

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS  
SEMINARIO DE GRADUACIÓN EN CIENCIAS JURÍDICAS AÑO 2009  
PLAN DE ESTUDIO 1993



ALCANCE DE LAS POLITICAS GUBERNAMENTALES EN EL  
CUMPLIMIENTO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD  
(PERIODO 2004 – 2009)

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS**

PRESENTAN:

ALFARO MENJÍVAR, SILVIA EVELYN  
CAMPOS ARDÓN, IRIS MARCELA

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA  
DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE DE 2009

# **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

INGENIERO RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ  
RECTOR

ARQUITECTO MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS  
VICERRECTOR ACADÉMICO

LICENCIADO OSCAR NOÉ NAVARRETE ROMERO  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ  
SECRETARÍA GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMENEZ  
FISCAL GENERAL

## **FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES**

DOCTOR JOSÉ HUMBERTO MORALES  
DECANO

LICENCIADO OSCAR MAURICIO DUARTE GRANADOS  
VICEDECANO

LICENCIADO FRANCISCO ALBERTO GRANADOS  
SECRETARIO

LICENCIADA BERTHA ALICIA HERNÁNDEZ ÁGUILA  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

LICENCIADO PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA  
DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO

## **AGRADECIMIENTOS**

Un triunfo en las adversidades y un logro en medio de tantos obstáculos son destellos de bendiciones llamados: fortaleza, paciencia, dedicación, en fin; he culminado satisfactoriamente una etapa más de mis estudios y por ellos agradezco al dador de vida, NUESTRO PADRE DIOS y a nuestra MADRE MARÍA, porque a lo largo de mi vida han sido inspiraciones y dadores de sabiduría... por eso MIL GRACIAS.

A Yolanda Menjívar, mi madre, quien sembró en mí buenos principios y el principal, el amor a Dios y el deseo de superación, gracias porque fue a lo largo de este proyecto lo que me motivó a continuar y hoy recojo el fruto de sus consejos, sacrificio y amor.

A José María Alfaro, mi padre, quien a pesar de la distancia me acompañó a lo largo de este duro caminar y me brindó los ánimos necesarios para no desfallecer.

A Silvia Alexandra Avendaño Alfaro, mi hija, porque con su inocencia y ternura ha sacado las fuerzas en mí para seguir adelante y con su singular forma de amar ha creado de mí su imagen a seguir lo que me ha motivado a ser cada día mejor para ella y por ella.

A Francisco Avendaño, mi esposo, porque con su amor y paciencia me ha dado los ánimos para continuar y con palabras de aliento me ha dado la fuerza para levantarme cada vez que he tropezado y no he tenido el valor de continuar en los momentos mas difíciles de mi carrera.

A Carlos Alfaro, mi hermanito, por su apoyo espiritual y todo el amor que hasta hoy me brinda, gracias por estar conmigo y ofrecerme su ayuda incondicional.

A Juanita Guardado (Q.D.D.G.) y Roque Menjívar, mis Abuelitos, porque estuvieron siempre a mi lado en los momentos más difíciles y me enseñaron a tener fortaleza frente a las adversidades.

A Luis y Javier Menjívar, mis tíos, porque siempre han creído y confiado en mí y me han dado su amor y apoyo material y el más importante el espiritual. A mis tías, Rosita y Marisol Menjívar, porque a través de la distancia me brindan el amor y apoyo que siempre he necesitado.

A Janet Menjívar, pues siempre creyó en mí y a pesar de la distancia ha estado conmigo en los momentos más difíciles.

Al Licenciado Pedro Rosalío Escobar, mi Asesor, pues con su paciencia y sabiduría nos ayudó a superar todas las dificultades a lo largo de la investigación.

A todos los que de una u otra forma me dieron su apoyo para terminar esta etapa en mi vida.

Silvia Evelyn Alfaro Menjívar

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi PADRE, Dios todo poderoso, por haberme permitido llegar hasta aquí, culminar mi carrera, otorgándome la sabiduría y conocimientos.

A mi MADRE, Blanca Iris Ardón, por el apoyo que he recibido siempre, su amor y dedicación incondicional en el transcurso de mi vida y carrera, dándome consejo y ánimos en los momentos que lo necesite.

A mi PADRE, José Alberto Campos, por los consejos, ayuda y amor cuando lo necesite, dándome ánimos, comprensión en todo momento y por haber sido mi inspiración.

A mis HERMANOS (Los Cachorros), Denis, Ingrid y Francisco, por haber sido mi apoyo en todo el transcurso de mi carrera, su amor y ánimos.

