistencia sanitaria.

El enfermo es el mejor juez de sus propios intereses". Los principios de Autonomía, Justicia y Beneficencia son los que en definitiva nos marcan la ética en la labor médica, y los derechos a la Información, a la Intimidad y a prestar Consentimiento previa información, los que justifican este estudio.⁴⁶

La aceptación del consentimiento informado y los derechos de los pacientes ha significado una democratización de la relación clínica. El derecho a la gestión de la salud del cuerpo ha constituido una revolución cultural sin precedentes. Por ello la importancia actual de los derechos de los pacientes, viene en relación directa al avance en este terreno.

Hace solo unas décadas no se daba la vinculación entre derechos humanos y la relación médico-paciente. Actualmente, tienen un espectro universal y por tanto deberían tener un reconocimiento de la misma índole.

En un espacio corto de tiempo, esta meta será una realidad. Pero, tal vez, al estar hablando de una materia que afecta a la generalidad de la población, esta misma razón, que es su motivo de avance, se convierta en un motivo de "retroceso práctico", por la amplitud del campo al que afecta.⁴⁷

⁴⁶ Gómez, Historia de los Derechos de los Pacientes (2014).

⁴⁷ *Ibíd.*

Los Derechos de los pacientes encuentran mayor protección si se encuentran recogidos en la legislación general de un país, que no precise una protección legal específica y especial. Además, el paciente no abandona en ningún momento su condición de persona por serlo, y si los derechos de las personas están garantizados, encontraremos más seguridad para la consecución de los primeros.

La relación médico-paciente se basa en unos mínimos exigentes, como el no incurrir en negligencia, impericia o imprudencia, y unos máximos, que aspiran a la excelencia. Hoy en día a la profesión médica el Estado les exige unos mínimos por ley y los máximos consistirían en un matiz de calidad en la manera de ejercer libremente su actividad, lo que implica la intervención del plano moral,⁴⁸ las normas legales tienen como objeto evitar el daño, el abuso o perjuicio que pueden causar unas personas sobre otras, lo que sería el nivel de mínimos respecto a la exigencia; desde la Ética se da un paso más en este nivel de exigencia, lo que caracteriza a la conducta médica como una búsqueda de la calidad y la excelencia en la actuación profesional.

2.5. Los Derechos de los Pacientes

La frase “derechos de los pacientes” se entendió en su origen como el logro de la autonomía que el paciente pasó a ostentar en el ámbito biomédico.⁴⁹

Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud y enfermedad. Se trata del ser humano en su condición de paciente el cual necesita que sean respetados sus

⁴⁸ Gómez, Historia de los Derechos de los Pacientes, (2014)

⁴⁹Ibíd.

derechos humanos fundamentales: a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la libertad, a la información, a la identidad, a la intimidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado, a la verdad, a una muerte digna, y otros.⁵⁰

La atención sanitaria comprende un amplio grupo de servicios que se ocupan de la promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, atención y rehabilitación. En consecuencia, el paciente se encuentra con una pluralidad de profesionales de la salud y desempeñando una gran variedad de roles, desde persona enferma y dependiente a usuario que recibe consejo, o consumidor de productos sanitarios. Además, esta variedad de roles del paciente implica un continuo de estados de salud, desde el bienestar total a la incapacidad permanente o enfermedad terminal.

En el sistema de los derechos de los pacientes, debe hacerse una distinción entre los derechos sociales y los derechos individuales.

Los derechos sociales en la atención sanitaria, hacen referencia a la obligación social del Estado y a otras entidades públicas o privadas, de proveer una atención sanitaria razonable en el sector de la salud pública para toda la población. Lo que se considera razonable en términos de volumen y oferta de servicios disponibles y el grado de sofisticación, tecnología y especialización dependerá de factores políticos, sociales, culturales y económicos.

Los derechos sociales también suponen un acceso igual a la atención sanitaria para todos aquellos que vivan en un país y la eliminación de barreras

⁵⁰Oscar E. Garay, *de los Derechos fundamentales pacientes*. (Buenos Aires, Ad-HOC, 2003).

discriminatorias injustificadas, ya sean económicas, geográficas, culturales, sociales o psicológicas. Los derechos sociales son utilizados colectivamente y hacen referencia al nivel de desarrollo de la sociedad en particular. En cierta medida, están sujetos al juicio político referente a prioridades para el desarrollo de una sociedad concreta.

Por el contrario, los derechos individuales en materia de atención al paciente se expresan con mayor facilidad en términos absolutos y cuando se transforman en algo operativo pueden ser defendidos en nombre de un paciente concreto. Estos derechos cubren áreas como la integridad de la persona, su privacidad y convicciones religiosas.

Todas las personas tienen derecho de recibir atención sanitaria adecuada a las necesidades de su salud, incluyendo cuidados preventivos y actividades dirigidas a promover la salud.

2.5.1 Concepto de Enfermo, Paciente y Usuario

2.5.1.1. Enfermo

La palabra enfermo tiene su origen en el latín "in firmus" sin firmeza. Se relaciona con el concepto clásico de enfermedad, como proceso que afectaba a la persona, de tal manera que la convertía en un ser frágil, necesitado, dependiente y sin capacidad para comprender y decidir. De ahí el considerar que la persona enferma carecía de firmeza y de entendimiento sobre lo que era más favorable para su mejoría o curación.⁵¹

⁵¹ María de la Encarnación, González Hernández, *"la protección de los derechos de los pacientes en la Unión Europea: Legislación Comparada"*, tesis doctoral (Edit. de la Universidad de Granada España 2009).

Por ello, la capacidad de decidir la tenía el médico, al que se consideraba, según la Ley Natural, como "ser superior", asimilado a los filósofos y gobernantes. En esta relación desigual, el enfermo encontraba su dignidad en su confianza y respeto hacia el médico.

Al mismo tiempo, la propia posición de superioridad produjo en los médicos la reflexión moral de buscar la mayor calidad en su conducta profesional, guiándose por el Principio de Beneficencia, cuyo fundamento está en ponerse en el lugar del enfermo y actuar y decidir sobre lo más favorable como si fuera para sí mismo.

La beneficencia como principio de actuación de los médicos ha estado vinculada a la palabra "enfermo" hasta el último cuarto del siglo XX. Como señala Ataz López, fue ya en los años 80 cuando se empieza a defender la palabra paciente, más próxima a la realidad jurídica de las personas que solicitaban asistencia sanitaria.⁵²

2.5.1.2. Paciente

Es el término más utilizado en los últimos 20 años. El cambio terminológico ha ido paralelo al reconocimiento de la libertad de la persona para elegir lo que se considere más favorable para sí misma; esta libertad para valorar y elegir está en la base del Principio de Autonomía. Todo esto ha sido fundamental en la relación asistencial, la autonomía del paciente hace imprescindible contar con su consentimiento para realizar cualquier intervención o actuación que recaiga sobre su cuerpo.

⁵² González, *“La protección de los derechos de los pacientes en la Unión Europea: Legislación Comparada”*, (España 2009).

El concepto de paciente se ha definido considerando que se es "paciente" cuando se requieren "cuidados profesionales" para recuperar la salud. El requisito, por tanto es padecer un trastorno, cuadro clínico o enfermedad que lleva a la persona a necesitar de los médicos para que a través de la entrevista, exploración, pruebas etc. se pueda establecer un diagnóstico y prescribir y administrar un tratamiento con el propósito de recuperar la salud.⁵³

2.5.1.3. Usuario

El término usuario es más reciente y ha venido vinculado a la salud como servicio social universal y un bien dispuesto para ser usado. Así, entre los derechos reconocidos en la asistencia sanitaria está el conocer la cartera de servicios o prestaciones a las que se puede acceder en relación con el mantenimiento y la recuperación de la salud. Es decir, hacer uso de los servicios asistenciales es un derecho, y la persona que así lo hace es un usuario.

También ha sido definido este término considerando, que se es usuario cuando utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria. Sin embargo, los términos no son excluyentes y la misma persona unas veces puede hacer el papel de paciente y otras de usuario, pero el ser uno u otro puede tener importancia médica y legal en cada caso, ya que, en situación de enfermedad, de demanda de cuidados profesionales médicos y de actuaciones intervencionistas puede existir mayor obligación de actuar, y mayores riesgos que en situaciones meramente preventivas o de demanda informativa.

⁵³ Ibíd.

2.6. Clasificación de los Derechos de los Pacientes

Resulta complejo establecer una única clasificación de los derechos de los pacientes ya que estos pueden variar según las leyes establecidas por cada país, sin embargo, las legislaciones coinciden conforme a tres conceptos básicos, a partir de los cuales se derivan los derechos del paciente: vida-salud, dignidad, y libertad-autonomía.

A continuación, se desarrollan los derechos de los pacientes tomando en cuenta el catálogo los derechos de la LDDyPSS.

2.6.1. Derecho de Atención

Los pacientes tienen derecho a recibir asistencia sanitaria y medicamentos necesarios para su salud, a ser atendidos dentro de un plazo adecuado a las características de su proceso patológico y de acuerdo a criterios éticos y de equidad y a solicitar una segunda opinión médica en los procesos que marca la ley.⁵⁴

La atención sanitaria debe ser la adecuada a la enfermedad del paciente. El paciente siempre tiene derecho a un servicio médico profesional e institucional, ético e idóneo. Lo que varía es el tipo de prestación médica, la cual debe estar de acuerdo con la enfermedad que padezca el enfermo.

El profesional del equipo de salud debe proporcionar el servicio médico-científico correcto, y utilizar el instrumental tecnológico adecuado a la

⁵⁴Portal de información de los pacientes MSD, España <https://www.msdsalud.es/mas-informacion/politica-privacidad>.

naturaleza de la enfermedad en cuestión, para lograr efectividad y eficiencia en su trabajo.⁵⁵

La dignidad del paciente exige que la atención médica no sea cualquier asistencia, sino una atención médica de buena calidad. Una asistencia médico- sanitaria de buena calidad debe ser aquella que “supera lo común”, que evidencia superioridad o excelencia.

2.6.2. Derecho a Trato Igualitario

La libertad, la dignidad, como la justicia, requieren del principio de igualdad. Si a todo hombre debe reconocérsele los derechos fundamentales, entonces, todos los hombres participan de una igualdad elemental de status en cuanto personas.⁵⁶ Tal es el concepto básico de la llamada igualdad civil, consistente en eliminar discriminaciones arbitrarias entre las personas. La igualdad importa un grado suficiente de razonabilidad y de justicia en el trato que se depara a los hombres.⁵⁷

En relación a la salud, la igualdad implica actitudes / acciones activas de parte del Estado, de las instituciones de la salud (también de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga) y de los profesionales del equipo de Salud,

⁵⁵Juan Carlos Tealdi, *Diccionario de Latinoamericano de Biótica*, (Colombia 2007).

⁵⁶Carlos E. Colautti, *Derechos Humanos*, (Buenos Aires, 1995), p. 17)

⁵⁷Germán Bidart Campos, *Manual de la Constitución Reformada*, (Edt. Buenos Aires, 1996), p. 529. El prestigioso constitucionalista nos dice que “conviene advertir que la igualdad elemental que consiste en asegurar a todos los hombres los mismos derechos requiere, imprescindiblemente, algunos presupuestos de base: a) Que el Estado *remueva* los *obstáculos* de tipo social, cultural, político y económico, que limitan “de hecho” la libertad y la igualdad de todos los hombres; b) que mediante esa remoción exista un orden social y económico justo, y *se igualen las posibilidades* de todos los hombres para el desarrollo integral de su personalidad; c) que a consecuencia de ello, *se promueva* el acceso efectivo al goce de los derechos personales de las tres generaciones por parte de todos los hombres y sectores sociales.

tendientes a eliminar las barreras que discriminan, lesionando el valor igualdad, lo que implica daño a la persona humana.

El paciente tiene derecho a recibir por parte de todo el personal de la institución un trato digno, amable y respetuoso. A no ser discriminado en razón de su raza, convicciones políticas, religiosas o situación económicas, salvo la adecuada estratificación de servicios por costos. A que se le brinde atención sanitaria con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con su condición sociocultural, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares y acompañantes. De manera práctica, el personal del establecimiento asistencial, durante la atención directa, utilizará lenguaje adecuado y comprensible para el paciente y sus familiares, trato amable, y se presentará indicando su nombre, cargo, función que desempeña y motivo por el cual se presenta en la sala del paciente.⁵⁸

2.6.3. Derecho a la Información

El término Información en el contexto de la relación médico-paciente se asocia a la comunicación imprescindible y necesaria que debe existir entre el médico y el paciente y/o sus familiares.

La información es múltiple y pluridireccional, en el inicio de la relación la información la proporciona el paciente y la recoge el médico, esa información primera es la base de las decisiones que el médico toma para llegar a su fin primordial, acertar con el diagnóstico y poner el tratamiento adecuado.

⁵⁸ Dr. Luis Tisne Brouse, Revista de Obstetricia y Ginecología “*Derechos de los Pacientes*” Hospital Santiago Oriente, Vol. IV, 3: 185-188, (2011).

Cuando el médico dispone de los datos suficientes como para poder sentar las hipótesis sobre la patología que puede afectar al paciente, ha llegado el momento de ser él el que informe al paciente de las pruebas diagnósticas complementarias, que servirían para apoyar un Juicio diagnóstico, a ser posible, de certeza. Como se ve, se trata de una Información-red de la comunicación entre médico y paciente. Esta es una fase previa y de mayor recorrido histórico que la actualmente considerada Información-consentimiento, en la que la transmisión de datos va ligada a la obtención del consentimiento del paciente para la actuación médica.⁵⁹

La información que el médico transmita será sencilla y clara, y referida a las ventajas e inconvenientes de cada prueba, así como hacia lo que se espera de estas pruebas de cara a que, tanto el resultado negativo como el afirmativo, se valoren respecto al diagnóstico que se sospecha.

Se trata de una corriente de comunicación verbal, visual, gestual, etc., que está en la esencia de la relación médico-paciente, tanto en visitas puntuales y relativamente cortas, como cuando se trata de relaciones continuadas en el tiempo, como sucede con los periodos de hospitalización.

Durante la hospitalización, se debe mantener la comunicación entre el médico y el paciente a través de la diaria visita/exploración, en la que se valora la evolución del paciente y se le informa de las incidencias habidas, pruebas recibidas, interpretación de las mismas, cuestiones nuevas que se derivan de los resultados que se vayan recibiendo, etc.⁶⁰

⁵⁹ González, *“La Protección de los Derechos de los Pacientes en la Unión Europea: legislación comparada”*, Granada, España, (2009).

⁶⁰ *Ibíd.*

Para que esta información se transmita de forma integrada y coherente, se ha designado la figura del "médico responsable" del paciente. La asistencia sanitaria actual pivota sobre un equipo en el que cada profesional cumple sus funciones durante su turno de trabajo o proporcionando sus cuidados, más o menos especializados, cuando estos son necesarios; por ello, es preciso que, aunque sean varias las personas que prestan asistencia, el paciente, para su confianza y su seguridad, identifique a un médico en particular como "su médico" y que éste esté al tanto de todos los aspectos científicos y personales del paciente.

Sin embargo, cuando se vaya a realizar una prueba específica, con una técnica específica y unos riesgos reconocidos, también específicos, será el profesional que realice esta prueba el que informe de manera expresa al paciente de todo lo que considere necesario para que éste de forma libre acepte someterse a la prueba, asumiendo los riesgos de la misma.

Pero no se puede ser idealistas en exceso y dejar que recaiga toda la responsabilidad en la figura de facultativo que proporciona la información y recoge la firma del paciente. Se puede dar una información clara y que la otra parte no esté en condiciones de recibirla objetivamente, que es un rasgo esencial para una valoración correcta en cualquier ámbito de la vida. Sobre quien recae el riesgo, también debe recaer la posibilidad de decisión.

Esta es, aunque simple, la razón de la autonomía del paciente. Pero al mismo tiempo es la responsabilidad de paciente en sus decisiones y en ello radica el problema. Ante resultados no deseados, el paciente debe enfrentarse, además de con los resultados, con su responsabilidad y de la propia esencia humana se intentará siempre buscar otro sujeto sobre el que recaiga dicha responsabilidad. Los requisitos mínimos que debe reunir la información, para

posteriormente otorgar un consentimiento válido, deberían ser lograr la comprensión por parte del paciente y para ello proporcionarla en un lenguaje claro; explicar lo esencial, obviando detalles que lleven a confusión, y considerar la especial situación por norma, en la que dicha información se recibe.

La sobre información, lejos de ayudar en la toma de una decisión autónoma y libre, podría derivar en crear una mayor confusión. Por ello se incide, de forma general en la utilización de un vocabulario, lo menos técnico posible.

Pero la capacidad de comprensión por parte del paciente, está sujeta, no solo a un lenguaje "cultural", también a una presión psicológica en razón a cuanto más seria o complicada sea la intervención en el ámbito de su salud, e incluso estamos tratando su propia supervivencia, en unas condiciones futuras, más o menos optimistas, en razón a su elección.

El enfermo debe recibir del profesional sanitario la información necesaria para tomar una decisión razonada, con un conocimiento adecuado de la situación en que se encuentra, sin que sea suficiente la autorización formal para una determinada intervención si no va precedida de la cumplida y adecuada información.

Como también recogen los expertos en derecho médico la información suministrada debe ser en lo técnico aproximada e inteligible, de acuerdo con la cultura del paciente; en las complicaciones y riesgos veraz y leal, y justa en los resultados que se espera alcanzar.

El deber de informar se mantiene todo el tiempo que el paciente esté bajo los cuidados del médico. Se debe proporcionar en función de lo que el paciente y

la familia deseen, en un ambiente tranquilo y advirtiendo de los riesgos más usuales, los conocidos como riesgos típicos.

A medida que el riesgo aumente, lo hará de la misma forma la información a proporcionar y, con ello, la ampliación de la información de los riesgos, no solo los más corrientes, sino los que más raramente ocurren, los llamados riesgos atípicos.

El contenido de la información dependerá de la clase, gravedad y necesidad del tratamiento, así como de las circunstancias a las que el paciente atribuya importancia para su resolución o que puedan desempeñar un papel en su sensata consideración para la toma de su decisión.

Quedarían fuera de esa obligación los riesgos imprevisibles y, en cualquier caso, en muchas ocasiones se deja a criterio del profesional sanitario la decisión de la cantidad de información que debe suministrar, atendiendo a las circunstancias del caso y a la formación del paciente.

2.5.4. Derecho de Consentimiento Informado

Según la doctrina el derecho de consentimiento informado se define como el derecho de libre elección/decisión del paciente, entendido como el reconocimiento general a su autonomía.⁶¹

El derecho de autodeterminación incluye el derecho a aprobación o rechazo de curación, tratamientos a la libre elección de médico, a participación en el proceso asistencial, y a tratamientos de medicina alternativa.

⁶¹ Patricio Santillán, El Consentimiento Informado en la Biomedicina, (México, 2018)

El consentimiento es la expresión por parte del paciente, de su conformidad libre voluntaria y consiste manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta su salud. ⁶²

El paciente tiene derecho a la claridad y accesibilidad a la información sobre su estado de salud y los métodos de su tratamiento, las actividades médicas deben realizarse después de que el paciente exprese su consentimiento informado. Si es menor o padece limitación, será necesario, además de su informe consentido, el de su padre o tutor. Si es menor o incapaz judicialmente, el consentimiento será expresado por su padre o tutor en los casos previstos en la ley.⁶³

Toda persona, previamente informada y orientada, tiene Derecho a elegir libremente de manera individual y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar planes, procedimientos y tratamientos especializados, basándose en una información adecuada y completa que el personal de salud debe proporcionar. La persona que no confíe en el servidor público tiene derecho a que se le designe otro, cuando fuere procedente y la capacidad instalada lo permita.