A mis TIOS, Luis y Alma Orellana, por haber creído siempre en mi capacidad, dándome siempre todo su amor y comprensión, siendo como mis segundos padres ya que siempre han estado allí cuando los he necesitado.

En memoria de mi ABUELITA (Mamita Paca), Francisca Ardón, quien estaría muy orgullosa de mi al verme graduada.

A el Licenciado Pedro Rosalio Escobar, Asesor, quien nos brindó su apoyo y conocimientos para la realización de nuestra investigación.

Iris Marcela Campos Ardón

## INDICE

PÁGINA

INTRODUCCION .....	i
CAPITULO I	
SINTESIS DEL DISEÑO DE INVESTIGACION .....	1
1.1. FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	1
1.2.JUSTIFICACIÓN .....	4
1.3.FORMULACIÓN Y OPERACIONALIZACION DE LA HIPÓTESIS .....	6
1.4. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN .....	8
CAPITULO II	
ASPECTOS HISTÓRICOS RELEVANTES DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR. EVOLUCIÓN CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR. ....	11
2.1. ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL DERECHO A LA SALUD .....	11
2.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA REGULACIÓN NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR. ....	15
2.2.1. Historia del Derecho a la Salud.....	15
2.2.2. Historia del Derecho a la Salud en El Salvador .....	16
2.2.3. Evolución Constitucional del Derecho a la Salud en El Salvador, a partir de la Constitución de 1950. ....	22
2.2.4. El Derecho a la Salud desde la perspectiva Constitucional actual .....	25

## CAPITULO III

FUNDAMENTACIÓN DOCTRINARIA DEL DERECHO A LA SALUD .....	32
3.1. SALUD: CONCEPTO Y EVOLUCIÓN .....	32
3.1.1. Evolución del Concepto .....	32
3.1.2. Definición de salud.....	35
3.2. DEFINICIÓN DEL DERECHO A LA SALUD.....	36
3.3. DEFINICIÓN DE SALUD PÚBLICA .....	42
3.4. NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD .....	44
3.4.1. Naturaleza Social del Derecho a la Salud.....	45
3.4.2. Ubicación del Derecho a la Salud dentro de la División Bipartita de los Derechos Subjetivos. ....	47
3.5. PRINCIPIOS QUE RIGEN EL DERECHO A LA SALUD .....	50
3.5.1. Principio de igualdad.....	51
3.5.2. Principio del Bien Público.....	51
3.6. OBJETO DEL DERECHO A LA SALUD .....	52
3.7. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE GARANTIZA EL DERECHO A LA SALUD. ....	54
3.7.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social .....	54
3.7.1.1. Estructura organizativa.....	56
3.7.2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).....	57
3.7.2.1. Surgimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social .....	57
3.7.2.2. Evolución el Seguro Social en El Salvador .....	58
3.7.2.3. Cómo evolucionara .....	58

3.7.2.4. Servicios al Público .....	59
3.7.2.5. Servicios Médicos .....	59
3.7.2.6. Las Unidades de Servicio.....	61
3.7.2.7. Expansión del Seguro Social .....	65
3.7.2.8. Seguridad Social .....	65
3.7.2.9. El Seguro Social.....	66
3.7.2.10. Como se financia el Seguro Social.....	67
3.7.2.11. Campo de Aplicación .....	68
3.7.2.12. Misión, Visión y Valores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.....	69
3.7.3. Bienestar Magisterial .....	70
3.7.3.1. Afiliación.....	71
3.7.3.2. Beneficios Otorgados por el Sistema de Seguro .....	73
3.7.4. Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) .....	82
3.7.4.1. Justificación.....	84
3.7.4.2. Objetivos .....	86
3.7.4.3. Concepto.....	86
3.7.4.4. Descripción de los Elementos Conceptuales .....	87
3.7.4.5. Principios y Valores.....	89
3.7.4.6. Operativización .....	93
3.7.4.7. Componentes Fundamentales .....	95
3.7.4.8 Subcomponentes y Actividades .....	99
3.7.5. Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).....	106

3.7.6. Hospital Militar Central.....	108
3.7.7. Consejo Superior de Salud Pública .....	111

CAPITULO IV

ORDENAMIENTO JURÍDICO VIGENTE EN MATERIA DEL DERECHO A LA SALUD .....	114
---	-----

4.1. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.....	114
---	-----

4.2. LEGISLACIÓN SECUNDARIA.....	116
----------------------------------	-----

4.2.1. Código de Salud .....	117
------------------------------	-----

4.2.2. Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. ....	122
---	-----

4.2.3. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. ....	123
--	-----

4.2.4. Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas, Odontológicas y Farmacéutica.....	129
--	-----