Se puede mencionar ocho puntos esenciales del derecho al consentimiento informado:

1. El respeto de la autonomía del individuo, implica que es libre para tener un papel activo y totalmente independiente en el procedimiento de la toma de

⁶²Sandy Agnase Pérez Ordoñez, Francis Victoria Castro, “Análisis Doctrinario y Jurídico de los Derechos del Paciente en las Instituciones de Salud Pública del Estado de Guatemala”, (*tesis de grado*, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Guatemala, Guatemala, año 2011).

⁶³ *Ibíd.*

decisiones. Esto implica la responsabilidad de proporcionar una información completa por parte del facultativo y un entendimiento de dicha información por parte del paciente.

2. La comprensión de la información para tomar una decisión racional, encuentra más problemas en los menores. Los padres y el equipo médico deben asumir el papel de abogados competentes en su favor.

3. El Principio de beneficencia se define por "no hacer ningún daño ", un sello del juramento hipocrático, y debe aplicarse en todos los casos. La práctica médica exige con frecuencia un compromiso entre la ventaja y el daño, especialmente con respecto a procedimientos intervencionistas y a terapia de droga, pero siempre en interés del paciente. Por lo tanto, en la práctica, puede ser perfectamente aceptable emprender una terapia de riesgo elevado en un individuo completamente informado con tal de que haya una ocasión realista de ventaja razonable.

4. El respeto de la verdad preside la relación médico-paciente y no se puede mentir de forma voluntaria al paciente.

5. Todos los pacientes tienen derecho al secreto. Sin embargo, hay situaciones como en el caso de abusos físicos, que el acceso de la información confidencial sin consentimiento se puede justificar, ya que el hecho de no divulgarlo puede perjudicar al paciente.

6. La objetividad y el evitar alusiones raciales, religiosas, culturales, debe fundamentar las relaciones en el ámbito sanitario.

7. Prevalece el interés del paciente frente a terceros.

8. El consentimiento informado no es necesario simplemente para satisfacer requisitos médico-legales, sino que se trata de una decisión libre e informada sobre la salud. Llegar a ello encuentra problemas en el adulto competente cuanto más en los menores de edad.⁶⁴

2.5.5. Derecho a la Privacidad

La Real Academia Española ha admitido la palabra privacidad, con el significado de "ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión", a pesar de ello muchos normativistas mantienen la oposición a este término.⁶⁵

La información sobre el tratamiento del paciente, diagnóstico de enfermedad y previsión, así como la información que los médicos han adquirido en el proceso asistencial sobre su vida privada o sus parientes más cercanos, será confidencial.

La información sobre el paciente se puede usar en la investigación científica sólo si el anonimato del paciente es garantizado o si se cuenta con su aprobación.

La preocupación legislativa de la mayoría de países que cuentan con normativas sobre derechos de los pacientes va encaminada tanto a la protección de la privacidad y confidencialidad de los datos referidos a la salud del paciente, como a la protección de la intimidad en todo el proceso

⁶⁴ *Ibíd.*

⁶⁵ González, *“La Protección de los Derechos de los Pacientes en la Unión Europea: legislación comparada”*, Granada, España, (2009).

asistencial. No destaca en particular ninguna regulación y esto constituye un hecho importante, ya que el derecho que realmente se pretende proteger encuentra unanimidad de conceptos, a pesar de la complejidad de su aplicación práctica.

2.5.6. Derecho de Confidencialidad

Lo confidencial es, según el Diccionario de la Real Academia Española, “lo que se hace o se dice en confianza o seguridad recíproca entre dos o más personas”.

En el campo de la salud se relaciona con los conceptos intimidad, privacidad, confianza y secreto profesional. La confidencialidad reside en los datos que una persona brinda a otra en la creencia que los mismos serán resguardados.

La confidencialidad es quebrantada, cuando quien recepciona o es depositario de los datos que le fueron revelados (por ejemplo, por causa de su profesión: abogados, médicos) los revela a terceros sin justa causa. El secreto profesional, a su vez, es la contracara del derecho a la confidencialidad. Este se presenta como un derecho en cabeza del paciente.

Toda la información relativa a la salud de un paciente, que el profesional sanitario conozca en el ejercicio de su profesión, debe ser mantenida en secreto, salvo autorización del propio paciente.

Los profesionales de la salud y las instituciones deben tomar todas las medidas adecuadas para garantizar la confidencialidad de estos datos, cualquiera que sea el sistema utilizado para su almacenamiento.

2.5.7. Derecho a Formular Sugerencias y Reclamos

La persona tiene derecho a ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando esté disconforme por la atención recibida, sea de tipo médico, de enfermería u otros servicios de apoyo, así mismo tener fácil acceso a libros de reclamos y sugerencias u otros mecanismos similares para explicitar su insatisfacción o felicitaciones. Para ello se reconoce a toda persona el derecho a efectuar las consultas y reclamos que estime pertinentes, así como manifestar, en forma personal o por escrito, sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas. En este sentido ya se encuentran en funcionamiento, en el sector público, las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).⁶⁶

2.5.8. Derecho a Segunda Opinión

La segunda opinión médica es un nuevo informe en el que conste el diagnóstico o la propuesta terapéutica de un paciente afectado por alguno de los procesos recogidos en el decreto que regula segunda opinión médica realizado por profesional diferente del que emitió el primer diagnóstico o propuesta terapéutica.

2.5.9. Derecho a Conocer Costos

El paciente obtendrá información oportuna sobre los costos que deberá cancelar por sus pruebas o por los copagos establecidos por su entidad intermediaria antes de que se realice la respectiva facturación.

⁶⁶ Brouse, Rev. de Obstetricia y Ginecología “*Derechos de los Pacientes*”, Vol. IV, 3: 185-188, (2011).

Los profesionales en salud se encuentran obligados a informar al paciente el monto de sus honorarios antes de la realización de actos médicos, quirúrgicos o de cualquier otro tipo y no podrá negarse a suministrar al enfermo las explicaciones que éste requiera concernientes al monto de los mismos.

El ejercicio de la profesión da derecho al médico a percibir honorarios por los actos médicos que realice, el médico fijará la cuantía de sus honorarios tomando en cuenta las normas reglamentarias en la materia.

El monto de los honorarios deberá estar inspirado en el principio de justiprecio teniendo en cuenta la importancia y tipo de las prestaciones, la situación económica del enfermo, la experiencia profesional y otras circunstancias relacionadas con el acto médico.

2.5.10. Derecho a Medicamentos y otros

El acceso regular a los medicamentos esenciales es un derecho humano emanado del derecho fundamental en la salud por tratarse de elementos indispensables para la prevención de las enfermedades y su tratamiento. Sin acceso equitativo a los productos sanitarios necesarios para tratar las necesidades prioritarias, ha sostenido la Organización Mundial para la Salud (OMS), No es posible gozar del derecho fundamental a la salud.

2.5.11. Derecho a la Visita

El paciente que permanezca internado en un establecimiento sanitario tiene derecho a asistencia y consejo durante todo el tiempo que dure su estadía. Tiene derecho a pedir el apoyo a sus familiares y a mantener contacto con sus allegados si él lo desea.

Recibir y realizar visitas es un derecho y una necesidad de los usuarios, pero es necesario ordenar la estancia de los visitantes con la finalidad de garantizar el descanso, la tranquilidad, la seguridad, la intimidad y confort del paciente, así como el normal desarrollo de la atención sanitaria.

La tranquilidad y el descanso son fundamentales en el proceso de recuperación del paciente, por ello si unimos al incuestionable valor terapéutico de la visita, el orden, la estancia será más agradable y llevadera.

2.6. Los Deberes de los Pacientes

Con respecto a los deberes de los pacientes, existe un desarrollo menor que el entregado a los derechos. Los deberes de los pacientes guardan relación con la colaboración que se debe entregar, para que las acciones de salud resulten beneficiosas. Al hacerlo, se tiene en mente las perspectivas de los profesionales de la salud, así como las de los pacientes.

Esto implica la naturaleza complementaria de los derechos y deberes: Los pacientes tienen responsabilidades a la vez respecto a sí mismos y su propio cuidado como respecto a los profesionales de la salud, y estos últimos poseen la misma protección de sus derechos humanos que los demás.

Existe un concepto básico, acerca de que la articulación de los derechos de los pacientes hará a su vez que las personas se vuelvan más conscientes de sus responsabilidades cuando busquen y reciban atención sanitaria, y esto asegurará que la relación paciente/profesional de la salud esté marcada por el apoyo y respeto mutuos.

Los pacientes deben estar conscientes de las contribuciones prácticas que pueden hacer al funcionamiento óptimo del sistema sanitario.

Su participación activa en el diagnóstico y el proceso de tratamiento es a menudo deseable y algunas veces indispensable.

Siempre es importante que los pacientes proporcionen a los profesionales de la salud, toda la información necesaria y fidedigna para una adecuada historia clínica y diagnóstico, así como el seguir las indicaciones necesarias para un adecuado tratamiento.

El paciente tiene un papel esencial, recíproco al del profesional de la salud, facilitando que el diálogo entre los dos se desarrolle de buena fe. La difusión de los deberes del paciente tiene como objetivo: Promover y mantener relaciones beneficiosas entre los pacientes y los profesionales de la salud, y en particular alentar la participación activa del paciente en la recuperación de su salud.

El paciente es un ser capaz de adquirir o ejercer derechos y contraer obligaciones como ser humano distinto de los demás seres vivos, por sus atribuciones intelectuales y morales. Puesto que un ser o entidad susceptible de figurar como termino subjetivo en una relación jurídica, tutelar de derechos y a la vez de contraer obligaciones que debe cumplir en el campo.

Uno de los principales deberes de los pacientes o usuarios de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.⁶⁷

⁶⁷ Fernando Abellán, Derechos y Deberes de los Pacientes, Ley 21/2002 de noviembre; consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas, (Granada, España, 2003)

2.7. Prestadores de Servicios de Salud

Servicio es el acto y el efecto de servir. El concepto hace referencia a la actividad que consiste en realizar una cierta acción para satisfacer una necesidad. Por lo general, los servicios implican brindar algo que no es material, a diferencia de los productos que son bienes materiales.

La idea de salud por su parte, se vincula al bienestar físico y psicológico de una persona. Cuando un individuo goza de buena salud, su organismo puede ejecutar sus funciones con normalidad y su psiquis no presenta alteraciones.

Los servicios de salud, por lo tanto, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

Es importante tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan solo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos.

También abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

La mayoría de los países cuenta con servicios de salud públicos y privados. Los servicios públicos de salud son gestionados y financiados por el Estado, mientras que los servicios privados de salud se brindan a través de empresas que tienen fines de lucro.

CAPÍTULO III

EVOLUCIÓN DE LA NOCIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL

En este capítulo se desarrolla el reconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud en el ordenamiento jurídico nacional e internacional, comenzando desde la norma primaria, los tratados internacionales ocupan el segundo nivel de jerarquía, las leyes secundarias analizadas en este apartado reconocen aspectos que indirectamente guardan relación con los derechos y deberes de los pacientes.

A nivel internacional los derechos y deberes de los pacientes son reconocidos por la mayoría de los países y aunque presentan realidades diferentes coinciden en cuanto a cuatro conceptos básicos; salud, autonomía, libertad y consentimiento del paciente.

Para un mayor abordaje del tema en este capítulo se analiza la legislación sanitaria en general. La ley especial se analizará en el capítulo siguiente.

3.1. Régimen de Protección de los Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud

El régimen de la protección de los derechos y deberes de los pacientes es el resultado de un proceso histórico y jurídico a nivel mundial, es importante mencionar que los derechos y deberes de los pacientes tienen su premisa en los Derechos Humanos y en el Derecho a la Salud, el cual ha sido reconocido

en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros.

En el ámbito nacional resulta un poco complejo analizar específicamente las normas jurídicas que se refieren a los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud, ya que durante muchos años nuestro país no contaba con una norma jurídica especial que protegiera la integridad, libertad y autonomía del paciente, sin embargo algunas leyes regulaban de manera dispersa varios de aspectos que indirectamente podrían tener alguna relación con los derechos y deberes del paciente, tales como el derecho de atención integral que se encuentra en la Ley Especial Para la Constitución del Fondo Solidario así mismo en la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.

La creación de un nuevo marco jurídico que protegiera los derechos de los pacientes es un avance para la sociedad salvadoreña ya que la salud ha sido siempre un tema discutido en diversos aspectos como políticos, sociales, jurídicos y académicos.

En materia de salud existen leyes secundarias que guardan relación con los derechos de los pacientes entre ellas; Código de Salud, Ley del Consejo Superior de Salud Pública, Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Ley del Sistema Básico del Salud Integral (SIBASI), Ley Para El Control del Tabaco, Ley de Medicamentos, Ley de Vacunas, Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, Ley de Lactancia Materna, Ley de prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Ley de Salud Mental, Ley para el Control del Tabaco, Ley Especial para la Niñez y Adolescencia.

3.1.1. Constitución de la República

El Estado es el encargado de respetar y hacer cumplir los derechos de cada una de las personas que viven bajo su jurisdicción, sin discriminación alguna, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental que se encuentra regulado por la Constitución de El Salvador, la cual desde el artículo 1 reafirmando su carácter humanista establece el derecho a la salud como inherente a la persona humana.

Este derecho se encuentra regulado específicamente en su sección cuarta del capítulo II de los Derechos Sociales en el título II sobre los derechos y garantías fundamentales de la persona, en los artículos 65 al 70 de dicha sección, en el que se expone que el Derecho a la Salud es un bien público.

Esté bien público, es responsabilidad del Estado, así como su conservación y establecimiento a través de políticas nacionales para que se controle y supervise este derecho, algunas facultades u obligaciones que le atribuye la Constitución al Estado son:

- a) Existirá asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, para un tratamiento para prevenir, enfermedades transmisibles.
- b) Los servicios serán técnicos.
- c) Control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios.
- d) Control de calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que pueden afectar la salud.
- e) Asimismo, establece que será el Consejo Superior de Salud Pública quien velará por este derecho y su conformación, asignado a las Juntas

de Vigilancia la facultad de sancionar a los profesionales de salud por violaciones a la ley en que incurran.

El Estado se responsabilizará y creará un ente que ejercerá tal función en éste caso la misma Constitución nombra a dicho Consejo, que tendrá su propio ordenamiento jurídico secundario para ejercer sus funciones, al Estado también le corresponde el control permanente de los productos químicos y farmacéuticos; esta función la realiza a partir del año 2012 a través de la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), la cual deberá verificar la calidad química del producto como su comercialización y distribución de los mismos para que ayuden a cumplir el derecho a la salud y que esté se logre llevar a sus destinatarios.

La Constitución establece claramente que el derecho a la salud, no solo comprende la médica, sino un conjunto de acciones como son: la prevención, la atención, y su curación, y en estos tres aspectos los medicamentos, juegan un papel importante para el restablecimiento de la salud.

3.1.1.2. Principios Constitucionales del Derecho a la Salud

La importancia de definir principios orientadores de la salud pública radica en su cumplimiento y en las acciones e intervenciones de salud pública que aseguran el pleno goce del derecho humano fundamental a la salud que tienen todos los miembros de la población.⁶⁸ El sistema de salud debe abarcar a la totalidad de la población sobre una base de igualdad y responsabilidad así como justicia y seguridad social.

⁶⁸ Antonio Ruezga Barba, *Principios de la Seguridad Social y Derecho a La Salud*, (Nueva Zelanda, 2002).

La Constitución de la República en su artículo 65 establece que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público, que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento así mismo que el Estado determinara la política nacional de salud, controlara y supervisara su aplicación.

En el artículo 66 establece que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para provenir la diseminación de una enfermedad transmisible, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.⁶⁹

Por otra parte, el Código de Salud tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República.

3.1.1.3. Salud Pública

La salud pública hace referencia al acceso a asistencia sanitaria completa de todos los residentes de un país o región geográfica o política sin importar su capacidad económica o situación personal.

La asistencia sanitaria universal responde al reconocimiento del derecho a la salud el cual pertenece a los derechos económicos sociales y culturales considerados derechos humanos de segunda generación.

La salud pública posee elementos esenciales:

⁶⁹ Constitución de la Republica, (Asamblea Legislativa, El Salvador 1986)

1. Disponibilidad: Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de Salud, así como también, de programas sanitarios.
2. Accesibilidad: En sentido de las siguientes dimensiones:
 - a) No discriminación: Los establecimientos, bienes y servicios más vulnerables y marginados.
 - b) Accesibilidad física: Se refiere a la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios, en relación con los sectores de población más vulnerables.
 - c) Accesibilidad económica: Exige un principio de equidad, vinculado al poder adquisitivo de cada individuo. En este sentido, la carga de los gastos de Salud no debe recaer desproporcionadamente sobre los más pobres, en comparación con los más ricos.
 - d) Acceso a la información: Comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir la información.
3. Aceptabilidad: Los establecimientos deben ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos.
4. Calidad: Se refiere a la capacitación y adecuada remuneración disponibilidad de medicamentos y el saneamiento básico mínimo.
A su vez, estos elementos se expresan en tres niveles de obligaciones del Estado, en términos de Respetar, proteger y cumplir con:
 - a) Garantizar el derecho de acceso a todos los habitantes, incluidos los grupos vulnerables.
 - b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima y adecuada.
 - c) Garantizar el acceso a un hogar y a condiciones sanitarias básicas.

- d) Facilitar los medicamentos esenciales.
- e) Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y Servicios de Salud.
- f) Adoptar y aplicar un plan de acción nacional de Salud Pública contra epidemias.⁷⁰

3.1.1.4. Asistencia Social

La asistencia social se puede definir como una técnica de protección social distinta de la seguridad social y con caracteres propios, dispensada por organismos públicos y privados que tienen por objeto prevenir, poner término o aliviar situaciones de necesidad específica de personas o colectivos con especiales problemas de integración social.

La asistencia social es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas vulnerables en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.

La asistencia social es una actividad que se ocupa de diferentes situaciones, entre las que se destacan: promover el cambio social hacia un estado de superación de las personas, la resolución de conflictos que surjan en la

⁷⁰Revista Online *“la Salud es un servicio público”*, Vol. II, (2007), Colombia <http://revistas.uptc.edu.co/index.php/shs/article/view/1839/1834>.

interacción humana, el fortalecimiento y la liberación de los pueblos conforme al objetivo de alcanzar el bien común.⁷¹

3.2. Instrumentos Internacionales

Existen diferentes Tratados, Convenios, Declaraciones, Pactos que han sido ratificadas por varios países para la protección del derecho a la salud, de igual forma, existen organizaciones como; la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y Organización Panamericana de la Salud, (OPS).

En la actualidad El Salvador es firmante de diversos tratados internacionales, siendo un número en constante crecimiento. La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, adoptada el 23 de mayo de 1969, los define como acuerdos escritos entre ciertos sujetos de derecho internacional y que se encuentra regido por normas particulares, que puede constar de uno o varios instrumentos jurídicos conexos, comúnmente es entre Estados o entre Estados y Organismos Internacionales.