4.2.5. Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.....	133
--	-----

4.2.6. Ley del Sistema Básico de Salud Integral.....	135
--	-----

4.2.7. Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud .....	140
--	-----

4.2.8. Ley de Creación del Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada .....	143
--	-----

4.2.9. Disposiciones de “Garantía Estatal de la Salud y la Seguridad Social”. ....	143
--	-----

4.2.10. Ley de Patronatos de Centros Asistenciales.....	144
---	-----

4.3. REGLAMENTOS .....	145
------------------------	-----

4.4. NORMAS INTERNACIONALES .....	151
-----------------------------------	-----

4.4.1. Convención Americana sobre Derechos Humanos .....	151
4.4.2. Convención sobre los Derechos del Niño .....	153
4.4.3. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.....	154
4.4.4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	154
4.4.5. Declaración Universal de Derechos Humanos.....	156
4.4.6. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre .....	157
4.5. DERECHO COMPARADO.....	157
4.5.1. Derecho a la Salud en la República de Guatemala .....	157
4.5.2. Derecho a la Salud en la República de Honduras .....	159
4.5.3. Derecho a la Salud en la República de Nicaragua.....	160
4.5.4. Derecho a la Salud en la República de Costa Rica .....	160
CAPITULO V	
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO .....	162
5.1. APLICACIÓN DE LA NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.....	162
5.2. ACCESO A LA SALUD PÚBLICA.....	166
5.3. PROGRAMAS DE SALUD.....	169
5.4. FONDOS DESIGNADOS AL SECTOR SALUD.....	171
5.5. ENTES A CARGO DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA .....	173
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	175

6.1. CONCLUSIONES .....	175
6.2. RECOMENDACIONES .....	177
BIBLIOGRAFIA .....	179
ANEXOS .....	186

## INTRODUCCION

El presente documento contiene el desarrollo del tema denominado: “ALCANCE DE LAS POLITICAS GUBERNAMENTALES EN EL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. (PERIODO 2004 – 2009)”.

Con la presente investigación se tiene como propósito fundamental, llegar a conocer la problemática por la que pasa el sector salud en nuestro país, en cuanto a cual es la importancia de las Políticas Gubernamentales en materia de salud.

La investigación presenta en un principio los aspectos históricos relevantes del derecho a la salud, desde una perspectiva nacional e internacional, con lo cual se delimita geográfica y temporalmente dicho derecho.

En este orden de ideas es importante destacar la fundamentación doctrinaria del derecho a la salud, desarrollando a su vez la evolución que ha tenido el concepto de salud, derecho a la salud y salud pública, esto a través de la historia desde una perspectiva no solo nacional sino que internacionalmente hablando. De igual manera, como ente garantizador del derecho a la salud, se aborda la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, determinando, si el Consejo Superior de Salud Pública cumple con su función la cual es vigilar por que se cumplan las leyes y políticas, el papel que juega el Ministerio de Salud Publica en cuanto

a la organización de las Instituciones y acceso a la atención hospitalaria. En fin establecer si el rol del Estado es velar por la salud de los habitantes de la República.

Posteriormente se alude a todo el ordenamiento jurídico nacional e internacional que se vinculan con el derecho a la salud, en un sentido amplio y particularmente leyes que amparan a la población salvadoreña como sujetos del derecho a la salud, fuentes Internacionales, el tratamiento que el país le da a estas normas y la comparación de esas con las Leyes Centroamericanas en cuanto a cual es el tratamiento que se le da al derecho a la salud.

Luego se exponen los resultados obtenidos en la investigación de campo la cual se realizó a través de entrevistas realizadas a entes relacionados con el derecho a la salud como los son Agentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio Público, Médicos del Sector de Salud Pública y Ciudadanos en general como beneficiarios del derecho a la salud.

Mostrándose finalmente las respectivas conclusiones a las que se llevo después de haberse recopilado la información bibliográfica y de campo necesaria para el desarrollo de la presente investigación.

En espera que sea de gran beneficio para quienes consulten este documento, sea el sector estudiantil, autoridades gubernamentales o no

gubernamentales y demás personas, con la finalidad de resaltar avances y deficiencias de las Políticas Gubernamentales en materia de salud.