En El Salvador los Tratados Internacionales celebrados constituyen leyes de la República al entrar en vigencia, conforme a sus propias disposiciones y a la Constitución en el artículo 144.

La ley no podrá modificar o derogar lo acordado en un tratado vigente; y más aún en caso de existir conflicto entre el tratado y la ley, prevalecerá el tratado, así lo determina nuestra Constitución.⁷²

⁷¹ *Ibíd.*

⁷² Dirección de Comunicaciones y Relaciones Públicas, Corte Suprema de Justicia, <http://www.csj.gob.sv/Comunicaciones/2016/09>

3.2.1. Carta de Naciones Unidas

La Carta se firmó el 26 de junio de 1945 en San Francisco, California, Estados Unidos al terminar la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, y entró en vigor el 24 de octubre del mismo año. El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia es parte integrante de la Carta.

El artículo 55 establece lo siguiente:

Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá:

- a) niveles de vida más 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 a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades.⁷³

En el artículo anterior la carta establece como uno de los propósitos crear relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones y específicamente en el literal b) refiere que la Organización promoverá la solución de problemas

⁷³ Portal de Naciones Unidas, Carta de Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/charter-united-nations/index.html>

internacionales de carácter sanitario, el derecho a la salud constituye un derecho fundamental para el desarrollo integral de la persona humana, sin embargo en la Carta de la ONU no se nombra como tal el derecho a la salud, para lo cual es 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, tomando 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 de la salud.

3.2.2. Declaración Universal de los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento que marca un hito en la historia de los derechos humanos. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, la Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III), como un ideal común para todos los pueblos y naciones. La Declaración establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero y ha sido traducida en más de 500 idiomas.⁷⁴

Esta declaración es el documento en el que por primera vez se expresaron claramente los derechos y las libertades a los que todo ser humano puede aspirar de manera inalienable y en condiciones de igualdad, constituye los

⁷⁴ Portal de Naciones Unidas, Declaración Universal de Derechos Humanos, <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

fundamentos de un futuro justo y digno para todos y brinda a las personas de todo el mundo un poderoso instrumento en la lucha contra la opresión, la impunidad y las afrentas a la dignidad humana.

La Declaración abarca una amplia gama de derechos personales, legales, civiles, políticos, de subsistencia, económicos, sociales, y culturales, esta lista está elaborada en una serie de tratados y declaraciones que se concentran en temas específicos, puede considerarse que la lista de derechos contenida en la Declaración Universal de Derechos Humanos descansa en una visión moral de los seres humanos que los conceptúa como iguales y autónomos que tienen derecho a reconocimiento y respeto equitativo.

3.2.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales

El Pacto⁷⁵ fue aprobado mediante la resolución 2200 A (XXI), el 16 de diciembre de 1966, por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de manera conjunta con la aprobación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Ambos tratados desarrollan el contenido de la Declaración Universal de Derechos Humanos y son obligatorios para los Estados que han manifestado su consentimiento de quedar vinculados a ellos. Los derechos económicos, sociales y culturales se consideran derechos de igualdad material por medio de los cuales se pretende alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas y el máximo nivel posible de vida digna.⁷⁶

⁷⁵ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su Protocolo Facultativo son los instrumentos internacionales del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, es decir, del Sistema de Naciones Unidas, que regulan la protección de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC

⁷⁶ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:
http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf

El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contienen 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:
 - a) La reducción de mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.⁷⁷

⁷⁷ Francisco Alberto Asencio López, Evelyn Corina Palencia Galdámez, “*El Amparo como Medio de Tutela para Garantizar el Derecho a la Salud, cuando el Estado no Cumple con su Deber Constitucional se Satisfacerlo*”, (tesis de grado, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad de El Salvador, 2003).

3.2.3. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI

En la 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, Indonesia en 1997, surgió la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, que ofrece una visión y enfoque para la promoción de la salud en este siglo. Fue la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud.

Entre las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI, la Declaración destaca, por este orden:

1. Promover la responsabilidad social por la salud.
2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.
4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

3.3. Leyes Secundarias

3.3.1. Código de Salud

El Código de Salud fue aprobado el 11 de mayo 1998, en sustitución del Código de Sanidad de la República de El Salvador el cual fue derogado por considerarse que no estaba acorde a la realidad actual.

El Código de salud tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y la asistencia social de los habitantes de la Republica y de las normas para la organización, funcionamiento y facultades

del Consejo Superior de Salud Pública en coordinación del Ministerio de Salud Pública y demás organismos e instituciones del Estado, servicios de salud privados y la relación de estos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud de la población.⁷⁸

De lo anterior se comprende que dicha Ley tiene por finalidad coordinar toda la normativa, para brindar una adecuada atención en salud a la población y desarrollar los principios y preceptos constitucionales en materia de salud para tener una mejor calidad de vida que responda a lo que nuestra constitución manda. Así mismo a efecto de cumplir con el mandato constitucional y las normas contenidas en las convenciones suscritas y ratificadas por el Estado de El Salvador con otros Estados u Organismos Internacionales sobre la materia de salud.

Por otra parte, incluye un amplio catálogo de acciones relacionadas con la salud que es obligación del Ministerio de Salud, como ente rector a nivel nacional; no obstante, toda esta regulación ya se volvió obsoleta.

3.3.2. Ley del Consejo Superior de Salud Publica

Fue aprobada el 28 de agosto de mil 1958, regula la organización y el funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública y de los organismos legales que vigilan el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo, tales como; Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutica, Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, Junta de Vigilancia de la Profesión de Psicología,

⁷⁸ Código de Salud, (Asamblea Legislativa, El Salvador 1988), artículo 1.

Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria y Junta de Vigilancia de la Profesión en Laboratorio Clínico.

La Ley regula la naturaleza de los organismos y su integración, así como las atribuciones de las Juntas de Vigilancia y las atribuciones del Consejo, también menciona las formas de iniciar el procedimiento administrativo sancionador ya sea por medio de aviso, denuncia o de oficio para aquellos profesionales que cometan una infracción contra la salud, la acción para denunciar o proceder de oficio a la investigación prescribe a los 6 meses.

El rango constitucional y las atribuciones legales del CSSP, contrasta con los reducidos presupuestos que históricamente se le han asignado para el cumplimiento de sus fines.

3.3.3 Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)

La Ley para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud es de carácter especial y prevalece sobre cualquier disposición que la contraríe, fue aprobada en el año 2004 y tiene como objeto 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 aspectos⁷⁹, a través del Fondo Solidario Para la Salud (FOSALUD), el cual se define como una entidad de derecho público, de carácter técnico, de utilidad

⁷⁹ Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2004) artículo 1.

pública, de duración indefinida y con personalidad jurídica y patrimonio propio, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones tanto en lo administrativo y presupuestario, el cual está adscrito al Ministerio de Salud Pública.⁸⁰

La Creación del Fondo Solidario para la Salud se encuentra regulada en el capítulo I de la Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud, juntamente con su Reglamento.

3.3.3.1. Disposiciones de la Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud, que expresan tácitamente la regulación sobre derechos de los pacientes

Art.4 Los objetivos fundamentales del FOSALUD:

Propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura en los servicios de salud para la atención al usuario y de los habitantes en general; y en particular de aquellas que aún no tienen acceso a los servicios básicos de la salud buscando ampliar la cobertura a mujeres y niños discapacitados.

Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de la población más vulnerable en el país, en coordinación con el Ministerio de Salud, priorizando la atención en aquellas locaciones geográficas estratégicas, en donde se encuentren asentamientos que se vieren amenazados o pudieren ser objeto de catástrofes provenientes de la acción de la naturaleza y el hombre.

Derecho de Atención y Atención Integral. En el artículo anterior se encuentra tácitamente el derecho de atención, y atención integral ya que establece como

⁸⁰ Ibídem. artículo 2.

objetivo la creación de planes especiales en la cobertura de los servicios de salud para la atención al usuario, así mismo menciona la formulación y ejecución de programas integrales que atiendan las necesidades básicas de la población más vulnerable.

El derecho de atención consiste en aquella prestación de servicios de salud que se le brinda al paciente que presenta una cierta patología, para que se le asista dentro de un plazo adecuado a las características de su proceso patológico y de acuerdo a criterios éticos y de equidad para la recuperación y curación de su salud.

El Reglamento de la Ley Especial Para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud en su artículo 2 literal a) define la atención integral como:

El conjunto de principios, normas acciones e instrumentos para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y la curación y rehabilitación de los habitantes.

3.3.4. Ley del Sistema Básico Integral de Salud, (SIBASI)

La Ley del Sistema Básico Integral de Salud fue aprobada el 10 de agosto del año 2005, tiene por objeto regular las funciones y fines del Sistema de Salud Integral que se abrevia "SIBASI",⁸¹ como elementos organizativos de coordinación de la red de establecimientos, para la provisión y mayor cobertura de servicios de salud con eficiencia, calidad y equidad para la población, esta Ley se aplica en todas las dependencias de Nivel Superior, Regional y Local del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

⁸¹ Ley del Sistema Básico Integral de Salud (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2005) Art.1.

Se define como Sistema Básico de Salud Integral, el elemento organizativo de nivel local mediante el cual el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social delega la provisión de servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, a través de una red integrada de establecimientos que cubren un área territorial determinada, que atienden una población focalizada con énfasis en la población más desprotegida, en coordinación con el segundo y tercer nivel de atención.⁸²

3.3.4.1 Disposiciones de la Ley del Sistema Básico Integral de Salud que expresan tácitamente la regulación sobre derechos de los pacientes

En el artículo 6 de la Ley del Sistema Básico Integral de Salud (SIBASI) al igual que en la Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud, (FOSALUD) se encuentra tácitamente el derecho de atención, y atención integral ya que define la atención integral como el conjunto de principios, normas, acciones e instrumentos utilizados por la red de establecimientos de salud para su promoción, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de los habitantes.

El derecho de atención pertenece al catálogo de los 12 derechos que establece en el artículo 32 la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.

Uno de los objetivos importantes de la Ley del SIBASI era unificar la desarticulación de la red de servicios de salud ya que este siempre ha sido una de las dificultades que presenta el sistema de salud salvadoreño, sin embargo, para lograr dicha articulación se requiere el trabajo conjunto con las

⁸² *Ibíd.* Art. 14

diversas instituciones que se encargan de velar por el derecho a la salud, para brindarle al paciente una atención basada en principios de justicia social y equidad.

3.3.5. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud

Fue creada en noviembre del año 2007, con la finalidad de lograr la consolidación de un sistema integrado que funcionara basado en los principios de solidaridad y equidad; una de las principales debilidades del sector, que obstaculiza implementar de manera efectiva una política nacional de salud, es la dispersión y no articulación con la que trabajan los diferentes actores que intervienen en su gestión.

Una visión unificada de la gestión del sector que conllevara a optimizar los recursos disponibles, mediante la integración, coordinación, la sistematización y la diversificación de funciones, relacionadas con la salud, se articuló a través de la creación de un Sistema Nacional de Salud, sin embargo se encuentra en trámite la propuesta de la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, dicho proyecto sustituirá a la actual Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, el cual fue producto de un proceso, desarrollado entre 2015 y 2016 Integrado de Salud, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de Salud (OPM / OMS), por las ocho instituciones que integrarán el Sistema Nacional de salud.

La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud en el artículo 2 establece como miembros del Sistema Nacional de Salud:

- a) El ministerio de salud y sus dependencias
- b) El instituto Salvadoreño del Seguro Social

- c) El Ministerio de Defensa en lo concerniente a Sanidad Militar
- d) El Fondo Solidario Para la Salud
- e) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Integral y;
- f) El ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

En la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud en el artículo 4 literal b) y f) menciona que uno de los objetivos es promover el acceso a los servicios de salud se base en los principios de equidad y solidaridad, así como respetar los derechos y valores de los usuarios.

Vale mencionar que por reforma posterior se incluyó como parte del sistema nacional de salud a la Dirección Nacional de Medicamentos y que el Ministerio de Educación fue relevado por la creación del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial como institución autónoma a partir del año 2007, respecto del CSSP la ley estableció que deberá cumplir con su marco legal en relación al sistema nacional de salud, pero sin incluirlo como miembro del sistema.

3.3.6. Ley de Medicamentos

La Ley de Medicamentos fue aprobada el 22 de febrero del año 2012. Según mandato constitucional 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 los organismos de vigilancia. La Ley tiene como objeto garantizar la institucionalidad que permita asegurar la accesibilidad, registro, calidad, disponibilidad, eficiencia y seguridad de los medicamentos y productos cosméticos para la población y propiciar el mejor precio para el usuario público y privado; así como de uso racional.

El ámbito de aplicación de la mencionada Ley es para todas las instituciones públicas y privadas y autónomas incluidas el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y a todas las personas naturales y jurídicas privadas que se dediquen permanente u ocasionalmente a la investigación y desarrollo y fabricación, importación, exportación, distribución, transporte, almacenamiento y comercialización, prescripción, dispensación, evaluación e información de medicamentos y productos cosméticos de uso terapéutico.⁸³

Dirección Nacional de Medicamentos.

La Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) se creó como una entidad autónoma de derecho y de utilidad pública de carácter técnico de duración indefinida, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario, autoridad competente para la aplicación de la Ley de Medicamentos, establece el procedimiento administrativo sancionatorio para aquellas personas naturales o jurídicas que comentan infracciones de las que establece en la misma.⁸⁴

El procedimiento administrativo sancionatorio inicia cuando la Dirección Nacional de Medicamentos tiene conocimiento por cualquier medio de la comisión de las infracciones que establecen los artículos 77,78 y 79 de la Ley de Medicamentos. Una vez agotadas las etapas del procedimiento administrativo sancionatorio iniciado por denuncia aviso u oficio en el que se comprueba una infracción se emite una resolución final en la cual se pueden imponer sanciones administrativas tales como; multas o revocatoria de autorización y cancelación de registro sanitario.

⁸³ Ley de Medicamentos, (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2012), Art.2.

⁸⁴ Artículo 76 para efectos de la presente Ley, las infracciones se calificarán como, leves, graves, y muy graves atendiendo a los criterios de riesgos para la salud, grado de intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, y reincidencia.

3.3.6.1. Análisis sobre la regulación de derechos de los pacientes en la Ley de Medicamentos

Derecho de Medicamentos y otros. Este derecho pertenece al catálogo de los 12 derechos que menciona la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.

El acceso regular a los medicamentos esenciales es un derecho humano emanado del derecho fundamental en la salud por tratarse de elementos indispensables para la prevención de las enfermedades y su tratamiento. Sin acceso equitativo a los productos sanitarios necesarios para tratar las necesidades prioritarias, no es posible gozar del derecho fundamental a la salud ha sostenido la Organización Mundial para la Salud (OMS).

Los medicamentos esenciales son los que se obliga a proporcionar como mínimo el sistema público de salud y de seguridad social.⁸⁵ El paciente tiene derecho a recibir el tratamiento adecuado para la recuperación y prevención de las enfermedades así también a insumos médicos, y exámenes de laboratorio y gabinete, indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención, basado en las normas y protocolos de atención de cada institución.

La regulación de un marco especial propiamente sobre los medicamentos es importante para poder garantizar la calidad, prescripción, fabricación, almacenamiento, suministro, disponibilidad, eficiencia y seguridad de los productos químicos y farmacéuticos que recibe el paciente para su recuperación.⁸⁶

⁸⁵ OMS, www.who.int/bulletin/volumes/84/5/hogerzeil0506abstract/es/

⁸⁶ *Ibíd.*

El derecho de medicamentos es un derecho público, la Ley de Medicamentos se aplica a las instituciones públicas y autónomas así mismo a las personas y jurídicas privadas que se dediquen permanente u ocasionalmente a la investigación y desarrollo, fabricación, importación, distribución, transporte, almacenamiento, comercialización, prescripción, dispensación, evaluación e información de medicamentos y productos cosméticos de uso terapéutico.

Vale mencionar que respecto de los pacientes que reciben atención en el sector privado, la ley de medicamentos también les beneficia, específicamente en cuanto a la regulación de los precios máximos de venta, lo cual facilita el acceso de medicamentos de calidad a menor precio.

3.3.7. Ley de Protección y Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna

La Ley de Protección y Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna fue aprobada el 13 de agosto de 2013, el Ministerio de Salud, es la autoridad competente para la aplicación de la Ley esta tiene por objeto establecer las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva, hasta los primeros seis meses y lactancia prolongada hasta los dos años de edad, asegurando sus beneficios y aporte indispensable para la nutrición, crecimiento y desarrollo integral del lactante.⁸⁷

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de

⁸⁷ Ley de Protección y Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2013), artículo 1.

salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.⁸⁸

3.3.7.1. Análisis sobre la regulación de derechos de los pacientes en la Ley de Protección y Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna

De conformidad a la Constitución, la persona humana es el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común,⁸⁹ los menores tienen derecho a vivir en condiciones familiares y ambientales que les permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrán la protección del Estado, quien protegerá la salud física, mental y moral de estos, garantizándoles el derecho a la educación y a la asistencia.

El Salvador es signatario de la Convención sobre los Derechos del Niño y está comprometido a asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de estos; las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental, así como la garantía de que tengan acceso a la educación pertinente, entre otros.

El derecho a la información pertenece al catálogo de los doce derechos que establece la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de servicios de Salud, dicha Ley refiere que el paciente o su representante, deberá recibir en forma verbal y escrita, del prestador de servicios de salud,

⁸⁸ Organización Mundial para la Salud, <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

⁸⁹ Constitución de la Republica de El Salvador (Asamblea Legislativa, 1986)

durante su atención. El derecho a la información consiste en brindar al paciente aquella información indispensable para orientarlo sobre normas y lineamientos de salud que ayuden a lograr un estado integral de salud.

El artículo 14 de la mencionada Ley indica: Todas las personas, y especialmente las embarazadas y madres en período de lactancia, tienen derecho a recibir información oportuna, veraz y comprensible sobre los beneficios de la lactancia materna, las técnicas para el amamantamiento, posibles dificultades y soluciones en su implementación.

3.3.8. Ley Para El Control del Tabaco

La Ley para el Control del Tabaco fue aprobada el 28 de julio del año 2011 con el objeto de establecer normas que regulen la importación, promoción, publicidad, patrocinio, comercialización, consumo del tabaco y de sus productos, así como la reducción de la demanda y protección a las personas no fumadoras, a fin de proteger la salud de la persona humana, de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y exposición al humo del mismo.

La Ley se rige por los siguientes principios:

- a) Información: Garantizar que la población, reciba la información suficiente, continua, actualizada y veraz sobre los efectos nocivos para la salud, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo del tabaco y la exposición al humo del mismo.
- b) Prevención: Propiciar la elaboración e implementación de programas orientados a la prevención del consumo del tabaco y de la exposición al humo que produce la combustión e inhalación del tabaco.

- c) Subsidiariedad: Garantizar mecanismos de apoyo técnico financiero para la ejecución de programas de control al consumo del tabaco.
- d) Multisectorialidad: Adoptar en el ámbito nacional medidas y respuestas multisectoriales integrales para reducir el consumo de todos los productos de tabaco, a fin de prevenir, de conformidad con los principios de la salud pública: la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad prematura ocasionadas por el consumo de tabaco y la exposición al humo del mismo.
- e) Responsabilidad: Es obligación del Estado, así como de las personas naturales y jurídicas, garantizar a través de la participación social la aplicación y el cumplimiento de las disposiciones de la Ley.⁹⁰

Esta Ley regula un catálogo de prohibiciones entre las cuales se encuentran; venta a menores de edad y por menores de edad, venta en máquinas expendedoras venta en los lugares no permitidos para el consumo, excepto en los supermercados y tiendas, que estén elaborados en formas o figuras que induzcan al consumo del mismo a menores de edad, venta a personas que no prueben su mayoría de edad cuando se considere necesario.

Es importante proteger la salud de las personas, los productos del tabaco deben mostrar en el empaque la advertencia que causa el consumo del tabaco, la publicidad engañosa sobre la falsa e inequívoca impresión del producto está totalmente prohibida, estos deben llevar la advertencia sanitaria de dicho consumo así mismo está prohibido promocionar el consumo del tabaco en actividades educativas, socioculturales, políticas, deportivas y científicas entre otras.⁹¹

⁹⁰ Ley Para el Control del Tabaco, (Asamblea Legislativa, El Salvador 2011), artículo 3.

⁹¹ *Ibíd.*

El Ministerio de Salud como ente rector para la aplicación de la Ley está facultado para iniciar el procedimiento administrativo sancionador contra las infracciones que menciona los artículos 24 y 25, el cual puede iniciar por denuncia aviso o de oficio. Una vez agotadas las etapas del procedimiento administrativo sancionador y establecida la comisión de infracciones la sanción consiste en multas, la resolución admite recurso de revisión.

3.3.8.1. Análisis sobre la regulación de derechos de los pacientes en la Ley Para El Control del Tabaco

El consumo del tabaco constituye un problema a nivel mundial. La OMS diseño un Convenio Marco Mundial para el Control del Tabaco con la finalidad de informar, prevenir y promover las consecuencias nocivas que causa el consumo del tabaco, El salvador está suscrito a dicho Convenio por lo que se unió a dicho esfuerzo de prevenir el consumo del tabaco.

Según la clasificación de los derechos del paciente este tiene derecho a que se le informe u oriente de manera preventiva y curativa sobre las diversas patologías que pudiera presentar y en el caso que se nos ocupa el consumo del tabaco puede desarrollar diversas enfermedades, así como generar consecuencias sociales y ambientales.

El paciente, usuario y toda persona debe ser informado de igual manera ya que uno de los objetivos es prevenir las enfermedades, el paciente se entiende como la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud. Mientras que el usuario es simplemente la persona que, sin estar en tratamiento, utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

La información brindada por el prestador de salud debe ser verdadera, de forma comprensible para concientizar al paciente, usuario, y toda persona sobre las consecuencias del consumo del tabaco.

3.3.9. Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

Esta Ley fue aprobada el 9 de enero del año 2017 con el objeto de velar tanto en el sector público como privado, por la salud de los habitantes de la República, en la prevención, promoción, protección, atención integral y el control de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, denominado VIH, mediante la implementación de estrategias de coordinación interinstitucional, con énfasis en los ámbitos educativo, laboral, penitenciario, salud e investigación; respetando los derechos.⁹²

Las personas con VIH poseen los siguientes derechos⁹³:

1. No discriminación
2. Acceso a la información sobre el VIH
3. Información sobre el diagnóstico de VIH
4. Acceso a la prueba para el diagnóstico de la infección por VIH
5. Acceso a la atención integral de salud
6. Acceso a recibir consejería y orientación

Es responsabilidad de las personas en general, informarse y practicar su sexualidad utilizando métodos de prevención científicamente comprobados a fin de minimizar los riesgos de adquirir el VIH. Las personas viviendo con VIH

⁹² Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2017)

⁹³ *Ibíd.*

están obligadas a practicar su sexualidad, utilizando métodos de prevención científicamente comprobados, a fin de minimizar los riesgos de transmisión del virus a otras personas.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud y los prestadores privados deben desarrollar las medidas y acciones para sensibilizar a las personas con VIH, que les permitan tener relaciones sexuales más seguras y su responsabilidad ética en revelar su estado serológico por seguridad a su pareja. Las instituciones desarrollarán la consejería para orientar sobre la importancia de revelar su condición a su pareja y para la utilización correcta de los métodos de barrera.

Toda persona que haya sido notificada de su condición serológica, está obligada a comunicarle tal situación a su pareja ya sea permanente o eventual. Es obligación de toda persona viviendo con VIH, informar sobre su condición al personal de salud que le atienda. La misma obligación, tendrán los familiares o allegados en caso que la persona con VIH no estuviere en capacidad de informarlo.

3.3.9.1. Análisis sobre derechos de los pacientes en la Ley de prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

Según mandato Constitucional es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la Salud, dentro de la cual se encuentra el bienestar biológico, sociológico y social del individuo y de la colectividad, la salud de los habitantes constituye un bien público, para lo cual el Estado y las demás personas están obligados a velar por su conservación y

restablecimiento, congruente con ese principio es obligación estatal dar asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. El VIH es una enfermedad mundial de gran impacto en la vida de los seres humanos, por sus implicaciones médicas, económicas, éticas, sociales y culturales, revierte complejidad ya que muchas personas sufren de discriminación de tipo social, laboral inclusive de atención sanitaria, uno de los problemas que presenta nuestro país con la atención que se le brinda a los pacientes con VIH es el tratamiento ya que las condiciones en los establecimientos de salud no son las mejores debido a la saturación de pacientes y al escaso personal de salud así mismo la falta de material quirúrgico, medicamentos y equipo médico dificulta en gran manera brindarle una atención integral al paciente seropositivo.

La Ley de prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana hace énfasis y de manera prioritaria en los derechos y obligaciones que posee el paciente seropositivo. Los derechos y obligaciones de los pacientes con VIH se encuentran en el título II Derechos y Obligaciones, el capítulo I establece los derechos de los pacientes con VIH.

En el capítulo I se establece la obligación en cuanto a las prácticas sexuales las cuales se pueden considerar de riesgo, el riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda infectarse con el VIH. Hay determinados tipos de comportamiento que crean, aumentan y perpetúan este riesgo. Si el VIH⁹⁴ no se encuentra dentro de una célula viva, su supervivencia es muy corta, de modo que el tipo de conductas que tengamos va a ejercer un gran peso en la transmisión. Para que haya transmisión se requiere de una

⁹⁴ Prácticas de Riesgo, España. https://scout.es/downloads2/Practicas_de_riesgo.pdf

intimidad importante con los fluidos humanos infectados de una persona con el VIH. Por tanto, las prácticas de riesgo son: 1) Sexo no protegido (transmisión sexual), 2) Drogas inyectables.

El deber de comunicar es otra de las obligaciones de las personas con VIH, así también la prohibición de ser donante de órganos, sangre u otros tejidos humanos para uso terapéutico; tampoco podrá donar semen, óvulos, leche materna o lactar, excepto con fines de investigación. Quien hiciere uso indebido, imprudente o negligente de fluidos o derivados humanos resultando como consecuencia la infección de terceras personas con el VIH, será sancionado de conformidad al Código Penal y demás Leyes respectivas.

3.3.10. Ley de Vacunas

La Ley de Vacunas se aprobó el 29 de febrero de 2012, tiene como objeto garantizar a la población una adecuada inmunización de las enfermedades infecciosas prevenibles, a través de la regulación y promoción de mecanismos que garanticen en el sistema nacional de salud, la adquisición de vacunas, su abastecimiento, disponibilidad, distribución, conservación, aplicación y prescripción.⁹⁵

El ministerio de salud como máxima autoridad de salud es el ente rector para la aplicación de dicha Ley y están sujetas a esta las instituciones del Estado que forman parte del sistema nacional de salud, las municipalidades, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como los propietarios, representantes legales de establecimientos privados de salud.

⁹⁵ Ley de Vacunas, (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2012), artículo 1.

Las vacunaciones contra las enfermedades inmunoprevenibles son obligatorias y gratuitas, el suministro y aplicación de las vacunas se realiza sin discriminación de ninguna clase por medio de las campañas de vacunación o en los establecimientos de salud.

El Ministerio de Salud se encarga de velar para que las entidades públicas y privadas, autorizadas para ejercer las prácticas de vacunación cuenten con sistemas adecuados de almacenamiento, distribución y control que garanticen la calidad y estabilidad de las vacunas.

3.3.10. Análisis sobre la regulación de derechos y deberes de los pacientes en la Ley de Vacunas

Es obligación estatal dar asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible.

El Estado a través del Ministerio de Salud implementa campañas de vacunación para evitar y prevenir enfermedades infecciosas y epidemiológicas.

Garantía de gratuidad y acceso son una de las características de las campañas de vacunación, estas son aplicadas de forma gratuita en el Sistema Nacional de Salud sin importar el tipo de afiliación.⁹⁶

El derecho a la información epidemiológica consiste en el derecho que tienen todos los ciudadanos a conocer los problemas sanitarios de la colectividad

⁹⁶ *Ibíd.*

cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, dicha información debe de difundirse en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la ley.⁹⁷

La relevancia del derecho del paciente a recibir información implica el ejercicio del derecho a optar de forma concientizada, cuya utilidad no debe ser evaluada sólo por el profesional de la salud sino por el paciente. Informar no significa persuadir, tampoco, coaccionar. Significa explicar alternativas, aplicando la regla de la normal prudencia para el bienestar del paciente. El Ministerio de Salud realiza campañas de vacunación y promoción sobre la información epidemiológica para la aplicación de vacunas, otro derecho importante de los pacientes es que estos tienen derecho a obtener los productos sanitarios y medicamentos necesarios para su salud, a ser atendidos con calidad, calidez, respeto, solidaridad, humanidad, equidad, igualdad lo cual constituye una atención integral de salud, ya que el derecho a la salud no solo implica la ausencia de enfermedades sino el estado de bienestar completo y de salud mental.

La Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud es el marco jurídico especializado en derechos y deberes de pacientes sin embargo por la complejidad de desarrollo que presentan algunos derechos deben ser desarrollados de forma unilateral tal es el caso de la Ley de Vacunas, sin embargo, todas las leyes en relación al derecho a la salud buscan proteger el bienestar, seguridad, intimidad, libertad y autonomía del paciente.

⁹⁷ Javier Sánchez, Caro Fernando Abellán, “*Los derechos y deberes del paciente*” (Granada 2003, Madrid España).

3.3.11. Ley de Salud Mental

Esta ley fue aprobada el 14 de julio del año 2017, tiene como objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de las personas, desde su prevención, promoción, atención, restablecimiento y rehabilitación en las diferentes etapas de su desarrollo, asegurando un enfoque de derechos humanos.

Están sujetos al cumplimiento de la ley los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, que incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, establecimientos de salud privados, las instituciones relacionadas indirectamente con la salud mental, y las personas naturales; además el núcleo familiar, el representante o responsable de la persona.

La ley se rige por los principios rectores de: ⁹⁸

1. Universalidad
2. Equidad
3. Solidaridad
4. Confidencialidad
5. Calidad
6. Calidez y
7. Ética profesional.

El ente rector de la Ley es el MINSAL, quien debe definir, coordinar, regular, asesorar y evaluar los procesos encaminados a la provisión de servicios de

⁹⁸ Ley de Salud Mental, (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2017).

salud mental con enfoque familiar y comunitario en los diferentes niveles de atención.

Al Ministerio de Salud le corresponden atribuciones de: Actualizar la Política Nacional de Salud Mental, Elaborar el Programa de Salud Mental, Elaborar de manera conjunta y coordinada los protocolos de prevención y atención integral, relacionados al Programa de salud Mental con los integrantes del Sistema Nacional de salud, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social y las siguientes instituciones: Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, Ministerio de la Defensa Nacional, Sistema de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia, a través del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia-CONNA.

Así como crear los mecanismos de coordinación intersectorial, monitoreo, supervisión y evaluación de manera conjunta y coordinada con las entidades mencionadas en el párrafo anterior, los cuales deberán ser aplicadas por cada una de ellas, brindar información suficiente, oportuna y comprensible a la población sobre la salud mental, Promover y facilitar la participación activa y consciente de la población en las acciones preventivas y de atención en la salud mental, Crear los mecanismos de consulta y asesoría con entidades especializadas en el tema, nacionales o internacionales.

Promover y facilitar la investigación en la salud mental como elemento fundamental para la toma de decisiones políticas y técnicas; integrando los conocimientos actualizados del ámbito nacional e internacional.

Coordinar con el Consejo Superior de Salud Pública para que este último vele por el cumplimiento de la ley, en las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de salud mental. Por otra parte, la Ley de Salud Mental

en cuanto al Procedimiento Administrativo Sancionador en el Art. 26 refiere: A los profesionales de la Salud, pacientes, su familia o representante que realicen acciones que se consideren han vulnerado derechos y deberes contenidos en la presente ley, se les aplicará lo establecido en los capítulos ocho, nueve y diez de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.

3.3.11.1. Análisis sobre la regulación de derechos y deberes de los pacientes en la Ley de Salud Mental

La persona humana es reconocida como el origen y el fin de la actividad del Estado, el derecho a la salud constituye un bien público en consecuencia la obligación de este asegurar y proteger el goce de la salud y bienestar de todos sus habitantes

El artículo 35 de la Constitución de la República prescribe: El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores, y garantizará el derecho de éstos a la educación y a la asistencia.⁹⁹

La salud mental como parte de la salud integral en todas las etapas del desarrollo del ser humano, debe ser atendida de manera integral y accesible, esta implica la capacidad de participar y transformar su entorno, promoviendo el desarrollo físico, intelectual, afectivo y social y el de una serie de capacidades actuales o potenciales como la solidaridad, creatividad y responsabilidad, trabajar, disfrutar y tolerar, es responsabilidad del Estado mantener la salud mental de la población, que favorezcan el acceso a los servicios de salud, el bienestar integral de la persona, familia y comunidad.

⁹⁹ Constitución de la Republica (Asamblea Legislativa, El Salvador, 1983)

La Ley de Salud Mental en el artículo 15 establece de forma clara su complementariedad con la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.

La Ley de Salud Mental hace énfasis en la atención integral del paciente, el sistema nacional de salud es el encargado de desarrollar mecanismos de intersectorialidad e interinstitucionalitas para la atención integral de la salud mental de la población, la atención integral es aquella asistencia sanitaria que se le brinda al paciente basado en principios de equidad, igualdad, humanidad, solidaridad, respeto, integridad.

3.3.12. Ley Contra la Violencia de la Niñez y Adolescencia

Esta ley se aprobó el 26 de marzo del año 2009 y según sus considerandos fue diseñada para que los niños y adolescentes tuvieran acceso a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, indicándose que es necesario que cuenten con la protección del Estado.

Sin duda que ya hoy día en el espectro de las ciencias jurídicas y sociales, la aceptación del paradigma de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia constituye un avance de significación casi universal. No obstante, tal relevancia pasa a ser debatida diariamente en gran parte de los ámbitos universitarios, judiciales, legislativos, de política y gestión social, y en particular en el ámbito judicial. Más allá de las controversias que ocasiona la irrupción del nuevo paradigma de la protección de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, emerge una práctica y una conducta institucional, generando una dicotomía (y francas contradicciones), entre las normas y postulados de estas ciencias (deber ser), y la conducta individual, comunitaria, institucional y social en general (el ser).

En síntesis, paradigma normativo, filosófico y social de la protección integral a los derechos de la niñez y adolescencia, son retos (muchas veces enfrentados), por una práctica propia de la ideología y cultura de la situación irregular, que se supone vencida por la primera.¹⁰⁰

Desde el paradigma de Protección Integral de los Derechos, lejos de la aplicación que, hacia la tutela, no se atiende a los niños en necesidades, sino que se integran los derechos de forma independiente, inalienables, irrenunciables y progresivos, como un conjunto, a través de la política de Estado.

En ese orden, el artículo 21 de la Ley Integral para la Protección de la Niñez y Adolescencia indica: “La salud es un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria. El Estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de las políticas públicas y programas que sean necesarios para asegurar la salud integral de la niñez y adolescencia. En todo caso, la ausencia de políticas o programas de salud no exime de la responsabilidad estatal de atención que sea requerida en forma individualizada para cualquier niña, niño o adolescente.”¹⁰¹

Por otra parte, el artículo 22 de la referida ley indica: “El Estado proveerá gratuitamente, en el nivel de atención correspondiente, los servicios de salud a las niñas, niños o adolescentes que los requieran. Ese servicio implica

¹⁰⁰ Ley Integral para la Protección de la Niñez y Adolescencia Comentada, (San Salvador, Consejo Nacional de la Judicatura, 2013). Pág. 23.

¹⁰¹ *Ibid.*

también el suministro gratuito de consultas, medicinas, exámenes, prótesis, la implementación de programas para la utilización terapéutica de órganos o tejidos humanos u otros elementos necesarios para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la niña, niño o adolescente.

Cuando no resulte posible el acceso de las niñas, niños o adolescentes a la atención y los servicios del sistema público de salud o éste no cuente con los medios idóneos, el Órgano Ejecutivo en el ramo de Salud Pública y Asistencia Social, en el marco del Sistema Nacional de Salud, deberá coordinar esfuerzos con los miembros y colaboradores del mismo, así como con instituciones nacionales e internacionales públicas o privadas para preservar la salud de las niñas, niños y adolescentes que lo requieran.

Excepcionalmente, en casos de inminente peligro de muerte, y agotadas las alternativas existentes, el Estado podrá gestionar que los servicios de salud sean brindados por entidades privadas, debiendo asumir los gastos correspondientes, si los hubiere; cuando la madre, padre, representante, responsable o sus familias no pudieren solventarlos por sí mismos. Para tales efectos, se celebrarán los convenios correspondientes.

“En ningún caso, se podrá negar la atención médica so pretexto de la ausencia del representante legal, la falta de cupo o recursos y las consideraciones técnicas de la atención.”

En ese sentido, es importante resaltar que existe un régimen jurídico especial respecto del acceso al derecho de salud y atención médica para los menores de edad, lo que constituye un trato diferenciado con una justificación ontológica, ya que como se mencionó, por las condiciones personales de los menores de edad, estos se mantienen en una situación vulnerable frente a las

demás personas y frente al Estado, de modo que éste último se encuentra en la obligación de brindar la protección necesaria para garantizar su desenvolvimiento normal y lograr un desarrollo integral de su personalidad.

Todo lo anterior, no es posible si los niños y adolescentes no tienen un acceso eficaz y oportuno a los servicios de salud, por cuanto su integridad física y psíquica depende de su estado de salud, de modo que una desmejoría en ella sin una atención por parte del Estado mermaría su desarrollo en los distintos ámbitos de la sociedad.

De la lectura del artículo 20 de la LEPINA, puede extraerse que existe una doble dimensión en cuanto al derecho a la salud que le corresponde a los niños y adolescentes; el primero relativo a políticas públicas –cuya formulación corresponde al Estado- y en el que deben indicarse las condiciones óptimas para garantizar el desenvolvimiento de ellos en la sociedad.¹⁰²

Por otro lado, precisa que, a falta de las políticas necesarias para garantizar el acceso de los menores a la salud, ello no le priva de la obligación que se brinde atención médica a los niños y adolescentes en su individualidad.

En consecuencia, véase como en cualquier caso la atención médica para los sujetos de esta ley debe ser de carácter gratuito y todo costo es asumido por el Estado, aunque la atención se brinde en instituciones privadas cuando se cumplan los supuestos que se establecen.