## **CAPITULO I**

### **SINTESIS DEL DISEÑO DE INVESTIGACION**

#### **1.1. FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Como investigadores y futuros profesionales del Derecho, al elegir un área de investigación dentro de una gran gama de ramas posibles a estudiar, nos avocamos al Derecho Constitucional, por ser esta una de las áreas principales dentro de las ciencias jurídicas, puesto que es en ella en donde se plantean las bases de la esfera de protección del Derecho en general, es decir que es considerada la rama del derecho en donde se desarrollan los mecanismos jurídicos para el fiel cumplimiento de cada una de las disposiciones Constitucionales, así como evitar contradicciones por parte de otra legislación vigente a fin de no causar violaciones a Derechos fundamentales planteados en la Constitución por encontrarse ésta en la posición mas alta dentro de la escala jerárquica. Además nos inclinamos hacia el área Constitucional porque como estudiantes de Licenciatura en Ciencias Jurídicas, el Derecho Constitucional es la rama del derecho considerada como más importante ya que en ella se reconocen los Derechos Fundamentales del ser humano, y que además es la que recoge las garantías de todo ciudadano.

Dentro del Derecho Constitucional identificamos diversidad de problemáticas que como investigadores tomamos en cuenta para la realización del presente trabajo, en un primer momento nos planteamos investigar el rol de la Procuraduría General para la Defensa de los Derechos Humanos frente a las denuncias en las pasadas elecciones presidenciales, y

como una segunda alternativa consideramos el estudio de la fiel aplicación de las sentencias que declaran la Inconstitucionalidad e Inaplicabilidad de algún instrumento jurídico; pero llegamos a la determinación que podrían ser temáticas en la que no habría mayor aporte por parte nuestra.

Así tomamos a bien tratar el área de la Salud Pública, la cual es tratada por el Derecho Constitucional como un bien público, dentro de esta investigación abordamos la salud en un sentido estrictamente jurídico, para lo cual nos enfocamos a determinar si las políticas de gobierno en materia de salud vigentes en El Salvador, permiten el fiel cumplimiento del Derecho a la Salud Pública y Asistencia Social tal y como lo dispone nuestra Constitución, consideramos de suma importancia tomar en cuenta en esta investigación un análisis al presupuesto que el gobierno ha destinado para el área de la Salud en los últimos años. Además lo importante que es tomar en cuenta si se proveen los suficientes recursos que controlen la práctica médica por medio de las respectivas juntas de vigilancia, de igual forma abordamos la manera en que se trata esta área en el plan del próximo gobierno entrante en contraste a como se ha regulado en el último gobierno.

El derecho a la Salud es un derecho íntimamente relacionado con el derecho individual a la Vida, derecho que es reconocido no solo en nuestro país sino a nivel mundial, derecho que en muchas ocasiones es deficiente y de difícil acceso del ciudadano común, es decir del que goza de poca solvencia económica, problema que no se debería dar, ya que la misma Constitución establece que este servicio debe ser gratuito en nuestro país aún más a las personas de escasos recursos económicos.

La investigación se enfocó a verificar la incidencia de la situación problemática dentro del territorio de la República de El Salvador en el periodo, que comprende el último gobierno (2004 – 2009)

De lo planteado con anterioridad y con el propósito de enunciar el problema de investigación surgieron las siguientes interrogantes:

¿Quién tiene la mayor responsabilidad en el ámbito de salud?

¿Cuáles son los factores que inciden en la adjudicación de cierto porcentaje a la salud en el presupuesto asignado actualmente?

¿Cuál es la relación de las políticas de salud con el Derecho contemplado en la Constitución?

¿Cuál es el papel que juega el Ministerio de Salud en cuanto a la organización de las Instituciones y acceso a la atención hospitalaria?

¿Son efectivas las políticas de gobierno vigentes?

¿Es eficiente el rol del Estado al velar por la salud de los habitantes de la República?

¿Con las políticas actuales se cumple lo que se ha establecido en la Constitución?

¿Cumple con su función el Consejo Superior de Salud Pública?

Finalmente se optó por una pregunta fundamental que constituyó el problema de la investigación:

“En que medida las Políticas Gubernamentales en materia de Salud vigentes en el país, permiten el cumplimiento del Derecho a la Salud y Asistencia Social regulado por la Constitución en El Salvador”

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Es de vital importancia investigar el área de la salud desde un panorama jurídico, pues como derecho fundamental es consagrado en nuestra Constitución de manera que el Estado debe garantizar el cumplimiento del mismo, esto por medio de la creación de políticas de gobierno relacionadas a la salud que permitan la realización de este.

Es de considerar que la importancia de la presente investigación radicó en el análisis de las políticas de gobierno vigentes, en las cuales identificamos si están encaminadas a cumplir con lo que la Constitución establece.

Dentro del Derecho a la Salud Pública cabe mencionar que existen diversidad de factores que se encuentran concatenados para permitir el cumplimiento de este Derecho, como podríamos mencionar la existencia de un presupuesto justo para esta área, justo en el sentido de cubrir con las necesidades que demandan la Salud Pública, así como también si es a causa de la falta de presupuesto que este derecho es brindado con deficiencias, de manera que se presenten los dos extremos del mismo.

Como un segundo punto es el acceso a los diferentes niveles de Salud Pública esto en cuanto a la accesibilidad que brinda el Estado a toda la población a la Salud Pública, pues en la Constitución se establece que debe prestarse este servicio de forma gratuita, y en ese sentido se pretende la posibilidad de acceso a este derecho por parte de todos los ciudadanos, pero

es importante hacer notar si es que en la práctica existen mecanismos que den cumplimiento a esta disposición y si se le esta prestando la debida atención por parte del Estado para verificar su cumplimiento.

Dentro del estudio de las políticas de gobierno vigente hubo la necesidad de destacar las deficiencias que estas presentan y representan para el buen desempeño del derecho a la Salud, así como también las ventajas del mismo, para que de esta manera llegamos a caer en el análisis de las políticas de gobierno próximas a entrar en vigencia, en contraste a las anteriores en el área de Salud Pública y en qué medida estas nuevas políticas de gobierno van encaminadas al cumplimiento de este Derecho como la Constitución lo dispone.

Un punto muy importante que se destacó fue la función desempeñada por el Consejo Superior de Salud Pública, enfocándonos específicamente en las atribuciones que a ella se le otorgan como ente vigilante de la práctica médica, así como también fue importante el estudio de la legislación en materia de Salud vigentes en la actualidad en nuestro país, con el fin de determinar si fueron lo suficientemente efectivas para el cumplimiento de las disposiciones en materia de Salud que nos establece la Constitución, y si dicha legislación fue congruente con el marco constitucional y con la práctica de las políticas gubernamentales.

Para la prestación del servicio de salud, se cuenta con una red de Unidades de Salud y Hospitales Públicos, de manera que este servicio sea accesible a toda la población, pero no así de difícil acceso para aquellas comunidades que radican alejados de las zonas urbanas donde se

encuentran la mayor parte de estos servicios, los cuales en su mayoría son prestados de manera deficiente. Por lo cual creímos que es importante investigar cuales son las deficiencias que podrían ocasionar estos problemas que aquejan en la actualidad al sector de Salud, y si el ordenamiento jurídico vela por el fiel cumplimiento a este derecho consagrado en la Constitución, en leyes secundarias en relación al área de Salud y de las instituciones que por estas mismas están en la obligación de cumplir este derecho.

### 1.3. FORMULACIÓN Y OPERACIONALIZACION DE LA HIPÓTESIS

#### HIPOTESIS GENERAL

“Las políticas gubernamentales en materia de salud no permiten el cumplimiento del Derecho Constitucional a la Salud”

<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p><b>“Las políticas gubernamentales en materia de salud</b></p>	<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p><b>“El cumplimiento del Derecho Constitucional a la Salud”</b></p>
<p>Indicador:</p> <p>Cobertura de la Atención a la Salud</p> <p>Índices:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención primaria en salud</li> <li>✓ Esquema garantizador para la población del acceso a servicios ambulatorios y hospitalarios.</li> </ul>	<p>Indicador:</p> <p>Acceso a la atención en salud</p> <p>Índices:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Porcentaje de la población con acceso a la salud</li> <li>✓ Cantidad de centros de atención.</li> </ul>

<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p><b>“Las políticas gubernamentales en materia de salud</b></p>	<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p><b>“El cumplimiento del Derecho Constitucional a la Salud”</b></p>
<p>✓ Estrategias y mecanismos que garanticen el acceso a la atención de la salud.</p>	<p>✓ Número de programas en ejecución.</p>
<p>Indicador:</p> <p>Financiación, inversión y el gasto público en salud.</p> <p>Índices:</p> <p>✓ Asignación de fondos por programas</p> <p>✓ Designación del presupuesto anual.</p> <p>✓ Inversión en zonas geográficas prioritarias y grupos de población específica.</p>	<p>Indicador:</p> <p>Inversión de los fondos destinados a la salud.</p> <p>Índices:</p> <p>✓ Costos de los programas de salud.</p> <p>✓ Porcentaje destinado a cada programa.</p> <p>✓ Modernización de infraestructura de hospitales.</p>
<p>Indicador:</p> <p>Vigilancia de la salud y de sus factores determinantes.</p> <p>Índices:</p> <p>✓ Organización y funcionamiento de procesos de vigilancia de la salud.</p>	<p>Indicador:</p> <p>Instituciones que desarrollan la vigilancia.</p> <p>Índices:</p> <p>✓ Funciones asignadas al Consejo Superior de Salud Pública.</p>