Lógicamente, ello tiene su explicación sobre la base que los niños y adolescentes son vulnerables por carecer de medios económicos propios que

¹⁰² *Ibíd.*

les permitan sufragar cualquier gasto que ocasione un servicio médico, de modo que el Estado es quien asume dicha obligación.

3.4. Legislación Internacional

Las legislaciones sanitarias de los países que se desarrollan en este apartado presentan realidades diferentes, algunos países pueden tener leyes específicas, regulaciones administrativas u otro tipo de disposiciones, sin embargo, las legislaciones coinciden en cuanto a los siguientes conceptos básicos; salud, libertad, autonomía y dignidad del paciente.

Existe un amplio desarrollo normativo sobre calidad y seguridad del paciente en gran parte de los países de América Latina como en la Unión Europea, con normas de variada jerarquía, partiendo desde las Constituciones Políticas, hasta normas de rango infra constitucional.

Las Leyes Generales de Salud de Nicaragua, República Dominicana y México, incluyen la carta de derechos de los pacientes. En otros países como Argentina, Panamá, Uruguay, el tema se regula por medio de leyes específicas sobre derechos de los pacientes. Perú tiene una norma sobre la obligación de los establecimientos de salud de brindar atención médica en caso de emergencias y partos que incluye una sección sobre derechos de los pacientes.¹⁰³

La autonomía del paciente está reconocida en casi todas las legislaciones. El respeto a la confidencialidad, la privacidad, la intimidad y la dignidad, el

¹⁰³Organización Panamericana de la Salud OPS, “*Análisis Comparado del Marco Jurídico Sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea*”, (Washington, DC: OPS, 2012).

derecho a la información y al consentimiento informado tiene mayor generalización.

Entre los derechos de los pacientes se incluyen también el derecho a la interconsulta médica (Argentina), a recibir atención oportuna, y en un ambiente limpio y seguro; al uso de los efectos personales durante la internación y a obtener el detalle de la cuenta por servicios que reciban los pacientes no asegurados que acudan a servicios públicos, o a indicar el nombre de las personas que tendrán prioridad de visita si lo permite el estado de salud (Costa Rica); a que se brinde al paciente internado la dieta indicada y se le permita el suministro de alimentos por parte de los familiares (Nicaragua); a la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico, o a recibir medicación sin cargo durante la internación (Ecuador, Argentina), a ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida (Ecuador), entre otros.¹⁰⁴

Otras normas, reconocen expresamente el derecho de los pacientes a participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y a vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, a través de la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social (Ecuador).

Si bien la mayoría de los países regulan los derechos de los pacientes, no todos fijan sus deberes. Sobre los deberes de los pacientes se prevé que las personas usuarias de los servicios de salud deban proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades

¹⁰⁴ Ibid.

previas, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud; cumplir las instrucciones e indicaciones que les brinde el personal de salud, en forma adecuada, responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no sigan las instrucciones de los profesionales a cargo del cuidado de su salud; respetar los derechos de los profesionales de salud y de los demás usuarios de los servicios de salud, contribuir de manera oportuna, cuando cuenten con los recursos, al financiamiento de los servicios de salud públicos (Costa Rica); así como el deber de participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad (Honduras, Nicaragua), y de ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición (México).

En otros casos a la detallada enumeración de derechos del paciente, se agrega que los mismos no limitan el cumplimiento de los deberes que también tienen los pacientes y que surgen de las obligaciones constitucionales de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad (Uruguay).

Los países analizados comparten mecanismos de quejas y reclamos por parte de los pacientes, aunque algunos de ellos no son aplicables al conjunto de las instituciones que integran el sistema de salud. Ello guarda relación con el reparto de competencias entre la autoridad sanitaria nacional y otras instancias regulatorias.

El sistema de quejas y reclamos puede circunscribirse a los beneficiarios de la seguridad social, mientras que para el resto de los usuarios se aplica la norma sobre derechos de los pacientes (Argentina). En el mismo sentido existe normativa específica sobre quejas y reclamos para las personas que pertenecen a algún subsector del sistema de salud (Chile, Colombia, Panamá,

Perú, República Dominicana). Se identifican normas más uniformes que cubren a todos los sectores (Brasil, Uruguay).¹⁰⁵

3.4.1. Nicaragua

Los nicaragüenses tienen derecho, por igual a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.¹⁰⁶

La Ley General de Salud de Nicaragua en su artículo 8 establece un catálogo de derechos de los usuarios del sector de salud públicos y privados entre ellos se encuentra:

1. Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable.
2. Gratuidad a los servicios en el sector público.
3. A ser informado de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento.
4. Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privada, salvo las excepciones legales.

¹⁰⁵ OPS, *(CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea*, (2012)

¹⁰⁶ Constitución Política de la República de Nicaragua (Asamblea Nacional, Nicaragua) artículo 64.

5. Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de: raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical, tipo de enfermedad o padecimiento, o cualquier otra condición
6. . A que se le extienda certificado de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal, reglamentaria o por solicitud del interesado.
7. A que quede constancia en el expediente clínico de todo su proceso de atención, en todas y cada una de las instancias del sector salud. Al finalizar la atención del usuario en una unidad de salud, el paciente, familiar o personas con suficiente poder de representación legal, recibirá su informe de alta.
8. A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos en la Ley y su Reglamento.
9. A exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

Legislación en Salud de Nicaragua:

1. Constitución política de la República de Nicaragua (artículo 64).
2. Ley N° 423, Ley General de Salud, Publicada en el 17 de mayo del 2002. Decreto N° 001/03, Reglamento de la Ley General de Salud.

3.4.2. Argentina

El reconocimiento del derecho a la salud en la constitución argentina muestra un robusto contenido ya que menciona que los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y

Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La Ley N° 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, define los derechos de los pacientes de la siguiente manera: Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate.

Asimismo establece el catálogo de derechos, entre ellos se encuentra:¹⁰⁷

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

¹⁰⁷ Ley N° 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, (Argentina,2001)

- c) Intimidad. Toda actividad médica, asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;
- d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;
- e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Legislación en Salud de Argentina:¹⁰⁸

1. Ley N° 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada el 21 de octubre de 2009 y publicada el 20 de noviembre de 2009.
2. Resolución N° 738 del Ministerio de Salud del 22 de julio de 2008. Aprueba el Programa “Cuidarse en Salud”.
3. Resolución N° 075/98 Superintendencia de Servicios de Salud.

¹⁰⁸ OPS, *(CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea*, (Washington, 2012)

3.4.3. Ecuador

Ley N° 7 de Derechos y Amparo del Paciente menciona los siguientes derechos:

1. Derecho a atención digna: Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano
2. Derecho a no ser discriminado: Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.
3. Derecho a la confidencialidad: Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.
4. Derecho a la información: Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes.
5. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento. Derecho a decidir: Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico.

Legislación en salud de Ecuador:

1. Constitución de la República del Ecuador (artículo 32).

2. Ley N° 2002-80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial N° 670 de 25 de septiembre del año 2002.
3. Ley N° 7 de Derechos y Amparo del Paciente de 3 de febrero de 1995.

3.4.4. México

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en el párrafo cuarto del artículo 4 garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud. En su segunda parte, dicho párrafo ordena al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia, de acuerdo con lo establecido en la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

Su texto es el siguiente: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución

Legislación en salud de México:

1. Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 30- 12-2009.
2. Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal. 7 de enero de 2008.
3. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. 2001.
4. Código de Ética médica.

3.4.5. Chile

En Chile la regulación de la relación entre el agente de salud y el paciente, tradicionalmente había quedado entregada a la ética profesional o a ciertos principios administrativos generales que promovían el buen trato. Conforme a la doctrina de los derechos fundamentales recogidos en la Constitución Política Chilena y en los Tratados Internacionales suscrito por éste después de más de diez años de tramitación legislativa se reconoció un catálogo de derechos y deberes que, por disposición legal, son exigibles a todo prestador de salud público o privado, sea individual o institucional.

Se trata de la ley N° 20.584, que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”.¹⁰⁹

Este establece un conjunto de derechos sobre los que se ha legislado, se podría sistematizar entre otros, en los siguientes bloques:

1. Derechos vinculados a la vida y a la integridad física y psíquica;
2. Derechos relacionados con la autonomía;
3. Derechos relacionados con la información necesaria para la toma de decisiones, en diferentes ámbitos relacionados con la atención;
4. Derechos relacionados con la intimidad. Todos los que en su conjunto protegen de un modo integral a la persona necesitada de atención en salud, y de un u otra forma convergen en un caso en concreto.
5. Derechos relacionados con la confidencialidad.

¹⁰⁹ Paulina Milos Hurtado, Hernán Corral Talciani, “Derechos y Deberes de los Pacientes, Estudios y Textos Reglamentarios”, Facultad de Derecho, (Universidad de los Andes, Chile 2014.)

3.4.6. España

La Ley 41/2002 refuerza el derecho a la autonomía del paciente. Concretamente, da un trato especial a la regulación sobre instrucciones previas que contemplan los deseos del paciente expresados con anterioridad, así como a todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, destacando los derechos de los usuarios en este aspecto.

Este marco legal recoge de igual manera los deberes que todo paciente tiene y que igualmente es importante que conozca. La finalidad es que la relación tanto con los profesionales como con las instituciones sanitarias resulte eficaz para lograr el fin último que no es otro que prevenir, proteger y promocionar la salud y la calidad de vida del paciente.

3.4.6.1. Carta Europea de los Derechos de los Pacientes

Por parte de los ciudadanos europeos, en noviembre de 2002, la Active Citizenship Network (ACN, siglas en inglés) junto con un grupo de organizaciones ciudadanas estableció la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes, aprobada en Roma. Se basa en los derechos fundamentales de las personas, reconocidos por la Unión Europea.

Concretamente, la Carta está basada en la Carta de los Derechos Fundamentales de Niza mencionada anteriormente. El texto pretende reforzar el grado de protección de los derechos de los pacientes y ciudadanos en los diferentes contextos nacionales, así como constituir una herramienta para la armonización de los Sistemas Nacionales de Salud que favorezca los derechos de los pacientes y los ciudadanos.

3.5. Legislación Comparada

Se dice que el Derecho Comparado, “es la ciencia cuyo objeto es el estudio de las semejanzas y diferencias entre los ordenamientos jurídicos de dos o más países”.¹¹⁰ Con lo que respecta al estudio de las dificultades para la aplicación eficaz de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicio en El Salvador, se analizará, la situación jurídica existente en las Repúblicas de México, España y Guatemala.

3.5.1. España

La protección de los derechos de los pacientes reconocidos en el marco legal español es una de las mayores garantías de una asistencia sanitaria de calidad y del cumplimiento de uno de los derechos básicos de las personas en cuanto al derecho a la salud.

La Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Carta Europea de noviembre de 2002 reconocen los siguientes derechos de los pacientes:

1. Derecho a las medidas preventivas.
2. Derecho a atención gratuita.
3. Derecho a la información.
4. Derecho al consentimiento informado.
5. Derecho a decidir qué pruebas hacerse para establecer el diagnóstico

¹¹⁰ Manuel Osorio, Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales, (Editorial Healista Buenos Aires, Argentina 1984).

6. Derecho a la privacidad y confidencialidad de sus datos e historia clínica.
7. Derecho al respeto del tiempo del paciente, asegurando la inmediata inscripción en el caso de que haya listas de espera.
8. Derecho al acceso a servicios de alta calidad basados en la especificación y cumplimiento de estándares precisos.
9. Derecho a la seguridad. Para garantizar este derecho, los hospitales y Servicios de Salud deben asegurarse, entre otras cosas, de que los aparatos médicos electrónicos se mantienen en buen estado.
10. Derecho al acceso a procedimientos innovadores.
11. Derecho a evitar dolor y sufrimiento innecesarios.
12. Derecho a un tratamiento personalizado.
13. Derecho a reclamar.
14. Derecho a la compensación en caso de sufrir un daño físico, moral o psicológico.¹¹¹

El catálogo de los 14 derechos antes mencionados tiene semejanzas con los 12 derechos que establece la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, en El Salvador ya que derecho de atención, derecho de consentimiento informado, derecho a la privacidad y derechos de reclamos y sugerencias forman parte del catálogo de derechos de dicha ley. En cuanto a los deberes de los pacientes España no cuenta con una norma individualizada de los deberes de los pacientes únicamente se limita a definir la obligación de colaboración del paciente, sobre derechos y obligaciones de los prestadores de servicios no se establece nada, a diferencia de El Salvador si se define los deberes y obligaciones de los prestadores de servicios de salud también se enuncian los deberes del paciente.

¹¹¹ Ley 41/2002, (Asamblea General, España, 2002)

3.5.2. México

México cuenta con un régimen de protección sobre los derechos de los pacientes para ello la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes establece un decálogo de derechos:¹¹²

1. Recibir atención médica adecuada
2. Recibir trato digno y respetuoso
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de urgencia
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida
11. Recibir un trato adecuado con criterios éticos
12. Que su información no se divulgue
13. Recibir medicamentos

El catálogo de derechos antes mencionados coincide con los 12 derechos que enuncia la LDDyPSS, sin embargo, no incluye el derecho de reclamos y sugerencias, derecho de segunda opinión y derechos de medicamentos.

En cuanto a los deberes de los pacientes no se regula en disposición normativa alguna ni mucho menos se menciona deberes y derechos de los prestadores de servicios de salud.

¹¹² Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, (México 2002)

3.5.3. Costa Rica

Ley N° 8239 de 2002 de derechos y obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados en el artículo 2 refiere; Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes.
- b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.
- c) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.
- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
- e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
- f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.
- g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.
- h) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.
- i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad.
- j) Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.
- k) Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.

- l) Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
- m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias.
- n) Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.
 - a. Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.
 - b. p) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios público

Costa Rica al igual que los países anteriores coincide en términos generales con el catálogo de derechos sin embargo es más extenso ya que del derecho de atención se derivan más derechos. Esta ley tiene semejanza con la estructura de la LDDy PSS ambas leyes mencionan los derechos y deberes en un mismo cuerpo normativo.

CAPITULO IV
LA LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y SU APLICACIÓN

En este capítulo se analiza la aplicación de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud. Como punto de partida ha sido importante conocer la estructura de dicha Ley, desde disposiciones generales, catálogo de derechos y deberes, así como de infracciones y sus sanciones. El procedimiento sancionatorio para las infracciones que menciona la ley en estudio se desarrolla en cada una de sus partes con sus respectivos análisis y comentarios a modo de resolver dificultades para la aplicación eficaz de dicha ley. Vale mencionar que en la mayoría de países este tipo de legislación es de carácter proteccionista y que se enfoca principalmente en los derechos de los pacientes, tomando en cuenta el estado vulnerable en que se encuentra la persona cuando adolece un padecimiento de salud.

En nuestro caso el legislador además de los deberes del paciente incluyó los deberes y derechos, aunque no son conmutativos al menos da la idea de un tratamiento equitativo e integral.

4.1. Análisis Estructural de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud

Mediante Decreto Legislativo número 307 de fecha 10 de marzo de 2016¹¹³, se aprobó la Ley de Deberes y Derechos de Los Pacientes y Prestadores de

¹¹³ LDDyPSS (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2016)

Servicios de Salud, fue publicada en el Diario Oficial número 64 tomo 411 de fecha 11 de abril del año 2016, dicha Ley entró en vigencia el día 9 de mayo de dos mil dieciséis.

La Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de servicios de Salud se divide en 2 títulos y 10 capítulos:

Título I

- I. Capítulo I Disposiciones Generales
- II. Capítulo II Ente Rector y Autoridad Sancionadora
- III. Capítulo III Definiciones
- IV. Capítulo IV Los Derechos Y deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.
Sección 1ª Deberes de los Pacientes
Sección 2ª Deberes de los Pacientes
- V. Capítulo V Derechos y Deberes de los Prestadores de Servicios De Salud
Sección 1ª Derechos de Los Prestadores de Servicios de Salud
Sección 2ª Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud
- VI. Capítulo VI Prohibiciones
- VII. Capítulo VII De los Trabajadores de la Salud
- VIII. Capítulo VIII Infracciones y Sanciones
Sección 1ª Infracciones
Sección 2ª Sanciones
- IX. Capítulo IX Procedimiento
- X. Capítulo X Recurso de Apelación

Título II

- XI. Disposiciones finales y vigencia

4.2. Objeto de la Ley

En el capítulo I se establece que el objeto de la Ley es regular y garantizar los derechos y deberes de los pacientes que soliciten o reciban servicios de salud, así como de los prestadores de servicios en el ámbito público, privado y autónomo, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.¹¹⁴ Como en toda la legislación sanitaria, se incluye expresamente al ISSS, ya que por mandato de su propia ley, la referencia debe ser expresa para que le sea aplicable. La LDDyPSS tiene como objeto regular las relaciones clínico asistenciales de las distintas profesiones en salud que se ejercen con su debida autorización por las respectivas Juntas de Vigilancia de las profesiones en salud, esta Ley se aplica de manera general en instituciones que pertenezcan a la red de servicios públicos, entendiéndose las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud como aquellas de carácter técnico prestado a toda la población de manera regular y continua, el cual constituye un bien público, igualmente es aplicable a los prestadores de servicios de salud en el sector privado.

4.3. Ámbito de Aplicación

La Ley es de obligatorio cumplimiento para todos los pacientes y usuarios que utilicen los servicios de salud, y todas las instituciones públicas, privadas o autónomas, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social que se dediquen a la prestación de servicios de salud.¹¹⁵

¹¹⁴Ley de Deberes y derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2016)

¹¹⁵ *Ibíd.*

El Capítulo II establece que para el cumplimiento de la Ley, el ente rector será el Ministerio de Salud, quien emitirá las políticas necesarias, normas técnicas, y determinará las acciones para asegurar el cumplimiento de la Ley.¹¹⁶

Es importante diferenciar jurídicamente la calidad de paciente o usuario de servicio de salud, el concepto de paciente se refiere a aquella persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud. Mientras que el usuario es simplemente la persona que, sin estar en tratamiento, utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

El alcance de aplicación no se limita a instituciones de la red de servicios públicos, sino que abarca aquellos establecimientos de salud que de forma privada brindan servicios de salud.

El cumplimiento y garantía de los deberes de los pacientes le corresponden al Ministerio de salud, quien ejercerá funciones normativas de control y coordinación interinstitucional en relación a las instituciones del Sistema Nacional de Salud de igual manera con los prestadores de servicios de salud del sector privado se ejercerá las mismas funciones en coordinación con el Consejo Superior de Salud Pública.

4.4. Ente Rector

El ministerio de salud es la institución encargada de dirigir, regir y verificar el cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes en las instituciones

¹¹⁶LDDyPSS (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2016).

que conforman el Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Fondo Solidario para la Salud, Instituto de Rehabilitación Integral, Bienestar Magisterial, e Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el ámbito privado la ley también es de obligatorio cumplimiento.

El MINSAL como ente rector para la aplicación de la ley, ejercen funciones reguladoras, de control, de difusión y de coordinación intersectorial; para el efectivo cumplimiento y goce de los derechos y obligaciones que se regulan.

4.5. Autoridad Sancionatoria

La ley otorga la facultad sancionatoria a las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de la Salud y al Consejo Superior de Salud Pública.

Las Juntas de Vigilancias son las encargadas de aplicar la potestad sancionadora en primera instancia por medio del procedimiento administrativo sancionador.

Las Juntas de Vigilancias son organismos encargados de vigilar y autorizar a los profesionales poseen autonomía en sus funciones y resoluciones, están compuestas por 5 miembros pertenecientes a la respectiva profesión en total son 7 Juntas de Vigilancias, las cuales pertenecen al Consejo Superior de Salud Pública (Médica, Odontológica, Químico Farmacéutica, Médico Veterinaria, Psicología, Laboratorio Clínico y Enfermería).

Las atribuciones de la autoridad sancionadora son las de verificar el cumplimiento de la ley en la red de servicios públicos y privados, así como presentar los recomendables para el cumplimiento efectivo de la ley, y someter

al procedimiento administrativo sancionador a aquellos que infrinja las disposiciones contenidas en la ley.

Para el efectivo ejercicio de la potestad sancionadora, en la ley se crea y se le establecen atribuciones a una nueva dependencia del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), que se denomina Oficina Tramitadora de Denuncias OTD por sus siglas, la cual estará integrada por un equipo jurídico y un equipo multidisciplinario de profesionales en salud.

Esta situación generó que el legislador modificara la estructura orgánica del CSSP, creando la OTD por medio del Decreto N° 31, del 1 de abril de 2016, publicado en el Diario Oficial N° 72, Tomo 411 del 20 de abril de 2016, que reformo el Art. 17 del Código de Salud incorporando el Art. 17- A vale mencionar que en ambos decretos, se estableció que el presupuesto para la creación material y funcionamiento de la OTD se asignaría por los Ministerios de Hacienda y Salud, algo que dos años después no sucedió.

4.6. Oficina Tramitadora de Denuncias

La Oficina tramitadora de denuncias se abrevia como OTD y funciona como un organismo auxiliar del Consejo Superior de Salud Pública, esta tiene las siguientes atribuciones:

- a) Recibir denuncias,
- b) Revisar y analizar las denuncias, y proponer mediante dictamen motivado, a la Junta respectiva, la admisión o no de las mismas;
- c) Instruir los procedimientos administrativos sancionatorios que determinen los organismos competentes, recabando y valorando las pruebas incorporadas, proponiendo a éstos, mediante dictamen

motivado tener por establecida o no la responsabilidad administrativa y la imposición de sanciones cuando fuere pertinente y

- d) Clasificar y resguardar los expedientes durante su tramitación y los fenecidos, guardando la debida confidencialidad de la información proporcionada.

4.7. Catálogo de Derechos de los Pacientes.

A continuación, se presenta una breve explicación e interpretación del significado y alcance de los derechos y deberes que regula la Ley.

1. Derecho de Atención (Art.10)

El derecho de atención consiste en brindarle al paciente o usuario asistencia sanitaria de manera oportuna con criterios éticos y de justicia social, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, comprende acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes.

2. Derecho a Trato Igualitario (Art.11)

El paciente tiene derecho a que se le brinde un trato digno y respetuoso en todo momento y circunstancia y demanda del prestador de los servicios esto implica el uso de lenguaje adecuado y entendible, eje comunicativo; saludar, escuchar, así como mostrar una actitud basada en normas de cortesía y convivencia social; respeto, amabilidad, tolerancia, generosidad, responsabilidad y ética profesional

3. Derecho a una atención Calificada (Art.12)

4. El paciente tiene derecho a recibir atención sanitaria por profesionales acreditados y calificados por la máxima autoridad institucional es indispensable contar con la autorización del establecimiento y del personal de salud, le corresponde al Consejo Superior de Salud Pública la implementación de sistemas de calidad que conlleven a la acreditación de los establecimientos de salud, así como la certificación y recertificación de profesionales de la salud.

5. Derecho a la Información (Art.13)

Los pacientes tienen derecho a conocer el diagnóstico de su enfermedad y sus consecuencias, así como los posibles tratamientos y sus efectos, siendo imprescindible para poder ejercer este derecho que la información sea transmitida de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y nivel de comprensión, al paciente se le comunicara en forma verbal y al acompañante si los hubiere durante la atención, considerando el tipo de complejidad de la misma.

La información se deberá por entregar por escrito al finalizar la atención, debiendo dejar constancia de tales circunstancias en el expediente clínico respectivo.

La información se facilitará por medio de formularios autorizados por el Ministerio de Salud.

6. Derecho de Consentimiento Informado (Art.15)

El Consentimiento Informado es la aceptación racional de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos por un paciente, en forma libre,

voluntaria, consciente, después de que se le haya informado de la naturaleza de la intervención, así como de las alternativas posibles con sus posibles riesgos y beneficios.

El consentimiento informado debe ser acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud luego de recibir la información adecuada y suficiente y continua, esta información deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante en el formulario autorizado por el Ministerio de Salud, el cual es el encargado de emitir las normas técnicas que regula la forma de otorgamiento del consentimiento informado y su procedencia en los casos de procedimientos de atención médica, el formato de dicho consentimiento informado aplica en el ámbito público y privado.¹¹⁷

En El Salvador el consentimiento informado aplica también para casos de investigación médica y por sustitución.

En el caso de investigación médica el consentimiento informado es válido siempre y cuando al paciente se le proponga ser parte de una investigación, y este reciba la información adecuada, suficiente en la cual se explique; diagnóstico, alternativas terapéuticas, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas, nombre de la investigación y objetivos de la misma, riesgos e inconvenientes presentes y futuros para participar en el estudio. Los datos personales del paciente deben guardarse bajo criterios de confidencialidad ninguna otra persona ajena al estudio puede tener conocimiento sobre esta.

¹¹⁷ *Ibíd.*

El paciente puede retirarse de forma voluntaria de participar en el estudio, sin que el estudio repercuta en la atención que reciba el paciente y no perderá ningún beneficio como paciente.

En El Salvador, la verificación del consentimiento informado en casos de investigación médica o ensayos clínicos, está a cargo del Comité Nacional de Ética para la Investigación en Salud (CNEIS). El comité está formado por profesionales de diferentes áreas y personas representantes del pensamiento social, filosófico y religioso; orgánicamente depende del MINSAL y funcionalmente del CSSP.

El consentimiento informado por sustitución puede otorgarse en los siguientes supuestos; cuando el paciente este incapacitado para tomar las decisiones de los procedimientos o intervenciones quirúrgicas al que será sometido su cónyuge, conviviente o familiares puede manifestar el consentimiento si el paciente hubiera designado una persona en especial le corresponderá a ella la preferencia para manifestar su consentimiento. En el caso que sean menores de edad, adolescentes o se trate de incapacitados legalmente el consentimiento les corresponde a sus padres o representante legal.

7. Derecho a la Privacidad (Art.19)

A todo paciente se le garantizará la privacidad e intimidad durante su exploración clínica y estadía hospitalaria. El paciente podrá hacerse acompañar de un familiar si así lo estimare. Para los casos en los que esté involucrado un niño, niña o adolescente o discapacitado, siempre deben estar acompañados de familiar o representante legal

8. Derecho a la Confidencialidad (Art.20)

La persona tiene derecho a que toda la información que exprese al personal sanitario, se maneje con estricta confidencialidad y se divulgue sólo con su autorización, o por orden de autoridad competente.

Los profesionales de la salud y las instituciones deben tomar todas las medidas adecuadas para garantizar la confidencialidad de los datos descritos en el expediente clínico, cualquiera que sea el sistema utilizado para su almacenamiento. El paciente tiene el derecho de acceder a su historia clínica, ya que la finalidad de ella, es facilitar la asistencia del paciente.

Las intervenciones médicas sólo podrán llevarse a cabo si existe el debido respeto a la intimidad y privacidad de la persona, esto es particularmente importante cuando los actos médicos se ejecutan en salas compartidas por varios pacientes.

9. Derecho a formular sugerencias, consultas y reclamos (Art.21)

El paciente tiene derecho a expresar sus consultas reclamos y sugerencias así como también a recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando esté disconforme por la atención recibida, sea de tipo médico, de enfermería u otros servicios de apoyo, así mismo tiene derecho formular las sugerencias, consultas y reclamos en los establecimientos de salud que reciba atención sanitaria ya sea del ámbito privado o público los formularios para presentar las quejas y reclamos son indispensables para facilitar la comunicación entre el paciente y el establecimientos de salud.

Para los establecimientos públicos son oficinas especializadas en la asesoría y atención de los pacientes las encargadas de resolver dichas sugerencias, reclamos o quejas.

En el caso del ámbito privado se deberán crear oficinas correspondientes según el requerimiento técnico del CSSP.

10. Derecho de segunda opinión (Art.21)

El paciente tiene derecho a solicitar una segunda opinión en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y las alternativas terapéuticas cuando así lo considere pertinente esta segunda opinión debe solicitarse a un facultativo de igual especialidad a la de quien emitió el diagnóstico y tratamiento referido para evacuar las inquietudes o dudas del paciente.

Para garantizar la participación de los usuarios en el sistema de salud se reconoce a toda persona el derecho a efectuar las consultas y reclamos que estime pertinentes, así como manifestar, en forma personal o por escrito, sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas.

11. Derecho a Conocer los Costos (Art.23)

El paciente, usuario, familiar o representante tiene derecho a que se le brinde la información sobre los costos de la atención en los establecimientos de salud privados, dicha información debe ser completa y detallada sobre costo del procedimiento debidamente justificado y descrito, así como el costo de los medicamentos e insumos.

Actualmente en El Salvador la atención en los establecimientos del MINSAL es gratuita y en las instituciones que atienden cotizantes, la atención no genera otro tipo de costos directos en el momento de recibir el servicio.

12. Derecho a Medicamentos y otros (Art.24)

El acceso a los medicamentos es un elemento esencial del derecho a la salud los pacientes públicos tienen derecho a recibir medicamentos del listado oficial de medicamentos, así como a los insumos médicos y exámenes de laboratorio y gabinete indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención basadas en normas y protocolos de cada institución. En el ámbito privado el facultativo se limita a prescribir y a extender la receta respectiva. No obstante, a partir de la vigencia de la Ley de Medicamentos, el precio de ciertos productos es regulado, lo cual favorece la adquisición de medicamentos por la población a precios razonables.

13. Derecho a la Visita (Art.25)

Los pacientes tienen derecho a la compañía y apoyo de familiares y amigos, durante su estadía en el hospital de acuerdo a las normas y protocolos de los centros asistenciales.

4.8. Catálogo de Deberes del paciente

1. Deber de respetar al equipo de salud, (Art. 26)

El paciente tiene el deber de cuidar, respetar y hacer uso adecuado el equipo, instalaciones y mobiliario del centro asistencial.

2. Deber de cumplir con las prescripciones médicas, (Art. 28)

Uno de los deberes más importantes del paciente es cumplir con las prescripciones médicas ya que la recuperación de la salud del paciente depende del cumplimiento del tratamiento, de modo que de incumplirse puede generar consecuencias leves e incluso llevar a la muerte.

3. Deber de cancelar costos médicos, (Art.29)

En el ámbito privado corresponde al paciente o sus familiares cancelar los costos y gastos de la estancia hospitalaria del paciente, así como los exámenes y medicamentos necesarios para la recuperación del paciente.

4. Proporcionar información veraz y completa de sus datos personales, de sus antecedentes personales y familiares, y del motivo de su consulta u hospitalización, (Art. 27 literal a).

El paciente tiene el deber y la obligación de brindar los datos e información necesaria para este pueda ser identificado por medio del expediente clínico así mismo debe brindar los motivos de consulta u hospitalización.

5. Cumplir las indicaciones y prescripciones que les brinde el personal de salud y someterse a las medidas que se le indiquen, cuando su estado pueda constituir perjuicio a la salud pública, (Art. 27, literal b)

El paciente tiene el deber de seguir las indicaciones y cuidados brindados por los prestadores de servicios de salud, así como someterse a las medidas y normas que se le hagan de su conocimiento cuando su estado de salud represente un perjuicio para la salud de las demás personas, aplica para los casos de enfermedades epidemiológicas.

6. Cuidar las instalaciones, equipo y mobiliario en que son atendidos al igual que sus familiares y visitas, así como colaborar con el mantenimiento, orden e higiene de las mismas, (Art. 27 literal c). El paciente y familiares de este tienen el deber de cuidar el centro asistencial, así como a colaborar en orden e higiene de este.

7. Hacer uso adecuado y racional de las prestaciones farmacéuticas e incapacidad laboral, (Art. 27 literal d). El paciente tiene el deber de utilizar de forma adecuada y racional los medicamentos, así como también las incapacidades que han sido otorgadas para la recuperación de su salud.
8. Dejar constancia por escrito cuando se rehúse a seguir las prescripciones médicas y los métodos de tratamiento del prestador de servicios de salud, o cuando cause alta voluntaria, (Art. 27 literal e).

El paciente que se rehúse a cumplir con el tratamiento asignado y las prescripciones médicas debe dejar constancia por escrito así mismo cuando de forma voluntaria cause el alta. ¹¹⁸

4.9. Derechos de los Prestadores de Servicios de Salud

El prestador de servicios de salud tiene derecho a que el paciente, familiares, acompañante y usuario se dirijan de manera respetuosa hacia el personal de la red de servicios de salud siendo estos de carácter técnico o administrativo, así mismo el paciente debe prestar colaboración necesaria para que se le brinde una mejor atención.

4.9.1. Derechos de los Profesionales de la Salud

- a) El profesional de la salud de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados, decidirá el mejor procedimiento de atención, respetando las normas, protocolos institucionales y los reconocidos internacionalmente;

¹¹⁸ *Ibíd.*

- b) Obtener del paciente y los familiares, la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones;
- c) Dejar constancia por escrito de su negativa a efectuar actos ajenos a la naturaleza de su profesión, las funciones de su cargo y las condiciones acordadas con el paciente o la institución;
- d) Contar con instalaciones apropiadas y seguras que garanticen el buen desempeño de sus labores; y,
- e) Recibir de la autoridad competente la colaboración necesaria para el mejor desarrollo de sus funciones.¹¹⁹

4.9.2. Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud

- a) Dar cumplimiento y asegurar la difusión de los derechos y deberes que esta Ley consagra, a todas las personas en atención a su salud;
- b) Explicar a los pacientes y usuarios, de forma clara, concisa y detallada sobre la enfermedad o padecimiento que adolezcan, y su diagnóstico, tratamiento, medicación duración y posibles efectos secundarios;
- c) Garantizar el secreto profesional
- d) Custodiar los expedientes clínicos de los pacientes, adoptando las medidas técnicas y procedimientos adecuados para el resguardo y protección de los datos contenidos en los mismos y evitar su destrucción o pérdida;
- e) Tener una actuación diligente, profesional, ética y moral, y deberá responder cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte a un paciente;
- f) Colocar en sus instalaciones y establecimientos de manera pública y visible, los derechos y deberes de los pacientes; y,

¹¹⁹ *Ibíd.*

- g) Aplicar el mejor procedimiento de atención, respetando las normas institucionales establecidas, de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados.

4.10. Régimen Sancionatorio

4.10.1. Principio de Tipicidad

El principio de legalidad impone, la exigencia material absoluta de predeterminación normativa de las conductas y de las sanciones correspondientes, exigencia que afecta a la tipificación de las infracciones, a la graduación, escala de las sanciones y a la correlación entre una y otras, de tal modo que el conjunto de normas aplicables permita predecir, con suficiente grado de certeza, el tipo y el grado de sanción susceptible de ser impuesta así la tipicidad es la descripción legal de una conducta específica a la que se vinculara una sanción administrativa.

La especificidad de la conducta a tipificar viene de una doble exigencia, del principio general de Libertad, sobre el que se organiza todo el Estado de derecho que impone que las conductas sancionables, sean significado a esa libertad y, por tanto, exactamente delimitadas sin ninguna indeterminación además por la representación democrática del pueblo, a través de las leyes y en segundo lugar a la correlativa exigencia de la seguridad jurídica que no cumpliría sí la descripción de lo sancionable no permitiese un grado de certeza suficiente para que los ciudadanos puedan predecir las consecuencias de sus actos.¹²⁰

¹²⁰ Eduardo de Enterría, *Curso de Derecho Administrativo* (Madrid 2006)

La doctrina estipula que las exigencias del principio de tipicidad no son absolutas, sino que existe flexibilidad, aunque no se admite que la definición de infracción, utilice conceptos jurídicos indeterminados en la medida que sean impredecibles, igualmente no se admiten formulas genéricas y abiertas que conviertan en infracción cualquier conducta antijurídica.

Por otra parte, si se admite la atribución de cierta discrecionalidad a la administración para concretar la sanción pertinente en cada caso, dentro del margen establecido por la ley y siempre que esta no sea absoluta.

4.10.2. Infracciones

Las infracciones son las figuras jurídicas que describen los actos u omisiones de los administrados y que conllevan una contravención de alguna disposición administrativa y para la cual está prevista una determinada sanción. Únicamente por la comisión de infracciones administrativas podrán imponerse sanciones que, en todo caso, estarán delimitadas por la ley.

Las infracciones para los prestadores de servicios de salud se clasifican en:

1. Graves, (Art.42),
2. Menos graves (Art.43) y
3. Leves (Art.44)¹²¹

1. Infracciones Graves

Dirigidas al derecho de atención:

¹²¹ LDDyPSS (Asamblea Legislativa, El Salvador, 2016).

- a) Negar la atención en situación de emergencia a un paciente, poniendo en riesgo su vida, en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud y privados;
- b) Negar la atención en salud a una persona o brindarla deficientemente, en razón de sus creencias, sexo, diversidad sexual, edad, condición económica, social, política o ideológica u otra condición;
- c) Abandonar al paciente bajo su cuidado, para prestar servicios privados de salud, en horas laborales cuando se trate de un profesional contratado en el Sistema Público de Salud. Salvo aquellos casos de emergencia y que tenga autorización de su superior.
- d) Derivar pacientes de los servicios públicos hacia atención privada mediante información engañosa o amenazas de no recibir atención en el establecimiento público;
- e) Brindar el servicio con faltas de respeto, insultos, improperios y frases hirientes al paciente.

Dirigidas al derecho de atención calificada:

- a) No estar debidamente acreditado, certificado y autorizado, para ejercer las profesiones relacionadas con la salud;
- b) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes;
- c) Proferir todo tipo de insultos y maltratos físicos, psicológicos y morales, a los pacientes familiares o responsables estando en el interior de todo establecimiento público o privado de salud;
- d) Ofrecer, dar o recibir cualquier tipo de recompensa en carácter de pago por un servicio ofrecido en establecimientos de la Red Pública de Salud.
- e) Sustraer sin autorización medicamentos, instrumental o insumos médicos del establecimiento en el que presta servicios de salud.

Dirigidas al derecho de información y consentimiento informado:

- a) Dar información, diagnóstico o tratamiento alterado intencionalmente a un paciente, que agrave su estado de salud;
- b) Realizar un procedimiento o tratamiento médico sea o no invasivo sin el expreso consentimiento por escrito del paciente o en su defecto de su familiar cercano, o representante;
- c) Someter a un procedimiento médico de investigación a un paciente, sin haber obtenido su consentimiento informado por escrito, en el que exprese conscientemente su voluntad de realizarlo;
- d) Practicar hipnosis con otra finalidad, que no sea del ejercicio mismo de su profesión.