<b>Variable Independiente:</b> <b>“Las políticas gubernamentales en materia de salud</b>	<b>Variable Dependiente:</b> <b>“El cumplimiento del Derecho Constitucional a la Salud”</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistema de vigilancia de las enfermedades.</li> <li>✓ Análisis de los riesgos y daños a la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Creación de leyes secundarias que regulen la vigilancia.</li> <li>✓ Funciones desarrolladas por las Juntas de Vigilancia.</li> </ul>

#### **1.4. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación que se realizó fue mixta por ser ésta de carácter tanto bibliográfica y de campo, para los aspectos teóricos y empíricos del estudio.

En el transcurso de la investigación se estuvo recopilando, sistematizando y procesando información bibliográfica de relevancia en relación al problema de investigación; así mismo se buscó obtener información directa de fuentes reales o informantes claves que se relacionen directamente con el problema de investigación.

La investigación cubre los niveles descriptivo, explicativo y predictivo; y no se limitará solamente a la descripción del fenómeno o sistematización de la información sobre el mismo; sino que en ella se intentó explicar su comportamiento buscando las causas a partir de los datos obtenidos y luego

determinar y dar una respuesta de solución al problema en el trabajo de investigación.

Según el autor Eric Napoleón López Águila, El Método “Es el conjunto de operaciones intelectuales por las que una disciplina trata de alcanzar las verdades que persigue, las demuestra y verifica”

Por otra parte el método Hipotético – deductivo “es el privilegio del camino que lleva a la verificación de la hipótesis y es la expresión lógica más sistemática de esta concepción del quehacer científico”

Por lo tanto, el método que se utilizó para el desarrollo de la presente investigación fue: el método hipotético – deductivo, ya que plantea el procedimiento lógico – deductivo que se tiene que seguir respectivamente para operacionalizar las variables del sistema de las hipótesis planteados en el trabajo de investigación.

La operacionalización de estas variables a partir de este procedimiento lógico deductivo generó una serie de indicadores que es necesario someterlos a comprobación por medio de la práctica.

Para llevar a cabo esta comprobación se utilizaron técnicas cualitativas como la entrevista y la observación como sus instrumentos respectivos: la cédula de entrevista y la guía de observación.

Para la recolección de la información bibliográfica se utilizó la técnica de la investigación documental y su respectivo instrumento la ficha bibliográfica. Una vez recolectada la información tanto la de carácter bibliográfico como la de campo se procedieron a sistematizarla, procesarla y analizarla para intentar explicar el comportamiento del fenómeno que se estudia.

Es este proceso se utilizó el método analítico y se utilizaron las técnicas como el análisis de contenido y su instrumento la ficha de trabajo.

## **CAPITULO II**

### **ASPECTOS HISTÓRICOS RELEVANTES DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR. EVOLUCIÓN CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR.**

#### **2.1. ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL DERECHO A LA SALUD**

Inicialmente el Derecho a la Salud se manifestó por medio de la prestación de servicio de atención a los pobres, a cargo de ciertos órganos de gobierno e instituciones religiosas. Ya en el siglo IV A.C., los médicos egipcios, remunerados por el Estado atendían a los pobres en calidad de ciudadanos egipcios no así los hebreos. Así mismo los leprosos eran marginados de las ciudades enviados a cuevas alejados de la sociedad dominante y el Estado no proporcionaba a este tipo de enfermos, si no 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 los comienzos de la era cristiana la Iglesia fundó, aproximadamente en el año 325, hospitales para los pobres. Más tarde las autoridades municipales se hicieron cargo a menudo de esos servicios.

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 Isabelinas de socorro a los pobres promulgada 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.<sup>1</sup>

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. Aunado a ello los grupos pluralistas organizados en sindicatos y asociaciones profesionales exigieron ser reconocidos en el proceso económico lo que dio como resultado la intervención del Estado, el cual tomó una función de planificar, dirigir, controlar y supervisar la vida económica. Trayendo entre otras consecuencias las limitaciones a la libertad de contratación y de disposición de la propiedad.

El resultado visible de este proceso para Loewenstein, “es que una exigencia de una mayor seguridad económica y justicia social quedan

---

<sup>1</sup> Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho. “El Derecho a la Atención de la Salud”, año 1998. S. D.

concretadas en los derechos fundamentales de contenido social y económico”. Estos nuevos “derechos” fundamentales se diferencian esencialmente recogido por el antiguo catalogo liberal. No están gestionados a garantizar la libertad frente al Estado y la protección contra el Estado, sino que son pretensiones del individuo o del grupo colectivo ante el Estado. El Estado tiene primeramente que actuar para satisfacer estos derechos fundamentales no son derechos en el sentido jurídico, ya que no pueden ser exigidos judicialmente del Estado, antes de que no hayan sido institucionalizados por una acción estatal”<sup>2</sup>

El derecho a la salud, a través del tiempo ha venido evolucionando, con el pensamiento humano en cuanto al avance técnico y científico.

Inglaterra impuso 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 Chadwich, fue nombrado como asistente de la comisión real encargada de investigar las condiciones reales de aplicación de la ley de los pobres; luego se crea el primer consejo de salud, reconociendo por primera vez en la humanidad que la salud del pueblo era integralmente reconocida como importante acción administrativa del gobierno.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Bertrand Galindo, Francisco Et al., apud Karl Loewenstein, s.f.

<sup>3</sup> Badía, Roberto de Jesús. Apuntes de Salud Pública, Ed. Universitaria UES, El Salvador, C.A. año 1983. , p. 21

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 que actualmente se identifica como salud pública, es mucho más reciente, situándolo a principios del siglo XX no como un hecho aislado sino como 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.

En 1978, después que la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la Asociación Mundial de la Salud, consistiría en alcanzar para el año 2000, un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo, que les permita 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 familiar de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar.

## **2.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA REGULACIÓN NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR.**

### **2.2.1. Historia del Derecho a la Salud**

La definición, el reconocimiento y la defensa de los derechos individuales se gestó principalmente en el pensamiento y en la historia política de la edad moderna desde el siglo XVI y XIX, escuelas de Derecho Natural, entre ellas, especialmente la llamada Escuela Clásica, el Iluminismo, el pensamiento político liberal y democrático, la Revolución Inglesa, la Revolución Americana y la Revolución Francesa y los subsecuentes movimientos constitucionales en muchos países.

En cambio la génesis del reconocimiento y de la proclamación de los derechos sociales del hombre se prepara y gesta a lo largo del siglo XIX, con doctrinas sociales, movimientos obreros, intervencionismo del Estado, progreso de la idea de Justicia Social, etc., y madura principalmente en el siglo XX, desde la Primera Guerra Mundial, siendo México quien abrió la brecha en este sentido con su Constitución de 1917.<sup>4</sup>

La Constitución de Weimar de la República Alemana dio gran amplitud a los derechos sociales y ejerció una gran influencia sobre otras Constituciones. Esta preocupación por las exigencias de la justicia social se extienden y se exceptúan durante la Segunda Guerra Mundial y en el periodo subsiguiente, y se manifiesta lo mismo en las nuevas constituciones que han

---

<sup>4</sup> Araujo Velásquez, Ivette Rocío. Et. al. Tesis: “La ineficacia del Proceso de Amparo como medio de tutela frente a la violación del Derecho a la Salud”. Universidad de El Salvador, San Miguel, año 2004, p. 49 – 50.

sido elaboradas desde 1945, y en documentos internacionales como la Carta de San Francisco, la Declaración Universal de Derechos del Hombre y otros Acuerdos de las Naciones Unidas.

### **2.2.2. Historia del Derecho a la Salud en El Salvador**

Respecto a 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 de éste.

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 compendia 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 ante la Corte del 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 comienza 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<sup>5</sup>:

1. **Constituciones Republicanas y Democráticas con tendencia conservadora**, en las cuales se guardaba gran vinculo 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 llego 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 tratara en el siguiente apartado.

---

<sup>5</sup> Sánchez Martínez, Irma Judith. Et. al. Tesis: "El Derecho a la Salud en la Constitución de la República de El Salvador". Universidad de El Salvador, año 1994. p. 20-23.

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 coadyuvan a la salud de manera directa.

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 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 Consejo Superior de Salubridad, inspirado en el Código de Sanidad que hizo promulgar el prefecto de París Dubois, el 6 de Julio de 1807 y que El Salvador, constituyó una verdadera revolución sanitaria.<sup>6</sup>

La institución nace el 23 de Julio de 1900, 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. El primer Código de Sanidad entra en vigencia el 24 de Julio del mismo año. El 15 de Agosto se creó la Dirección General de Vacunación la cual en 1907 se llamó Instituto de Vacunación Contra la Viruela.