Dirigidas al derecho de privacidad y confidencialidad:

- a) Difundir públicamente la información médica y clínica del estado de salud de un paciente, la cual se haya obtenido en la atención médica brindada;
- b) Dañar, alterar o extraer hojas del expediente clínico de un paciente o usuario;

2. Infracciones menos graves

Dirigidas al derecho de información, derecho de privacidad y segunda opinión:

- a) No entregar al paciente por escrito, información de una forma clara, comprensible, precisa y oportuna sobre su estado de salud y las alternativas de curación para restablecerla;

- b) Brindar atención de salud o realizar un procedimiento médico sin resguardar la intimidad y privacidad del paciente;
- c) Impedir que el paciente reciba una segunda opinión antes de realizar un procedimiento.

3. Infracciones leves

Dirigidas al derecho de información:

- a) Negar al paciente cuando es dado de alta el informe escrito que regula el Art. 14 de la Ley, u otorgarlo incompleto;

Dirigidas al derecho de visita

- a) Impedir a familiares la visita a los pacientes, sin ninguna causa justificada;
- b) Negar el ingreso de asistencia espiritual a pacientes que por su condición grave de salud la solicitaren, siempre que se respeten a los demás pacientes;

Dirigidas al derecho de sugerencias y reclamos:

- a) Negarse de manera tácita o expresa a resolver las sugerencias, consultas, quejas y reclamos de un paciente con respecto a la atención de salud recibida;

Dirigidas al derecho de conocer costos:

- a) Negarse a brindar detalle oportuno y claro de los costos que deban invertir el usuario por recibir atención en salud;

Dirigida al paciente:

- a) Tratándose de pacientes, familiares o acompañantes, insultar, amenazar o agredir a los profesionales de salud o al personal del establecimiento prestador de salud.

4.10.3. Sanciones administrativas

El acto de la Administración Pública constitutivo de una sanción es un acto de gravamen a través del cual se afecta negativamente la esfera jurídica de los particulares, ya sea mediante la privación de un derecho o de una determinada actividad, o mediante la imposición de un deber antes inexistente.¹²²

En ese mismo sentido, se puede afirmar que una sanción administrativa la constituye cualquier menoscabo impuesto por la Administración a un administrado como consecuencia de una conducta ilegal, determinada por un procedimiento administrativo previo.

En el Art. 45 de LDDyPSS las sanciones que se impondrán a las personas que cometan las infracciones se clasifican en tres:

- 1) Para las infracciones graves, suspensión del ejercicio profesional de un mes a cinco años;

La suspensión del ejercicio profesional consiste en aquella sanción que inhabilita al profesional en salud para que continúe con su ejercicio profesional por un determinado tiempo, tanto en el ámbito público como privado, cumplido el plazo establecido el profesional debe solicitar la habilitación a la respectiva

¹²² *Ibíd.*

Junta de Vigilancia si esta no resolviere en el plazo de 30 días el profesional queda habilitado de pleno derecho para seguir ejerciendo la profesión.

- 2) Para las infracciones menos graves, multa de uno a veinte salarios mínimos mensuales del sector comercio y servicio vigentes;

La multa, representa el instrumento por excelencia para materializar el iuspuniendi de la administración y puede entenderse como una sanción de tipo pecuniario que afecta, por tanto, inmediatamente, al patrimonio del trasgresor de una norma administrativa de manera que puede aplicarse a las personas físicas o jurídicas, lo cual implica que el sancionado se convierte en deudor con relación a su importe para con el Estado.¹²³

De esta manera la multa pecuniaria se convierte en una sanción administrativa que busca menoscabar o afectar el patrimonio de los infractores. Esta clase de sanción se ha vuelto en nuestro ordenamiento jurídico una de las sanciones más efectivas, debido a que ésta ataca al patrimonio de las personas, característica que la vuelve ideal para sancionar a las personas jurídicas dado que el patrimonio es importante para su existencia y funcionamiento.

- 3) Para las infracciones leves, amonestación escrita agregada al expediente del Profesional en la Junta de Vigilancia correspondiente, en el caso de los profesionales de salud, y al expediente del paciente, en el caso de los pacientes.

Aplica para las infracciones que son de menor intensidad sin embargo permite tener un historial de la conducta del paciente y del profesional.

¹²³ Ronald Arnoldo Euseda Aguilar, *Teoría de la Sanción Administrativa*, (El Salvador 2005)

Criterios de gradualidad de las sanciones

Para la imposición de las sanciones se establecen los siguientes criterios de gradualidad:

- a) La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida y salud de las personas;
- b) El grado de intencionalidad del infractor;
- c) El grado de participación en la acción u omisión, según el caso; y,
- d) La capacidad de evitar el daño causado.

4.11. Procedimiento Administrativo Sancionatorio de la LDDyPSS

Señala la doctrina, que el procedimiento sancionador es el conjunto concatenado de actos que deben seguirse para imponer una sanción administrativa. Dicho procedimiento tiende, fundamentalmente, a cumplir dos objetivos, en primer lugar, constituye un mecanismo de corrección de la actividad administrativa, pues permite al órgano con potestad sancionadora comprobar fehacientemente si se ha cometido algún ilícito, e imponer así la sanción correspondiente; y en segundo término, es el medio que asegura al presunto infractor, ejercer su derecho a la defensa, alegando y probando lo que le resulte favorable y controlando, a la par, la actuación inquisitiva de la Administración.¹²⁴

Como ya se mencionó anteriormente, la infracción a una de las prohibiciones establecidas en la Ley que ahora se analiza y contenidas en los artículos 42,

¹²⁴Líneas y Criterios Jurisprudenciales de la Sala de lo Contencioso Administrativo, Centro de Documentación Judicial, (Corte Suprema de Justicia, El Salvador, 2007).

43 y 44 de la misma, genera una consecuencia jurídica que se traduce en la imposición de una sanción.

El principio de legalidad, contenido en el artículo 15 de la Constitución de la República¹²⁵, determina la obligación del legislador de establecer parámetros claros sobre la infracción y su consecuencia. Así el referido artículo prescribe: “Nadie puede ser juzgado sino conforme a las leyes promulgadas con anterioridad al hecho de que se trate, y por los tribunales que previamente haya establecido la ley.”

Las garantías del principio de legalidad en relación al derecho administrativo sancionador se dividen en dos: la garantía material y la garantía formal. La primera está constituida por parámetros informadores en la formulación de la conducta típica, siendo límites que debe respetar el legislador en el ejercicio de su potestad legisferante. En ese orden, la descripción de la infracción debe ser formulada con anterioridad al hecho, de modo que aquella conducta con características similares a la descrita por la ley que no haya ocurrido con posterioridad a su vigencia, no puede ser juzgada.

Por otro lado, esta debe ser escrita, con la finalidad de garantizar la precisión de la descripción y además el acceso de las personas a las que va destinada la misma y así determinar que, aun conociendo las prohibiciones, actuó de la manera contraria a ellas.

Por último, la descripción debe ser cierta, lo que implica el principio de tipicidad, no pueden incluirse en la descripción de la infracción aspectos

¹²⁵ Constitución de la República de El Salvador, (Asamblea Constituyente, El Salvador, 1986), artículo 15.

oscuros o ambiguos que limiten la comprensión del administrado en relación a las conductas que puede y las que no puede desplegar, dando lugar a posibles interpretaciones analógicas al momento de su aplicación.

Ahora bien, la conducta se perfecciona –para efectos de tipicidad- cuando concurren en ella todos los elementos que describe el tipo legal, es decir, que puede apreciarse toda la descripción al realizar un contraste entre el hecho constitutivo de la infracción administrativa y la descripción que la prohíbe, existiendo plena identidad entre el elemento fáctico y el jurídico.

4.11.1. Procedimiento por infracciones graves y menos graves

El procedimiento está regulado de manera que, respetando la atribución de la potestad sancionatoria a la Junta de Vigilancia de las Profesiones de la salud, la OTD actúa como organismo auxiliar de estas:

1. Recibiendo, analizando y proponiendo a la autoridad sancionatoria la admisión o no de la denuncia
2. Instruyendo el procedimiento y especialmente recabando la prueba útil como sustento de la investigación del hecho.
3. Analizando y valorando la prueba recibida y proponiendo a la autoridad la resolución final absolviendo o estableciendo la responsabilidad administrativa del presunto infractor.¹²⁶

Las etapas del procedimiento son las siguientes:

- 1) 1° Recepción de la denuncia, análisis y emisión de dictamen por la OTD, (5 días,

¹²⁶ LDDyPSS, (EL Salvador 2016)

- 2) Acuerdo de apertura del procedimiento por la JV (5 días), con base en el dictamen motivado remitido por la OTD, la Junta de Vigilancia en el plazo de cinco días hábiles emitirá el acuerdo de apertura del procedimiento administrativo sancionatorio o el archivo de la denuncia según el caso.
- 3) Instrucción o tramitación del procedimiento por la OTD (30 días) con instrucciones del acuerdo emitido por la Junta de Vigilancia la OTD instruirá el procedimiento durante el termino máximo de 30 días, así mismo se le hará de conocimiento por escrito personalmente al presunto infractor de los cargos que se le atribuyeren para que, en el término de tres días después de notificado, haga uso del derecho de defensa.

También se realizarán las diligencias útiles de investigación y se definirá las medidas preventivas para garantizar la eficacia del procedimiento;

4° Sesión para resolver y emisión del acuerdo correspondiente (15 días)

Finalizada la instrucción la OTD elaborara un dictamen razonado proporcionado la resolución final correspondiente

La Junta de Vigilancia competente, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción del expediente y dictamen, señalará día y hora para la celebración de la sesión, dentro de los quince días hábiles siguientes en la que resolverá absolviendo o estableciendo la responsabilidad del infractor e imponiendo la sanción correspondiente. La Junta competente resolverá con vista de autos.

La prueba será valorada conforme a las reglas de la sana crítica.

5° Notificación de la resolución (5 días)

La Resolución o acuerdo razonado deberá notificarse por escrito, dentro de los cinco días hábiles siguientes de proveído.

4.11.2. Procedimiento por Infracciones leves

La LDDyPSS establece en el artículo 45 literal c), que es consecuencia de haber realizado una infracción leve la imposición de la siguiente sanción:

“Para las infracciones leves, amonestación escrita agregada al expediente del Profesional en la Junta de Vigilancia correspondiente, en el caso de los profesionales de salud, y al expediente del paciente, en el caso de los pacientes.”

Ahora bien; “Constituyen infracciones leves: a) Impedir a familiares la visita a los pacientes, sin ninguna causa justificada; b) Negar el ingreso de asistencia espiritual a pacientes que por su condición grave de salud la solicitaren, siempre que se respeten a los demás pacientes; c) Negar al paciente cuando es dado de alta el informe escrito que regula el Art. 14 de la presente Ley, u otorgarlo incompleto; d) Negarse de manera tácita o expresa a resolver las sugerencias, consultas, quejas y reclamos de un paciente con respecto a la atención de salud recibida; e) Negarse a brindar detalle oportuno y claro de los costos que deban invertir el usuario por recibir atención en salud; f) Omitir foliar las hojas que se han incorporado al expediente clínico; y, g) Tratándose de pacientes, familiares o acompañantes, insultar, amenazar o agredir a los profesionales de salud o al personal del establecimiento prestador de salud.”

Bajo esa lógica, debe precisarse que la sanción a imponer depende de la calidad que tenga el sujeto, es decir, si el mismo es un profesional que presta servicios de salud –en el concepto que sea- o si el mismo es un paciente, ello

debido a la dualidad de la ley, en cuanto establecer derechos y deberes de los pacientes, de modo que no están exentos de cometer una infracción como consecuencia de su comportamiento erróneo o contrario a sus deberes.

Ahora bien, en el tópicó que antecede se explicó el procedimiento que se sigue en el caso del cometimiento de infracciones graves y menos graves, sin embargo, el artículo 54 de la ley en estudio, determina un procedimiento autónomo y expedito en el caso de las infracciones leves.

Así, el procedimiento que se ha establecido es que luego que la oficina tramitadora de denuncias, reciba ésta por escrito, requerirá al denunciante a que presente los medios de prueba con que cuenta y que sustentan el cometimiento de la infracción, fijándose un plazo legal de cinco días para tal efecto.

Posteriormente, se corre traslado al denunciado –que puede analogarse con el emplazamiento en material procesal civil y mercantil- para que éste se pronuncie sobre la denuncia y realice los descargos que considere oportunos.

Vencidos los plazos anteriores, la oficina remite el expediente con el dictamen jurídico –consideraciones sobre el caso- a la Junta respectiva, es decir la que vigile la profesión que ejerce el denunciado teniendo un plazo de diez días hábiles para emitir una resolución sobre la denuncia y se hará con la sola revisión del expediente.

4.12. Recurso de apelación

Recurso Procesal es todo medio de impugnación en contra de una decisión judicial, establecido por la Ley.

La doctrina los define como los medios que establece la ley para obtener la modificación, revocación o invalidación de una providencia o decisión judicial, ya sea del mismo juez que la dictó o de otro de superior jerarquía.

Al apreciar esta definición es posible extraer los elementos que contiene un recurso procesal: en primer lugar debe haber una resolución judicial que sea impugnada, es decir, que se encuentra afectada por vicios, quebrantamientos u omisiones que ameriten su revisión y reforma; el órgano que la pronunció, llamado tribunal “a quo”; el órgano que debe conocer del recurso, llamado también tribunal “ad quem”; la parte que resultó agraviada por la sentencia impugnada y una nueva decisión que va a modificar, revocar o invalidar a la recurrida.¹²⁷

La razón de ser del recurso en general, radica en la falibilidad del juicio humano, y por antonomasia jurídica, en la conveniencia del reexamen jurisdiccional, a efecto de verificar que las decisiones judiciales sean en mayor medida posibles, adecuadas a las exigencias de la justicia. El recurso de apelación, constituye el más importante y el más empleado de los recursos ordinarios, que es resuelto por un tribunal que se halla en un grado por encima del juzgador que emitió el pronunciamiento impugnado; suponiendo entonces una doble instancia, significa una revisión de la instancia anterior, en cuanto el tribunal superior, debe circunscribirse a examinar la decisión impugnada sobre la base de los elementos fácticos reunidos en primera instancia; sin perjuicio que la ley consienta, con carácter excepcional, el suministro de nuevos elementos de juicio en esa segunda instancia.¹²⁸

¹²⁷ Derecho procesal en Línea, <http://derechoprosesalcivilenlinea.blogspot.com/p/recursos-procesales.html>

¹²⁸ Cámara Primera de lo Civil de la Primera Sección del Centro, Ref: 61-15cm2-2011, (El Salvador, Corte Suprema de Justicia 2011)

El capítulo x de la LDDyPSS, establece la forma en que se tramitará el recurso de apelación y es importante mencionar que según dicha ley procederá únicamente el recurso de apelación ante el Consejo y respecto de infracciones graves y menos graves.

Procederá contra:

1. Defectos en el establecimiento de los hechos
2. Valoración de la prueba
3. Errónea aplicación o interpretación de la norma, o en la alteración de las formas esenciales del procedimiento sancionatorio

El recurso de apelación se interpondrá ante la Junta respectiva debiéndose notificar a la parte contraria, el recurso deberá remitirse al Consejo dentro de los tres días hábiles junto con el expediente, el Consejo resolverá la admisión del recurso.

Una vez admitido el recurso, al apelante se le otorgará por el término de 3 días audiencia para que plantee los puntos a impugnar, estos no podrán ser distintos a los planteados en el recurso.

Concluidas las etapas procesales el consejo dictara resolución dentro del plazo de 60 días contados desde el siguiente a aquél en que se contestó el agravio. La resolución que se dicta en apelación resuelve únicamente los puntos planteados en el recurso, después de pronunciada dicha resolución se devuelven las actuaciones a la Junta para que las ejecute.

4.13. La prescripción

La prescripción se configura como aquella limitación que persigue que se declare que un derecho u obligación ha perdido su eficacia jurídica, ante la

inactividad o laxitud de la autoridad competente para ejercerlo, quien deja transcurrir el tiempo legal máximo prescrito para perseguir las conductas ilícitas. Sin embargo, dicha imposibilidad de ejercer el Puniendi del Estado no implica que la infracción a perseguir haya de tenerse por inexistente, pues el ilícito existe con independencia del transcurso del tiempo señalado por la ley para la figura de la prescripción; lo que sucede es que, una vez vencido dicho plazo, el infractor ya no podrá ser enjuiciado.

Se instituye pues como un límite al ejercicio del "ius puniendi Estatal", de forma que transcurrido el plazo previsto en la ley, no se puede llevar adelante la persecución pública derivada de la sospecha de que se ha cometido un hecho punible concreto¹²⁹

La acción para denunciar o proceder de oficio a la investigación de las infracciones establecidas en la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud prescribe de la siguiente forma:

- 1) Para las infracciones graves en el plazo de dos años
- 2) Para las infracciones menos graves en el plazo de un año
- 3) Para las infracciones leves en el plazo de seis meses

Los plazos anteriores serán contados a partir de la fecha en la que sucedieron los hechos.

4.14. Incongruencias y contradicciones que presenta la LDDyPSS

De la Ley se extraen los siguientes artículos los cuales han sido analizados y comentados:

¹²⁹ Sala de lo Contencioso Administrativo de, Ref. 217-2009 (Corte Suprema de Justicia de El Salvador, 2009)

1. El Art. 40 presenta una contradicción con el literal l) del Art. 43, el primer Art. Establece: Cuando un paciente, su familia o representante realicen acciones que se consideren que han vulnerado derechos, deberes y prohibiciones, contenidas en la ley y las normas internas de los establecimientos de salud, la autoridad del establecimiento informara verbalmente al paciente y por escrito a la OTD para continuar con el procedimiento administrativo sancionatorio, si se determina que se ha cometido una infracción se remitirá una amonestación escrita para ser incorporada al expediente del paciente. El Art. 43 literal i) establece que es una infracción menos grave los daños en la infraestructura, equipo médico o insumos por parte del paciente o usuario en el establecimiento en el cual está recibiendo la atención en salud, esta infracción se encuentra en el catálogo de infracciones menos graves dirigidas al prestador de servicios de salud, dicha infracción debió ser incluida en infracciones dirigidas al paciente ya que esto genera confusión para la aplicación de la sanción, porque el Art. 45 literal b) refiere que para las infracciones menos graves se impondrá multa de uno a veinte salarios mínimos mensuales del sector comercio y servicios vigentes.
2. El Art. 42 literal a) establece que constituye infracción grave no estar debidamente acreditado, certificado y autorizado, para ejercer las profesiones relacionadas con la salud, dicha infracción debió ser sancionada con una multa, porque no se puede suspender a una persona que no está debidamente acreditada para ejercer la profesión así mismo como una forma preventiva, se debe establecer la suspensión para las personas que carezcan de la debida autorización.
3. El procedimiento que refiere el Art. 53 para las infracciones graves y menos graves presenta dificultad para su aplicación ya que no establece el término probatorio siendo esta la forma de manifestar el derecho de defensa que tienen las partes procesales para aportar las

pruebas sin embargo dicha dificultad ha tratado de resolverse en el proyecto de reglamento de la ley (aún no está aprobado) en este se refiere que la prueba se recibirá e incorporara al expediente aplicando las disposiciones del Código Procesal Civil y Mercantil o el Código Procesal Penal según el caso.

4. El artículo 22 establece que el paciente tiene derecho a una segunda opinión sobre su diagnóstico y a su condición de salud ante cualquier tipo de duda o inquietud, pero no se ha establecido en dicho artículo la forma en que se ejecutara esa segunda opinión puesto que el paciente no posee los conocimientos técnicos y para brindar una segunda opinión es necesario conocer el expediente clínico si bien es cierto que el artículo 13 referido al derecho de información tiene como exigencia que la información deberá recibirse de forma verbal y escrita representa un incremento y retraso para brindar la asistencia sanitaria ya que esa información escrita se vuelve obligatoria y no a petición del paciente.

4.15. Diferencias entre el Código de Salud, Ley del Consejo Superior de Salud Pública y Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud

A continuación, se presenta una comparación de los tres regímenes sancionatorios que son aplicables por las JVPS y el CSSP:

Código de Salud 1988:

1. Clasificación y tipificación de las infracciones. (“revueltas” las aplicables por las JV y el MINSAL)
2. Amplio rango de discrecionalidad en las sanciones.

3. Procedimiento: Tramitación en forma Sumaria. (Art. 293 C.S.) Art. 974 Código de Procedimientos Civiles.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública 1958:

1. No establece catálogo de Infracciones, solo menciona las sanciones disciplinarias, entre las cuales no se aplica la amonestación privada por escrito ni la amonestación pública hecha por la Junta en sesión especial, (art.14 literales a) y b).
2. Establece claramente que la responsabilidad es de naturaleza profesional independiente de cualquier otra responsabilidad civil o penal. Así mismo que las sanciones correspondientes a la responsabilidad serán exclusivamente disciplinarias. (Art.15).
3. Establece la prescripción en el plazo de 6 meses contados desde la fecha en que se cometieron los hechos. (Art. 34).

Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud:

1. Establece como organismo auxiliar del CSSP la oficina tramitadora de denuncias OTD.
2. Catálogo de deberes y derechos de los pacientes así mismo de los prestadores de servicios de salud
3. Clasifica las infracciones en graves, menos graves y leves, estableciendo procedimiento específico para el caso de las infracciones leves.
4. Plazos diferentes para la prescripción según la infracción; Infracciones graves en el plazo de dos años, menos graves en el plazo de un año y las infracciones leves en el plazo de seis meses.

4.16. Dificultades para la aplicación de la LDDyPSS

La LDDyPSS se convirtió desde el año 2016 en el régimen de protección jurídica de los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud, sin embargo para la aplicación eficaz de esta Ley se presentaron diversas dificultades como; la no socialización de la ley lo cual implica el desconocimiento de los derechos y deberes que posee el paciente, estos a su vez pueden ser vulnerados o incumplidos en el caso de los deberes, así también la inexistencia de la oficina tramitadora de denuncias OTD, que en el Art. 8 se establece que esta funcionara como un organismo auxiliar del Consejo Superior de Salud Pública para el marco de aplicación de la ley.

En fecha seis de junio de dos mil dieciséis, mediante acuerdo número ochenta y seis, emitido por la presidencia del Consejo Superior de Salud Pública se consideró que en razón de no contar con los recursos presupuestarios para la creación material, se asignará provisionalmente las facultades de la Oficina Tramitadora de Denuncias OTD, establecidas en el artículo 8 de dicha Ley, a la Unidad Jurídica del Consejo Superior de Salud Pública en coordinación de los jefes de inspectores de cada Junta de Vigilancia de las Profesiones en Salud quienes harían las veces de equipo multidisciplinario de la OTD sin embargo este acuerdo provisional no funcionó debido a la saturación de funciones, el CSSP es el encargado de autorizar la apertura de establecimientos de salud que cumplan con los RTA (requerimientos técnicos administrativos), autorizar el ejercicio profesional por medio de las 7 Juntas de Vigilancias y tramitar los procedimientos administrativos sancionatorios de las infracciones contra la salud. Es preciso por eso que en razón de la saturación de funciones la creación de la OTD se volvió indispensable para la aplicación de la LDDyPSS, esta Ley establece que las infracciones graves prescribirán en 1 año y la leves en 6 meses, estos plazos deben respetar y como parte de

la seguridad jurídica el administrado tiene derecho a que se le resuelvan sus peticiones.

Según informe del CSSP desde que la LDDyPSS entró en vigencia el Consejo ha recibido 18 denuncias en el año 2016, 47 denuncias en el año 2017 y 68 en lo que va del 2018, en total suman 133 casos, de ese total; 44 casos han sido archivados, 14 están dictamen de admisión, 13 se han remitido a la Junta con su respectivo dictamen, 27 se encuentran en la etapa de instrucción, 13 están en análisis final y 1 caso en la ejecución de la sanción.

Finalmente, en el mes de febrero de 2018, la presidencia del CSSP, a pesar de no contar con la asignación de recursos presupuestarios, con el propósito de generar la aplicación efectiva de la Ley, decidió crear administrativamente la OTD reasignando plazas de la Unidad Jurídica y con la colaboración de las Juntas de Vigilancia Médica, Odontológica y de enfermería que trasladaron permanentemente un inspector profesional de cada área.

A la finalización de la presente investigación, el Ministerio de Salud asignó al CSSP un refuerzo presupuestario para la creación formal y material de la OTD por un monto que garantizaría su funcionamiento de julio a diciembre de 2018, sin embargo, este monto asignado es la décima parte de lo que inicialmente se había solicitado. En un inicio el CSSP incluiría además de la sede central, dos oficinas regionales, pero por la misma razón de la falta de recursos presupuestarios solo se concretizó la sede central.

Si bien la cantidad asignada dista mucho de lo que en el proyecto original se presentó hace dos años, es al menos el inicio para dar respuesta a la población que cada vez conoce más de la existencia de la ley lo cual se traduce en el incremento de denuncias que recibe la OTD.

La OTD está formada por un equipo de 9 recursos entre ellos 5 jurídicos y 4 inspectores; 2 de la Junta médica, 1 de la Junta de enfermería, y 1 de la Junta de Odontología, tomando en cuenta que son de las Juntas con mayoría de denuncias.

CONCLUSIONES

Los derechos y deberes de los pacientes tienen como premisa los derechos humanos y estos a su vez en el derecho a la salud, están clasificados en tres categorías; Derechos de Primera Generación Civiles y Políticos, Derechos de Segunda Generación Económicos y Sociales y Culturales y Derechos de Tercera generación, especialmente en los Derechos Sociales que es la subclasificación a la que pertenece el derecho a la salud.

A pesar que los derechos y deberes de los pacientes se fundamentan en los derechos humanos su reconocimiento se ha producido de un modo diferente ya que no ha sido fruto de una reivindicación sino de la evolución de la relación entre médico y paciente ya que ésta se caracterizaba como una relación de dependencia y sumisión llamada paternalismo médico.

Desde una perspectiva histórica se diferencian tres etapas que han sido trascendentes para la evolución de la relación médico paciente; Primera Etapa desde la antigüedad hasta la culminación de la medicina como profesión, Segunda Etapa desde el ejercicio de la profesión de la medicina como profesión liberal hasta la propia reivindicación de los derechos de los enfermos y Tercera Etapa como el logro y culminación de los derechos de los pacientes.

En El Salvador el derecho a la salud ha ido evolucionado en unas etapas con mayor o menor intensidad desde los inicios de la vida republicana hasta que en 1950 se consideró constitucionalmente que la salud de los habitantes se consideraba un bien público en la actualidad el derecho a la salud es reconocido en la Constitución de 1983 la cual se encuentra vigente desde esa

fecha sin embargo no es hasta el año 2016 que se aprueba la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud la cual tiene como objeto regular las relaciones clínico asistenciales.

Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud y enfermedad, en el cual el paciente goza de autonomía para tomar sus propias decisiones. Se trata del ser humano en su condición de paciente el cual necesita que sean respetados sus derechos humanos fundamentales; a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la libertad, a la información, a la identidad, a la intimidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado entre otros.

Los conceptos de enfermo, paciente y usuario son producto de la evolución de la relación médico paciente, el primero es el concepto más antiguo utilizado para referirse a la persona frágil, necesitada, dependiente y sin capacidad de decidir la cual presentaba una enfermedad, el termino paciente es el más utilizado en los últimos 20 años y se ha definido que se es paciente cuando se necesitan cuidados profesionales para recuperar la salud siendo como requisito padecer de un trastorno, cuadro clínico o enfermedad que lleva a la persona a necesitar atención sanitaria. Usuario es el término más reciente y se vincula a la salud como servicio social universal como un bien dispuesto para ser usado.

Con respecto a los deberes de los pacientes existe menor desarrollo que el entregado a los derechos. Los deberes de los pacientes guardan relación con la colaboración que se debe entregar, para que las acciones de salud resulten

beneficiosas implica una complementariedad de los derechos y deberes del paciente, es importante tomar en cuenta ambos.

Durante años El Salvador no contaba con un régimen de protección jurídica para los deberes y derechos de los pacientes sin embargo algunas leyes en materia de salud regulaban aspectos que indirectamente podrían tener alguna relación con los derechos de los pacientes.

Las legislaciones sanitarias a nivel internacional estudiadas, presentan realidades diferentes algunos países cuentan con leyes específicas u otras disposiciones, pero todas coinciden en cuanto a los conceptos básicos de los derechos de los pacientes; vida, salud, autonomía, consentimiento y dignidad del paciente.

La Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, presenta una desproporcionalidad para su aplicación ya que el profesional de salud es sometido al procedimiento administrativo sancionatorio por las infracciones que cometa ya sean graves menos graves o leves y el paciente solo es amonestado de forma escrita en el expediente aunque a la vez también puede ser multado por el cometimiento de una infracción en específico sin embargo al analizar la ley queda claro que sobre el paciente recae menos peso.

Según el análisis y estudio realizado se encontraron dificultades para aplicación de la ley en cuanto al procedimiento administrativo sancionador ya que no se establece el término probatorio generando dificultad para

establecerlo así mismo el catálogo de infracciones del profesional de salud está mezclado con el catálogo de infracciones por parte del paciente generando confusión para la aplicación de sanciones.

El procedimiento que establece la Ley del Consejo Superior de Salud Pública en relación con el catálogo de infracciones que establece el Código de Salud y la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud son procedimientos diferentes según el tipo de infracción este aún sigue vigente ya que no fue derogado por la nueva ley.

El Proyecto de Reglamento de la LDDyPSS no ha sido aprobado sin embargo este no interfiere en el cumplimiento de LDDyPSS ya que dicha Ley es de obligatorio cumplimiento y se encuentra vigente desde el 9 de mayo de 2016.

Desde que la LDDyPSS fue aprobada en el año 2016 esta no ha sido socializada por completo generando un desconocimiento para el paciente y profesional de salud los cuales no poseen la cultura de denuncia, situación que se ve agravada por el hecho que, pasados dos años de la entrada en vigencia de la Ley, el CSSP no recibió los fondos presupuestarios para crear y poner en funcionamiento la OTD.

Situación que podría cambiar para finales del año 2018, si se concretan las acciones tomadas por el Ministerio de Salud para la asignación de los recursos presupuestarios correspondientes.

RECOMENDACIONES

Que el Ministerio de Salud asuma efectivamente el papel de ente rector para la aplicación de la ley y así mismo se haga de total conocimiento a la población a través de campañas de difusión de los derechos y deberes que poseen los pacientes y prestadores de servicios de salud y se generen los instrumentos administrativos que la ley le manda para la mejor aplicación de la ley.

El Ministerio de Salud en el menor plazo posible debe proponer al presidente de la Republica el Proyecto de Reglamento de la Ley, dando cumplimiento al Art.63 a fin de garantizar la efectiva aplicación de la ley; resolviendo el incumplimiento de más de dos años de que debió aprobarse el mencionado reglamento.

El CSSP debe promover por medio del Ministerio de Salud la reforma y las inconsistencias de la ley para corregir incongruencias y contradicciones inidentificadas en la presente investigación.

Que las universidades que formen profesionales en salud impartan conocimientos sobre la legislación en salud como una forma preventiva para que el profesional se forme con criterios éticos y legales para el ejercicio correcto de la profesión.

Que la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador incluya en el plan de estudios la materia de legislación en salud, siendo el derecho a la salud un derecho reconocido por mandato constitucional indispensable para el completo estado de bienestar de los ciudadanos.

Que se modifique Art. 3 y 4 de la LDDyPSS, en el que se incluya a la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos como una institución rectora en coordinación del MINSAL y del CSSP para difundir los derechos y deberes de los pacientes, así como para asegurar su cumplimiento.

Que las facultades que el Código de Salud, Ley del Consejo Superior de Salud Pública y Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud le establece a las Juntas de Vigilancia de las profesiones en salud sobre la potestad sancionadora sean transferidas a una institución autónoma formada por profesionales de las ciencias jurídicas que de forma imparcial resuelvan conforme a derecho.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

Bertrand Galindo, Francisco. *Manual de Derecho Constitucional*. Tomo II. Ed. talleres gráficos UCA. 3ª Ed. San Salvador. año 1999.

Sánchez, Javier. Fernando Abellán. Ley 21/202 de noviembre de; consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas “*Derechos y Deberes de los Pacientes*”. Granada, España, 2003.

González Díaz, Carlos. “*Entorno a una definición sobre el Derecho a la Salud*”. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana Cuba. s.e. 2005.

Tealdi, Juan Carlos. Diccionario de Latinoamericano de Biótica. Colombia 2007.

Colautti, Carlos. E. Derechos Humanos. Universidad, Buenos Aires, 1995.

Gracia Diego. *Bioética; Temas y Perspectivas*. publicación Científica de la OPS.Edit. Buenos Aires. Argentina.1989.

Sánchez, Carazo. “*Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información*”. Edit. Feito Bioética: La cuestión de la dignidad. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2004.

Portillo, Manuel. “*Fundamentos del Proceso de Reforma del Sector Salud en El Salvador*”. 1ª Ed. 2005, El Salvador.

Euseda Aguilar, Ronald Arnoldo. *Teoría de la Sanción Administrativa.* El Salvador, 2005.

Santillán, Patricio. *El Consentimiento Informado en la Biomedicina.* México, 2018.

González Díaz, Carlos. *“Entorno a una definición sobre el Derecho a la Salud”.* Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana Cuba, s.e. 2005.

Ruezga Barba, Antonio. *Principios de la Seguridad Social y Derecho a La Salud.* Nueva Zelanda. 2002.

Tesis

Amaya Cortez, Henry Alfredo. Ana Guadalupe González Ayala. “La Violación al Derecho a la Salud por falta de seguridad alimentaria”. *Tesis de grado.* Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Universidad de El Salvador. San Salvador. El Salvador. 2007.

Flores Martínez, Iris Fidela. Raquel Xiomara

Herrera Rivera. Yesenia Patricia Vásquez Moran. “La prestación de Servicios de Salud Pública Gratuita en Zonas Rurales de Escasos Recursos Económicos desde la Perspectiva de los artículos 65 y 66 de la Constitución de la Republica. *Tesis de grado.* Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Universidad de El Salvador, año 2007.

Gonzales Hernández, María de la Encarnación, *“la protección de los derechos de los pacientes en la Unión Europea: Legislación Comparada”.* tesis doctoral. Edit. de la Universidad de Granada. España 2009.

Palencia Galdámez, Francisco Alberto. Evelyn Asencio López. y otros, “*El Amparo como Medio de Tutela para Garantizar el Derecho a la Salud, cuando el Estado no Cumple con su Deber Constitucional se Satisfacerlo*”. tesis de grado. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Universidad de El Salvador, 2003.

Milos Hurtado, Paulina. Hernán Corral Talciani, “*Derechos y Deberes de los Pacientes, Estudios y Textos Reglamentarios*”, tesis de grado Facultad de Derecho. Universidad de los Andes, Chile 2014.

Legislación

Constitución de El Salvador. Asamblea Constituyente. El Salvador 1983.

Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud. Asamblea Legislativa. El Salvador. 2004.

Ley del Sistema Básico Integral de Salud. Asamblea Legislativa. El Salvador. 2005.

Ley de Medicamentos. Asamblea Legislativa. El Salvador.

Ley de Protección y Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Asamblea Legislativa. El Salvador.

Ley Para el Control del Tabaco. Asamblea Legislativa. El Salvador 2011.

Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Asamblea Legislativa. El Salvador. 2011

Ley de Vacunas. Asamblea Legislativa. El Salvador. 2012.

Ley de Deberes y derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud. Asamblea Legislativa. El Salvador. 2016.

“Análisis Comparado del Marco Jurídico Sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea”. Washington. DC: OPS. 2012.

Ley N° 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Argentina,2005.

Revistas

Gómez Urrate, Susana. Historia de los Derechos de los Pacientes. *“History of the Rights of Patients”*. Revista de Derecho UNED. Núm.15. 2014. UNED. Universidad de Educación a Distancia. Madrid España.

Revista Online. *“la Salud es un servicio público”*. 1909-2407. Colombia <http://revistas.uptc.edu.co/index.php/shs/article/view/1839/1834>

Vass Cortez, Dr. Jorge. *Derechos de los Pacientes* Revista Obstet, Ginecol, Hospital Santiago Oriente. Vol. IV, 3: 185-188. 2011.

Revista de Actualización Clínica. *“Derechos de los Pacientes en la Atención Clínica”*. Vol.32, 2013, Bolivia.

Constitución de la Organización Mundial para la Salud. Revista Organización Mundial para la Salud tomo N°3. año XVII agosto 1998.

Revista Med. Los derechos de los pacientes. Vol. 53, Ed. Nº 4, España. 2009.

Líneas y Criterios Jurisprudenciales de la Sala de lo Contencioso Administrativo 2007. Centro de Documentación Judicial. Corte Suprema de Justicia. El Salvador.

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. México. 2001

Diccionarios

Osorio, Manuel. Diccionario de ciencias jurídicas, políticas, y sociales. Editorial Heliastás. Buenos Aires, Argentina. 1984.

Diccionario de Sociología. 11ª Edición reimpresión México. 1984.

Pág. Web

Ministerio de Salud. Historia. <http://www.salud.gob.sv/historia/>

Portal de Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Consejo Superior de Salud Pública. http://cssp.gob.sv/Institución/marco_institucional

Dirección de Comunicaciones y Relaciones Públicas, Corte Suprema de Justicia. http://www.csj.gob.sv/Comunicaciones/2016/09_SEPTIEMBRE/imagenes/JUSTICIA_CERCA_33.pdf

Portal de información de los pacientes MSD. España
<https://www.msdsalud.es/mas-informacion/politica-privacidad>.

Organización Panamericana para la Salud, acerca de la OPS, nuestra historia,
<http://www.paho.org/hq/?lang=es>

Organización Mundial de la Salud, historia, <http://www.who.int/es/>

Definición de Salud. <https://definicion.de/salud/>

El Derecho a La Salud en Perspectiva de Derechos Humanos.
www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/07/El-derecho-a-la-salud.pdf

SIBASI. Ministerio de Salud <http://www.salud.gob.sv/category/temas/servicios-de-salud/sibasi/>

FOSALUD. Creación. <http://www.fosalud.gob.sv/>

Sistema de la Reforma de Salud en EL Salvador.
http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/750/1/LA_REFORMA_DEL_SISTEMA_DE_SALUD_EN_EL_SALVADOR.pdf

El Salvador hacia la Cobertura Universal de Salud.
https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1482-el-salvador-en-el-camino-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-logros-y-desafios&categ.

OMS. www.who.int/bulletin/volumes/84/5/hogerzeil0506abstract/es/.