---

<sup>6</sup> Sánchez Martínez Irma Judith. "El Derecho a la Salud en la constitución de la República". Universidad de El Salvador. Tesis. El Salvador. 1994. pp. 46 – 47

En 1920 se fundó la Dirección General de Sanidad dependiendo también del Ministerio de Gobernación. En 1925 se nombra al primer odontólogo y se inicia la profilaxia antivenéreas en siete cabeceras departamentales. 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 una 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 tenga aptitudes para ello.

En 1930 se aprueba un nuevo Código de Sanidad, en este año se establece la primera clínica de puericultura ubicada en San Salvador. En 1935 aparecen las tres primeras enfermeras graduadas y en este año la Sanidad cuenta con servicio médico escolar, servicio para el control de los parásitos intestinales. Los servicios Departamentales de Sanidad estaban a cargo de un Médico Delegado, asistido por un Inspector de lucha antilarvaria, un Agente Sanitario, un vacunador y por enfermeras no graduadas o enfermeros hombres a cargo de los hospitales de profilaxia, este año se reportó el último brote de viruela.

En el año de 1940, comienza la era de “La Sanidad Técnica” (calificativo dado por el Jefe de Oficina de Evaluación de Programas de la OMS Dr. Atilio Monchiovello) se mencionan unidades sanitarias en Santa Tecla, Santa Ana y San Miguel; pero en realidad la única que mereció este nombre fue la de Santa Tecla, que además actuó como Centro de Adiestramiento. La División de Servicios Locales le tomó dos años en organizar servicios para la capital, Mejicanos y Villa Delgado (hoy Ciudad Delgado) además dio servicios a sus localidades vecinas mediante tres brigadas móviles. En Junio de 1942 el Director General de Sanidad celebra contrato con el Instituto de Asuntos Interamericanos en el país. Este proyecto de cooperación construyó el edificio de la Dirección General de Salud (actual edificio de MSPAS), tres unidades sanitarias, Sistemas de agua potable, alcantarillados, rastros, lavaderos, baños, saneamiento antimalárico, investigación del paludismo, shigelosis, poliomiélitis y tuberculosis por medio de la unidad móvil de rayos X. En 1948 se creó el Ministerio de Asistencia Social, y al finalizar este año se cuenta con 32 servicios en 32 municipios con un personal de 565 y un presupuesto de ¢1,158,620.00.

En 1950 el Ministerio de Asistencia Social pasaba a ser el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En julio de 1951 se inician las actividades del área de demostración sanitaria, proyecto conjunto con la OMS en este proyecto nació la Escuela de Capacitación Sanitaria la cual brindaría capacitación en adiestramiento en servicio, atención integral, organización de comunidades rurales para las actividades de saneamiento rural y puestos de salud. En 1956 existían 40 servicios locales bajo la Dirección General de Sanidad , pero debe tenerse presente que el Ministerio tenía bajo su supervisión y coordinación: 14 hospitales, Escuela Nacional de Enfermería, la Beneficencia Pública, Guarderías Infantiles, los Hospicios,

Asilo de Ancianos, Sociedad de Señoras de la Caridad y la atención a la ayuda técnica de Organismos Internacionales. Para el año de 1958 después de 10 años de labores para la erradicación de *Aedes Aegypti*, en la XII Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS declaró al país libre de este. Para finalizar la década en 1959 se contaba con 74 servicios locales, con el área de demostración sanitaria.<sup>7</sup>

Es complicado determinar la influencia del silencio o vacío de ley casi absoluto del legislador constituyente en materia de salud en el periodo que ha existido desde la independencia hasta 1950.

Se observa que si bien la legislación constitucional no refleja la mente o intención del legislador, la ley secundaria si lo hace a partir de 1900; desde entonces se produce un cambio sustancial en el enfoque del Derecho a la Salud. Podemos añadir que la política estatal cambió y apoyó la acción del Consejo Superior de Salubridad, como dice Allwood Paredes “la vida de la institución sanitaria es el fiel reflejo de la vida política, científica y social del pueblo”<sup>8</sup>

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

---

<sup>7</sup> <http://www.mspas.gob.sv/historia>. Consultado en fecha 28/05/2009 hora 4:52 p.m.

<sup>8</sup> Paredes J., Allwood, Revista del Ministerio de Salud, publicaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1985, p. 13

En la Constitución de 1950 se 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 limitarlos seriamente. Se eleva a la categoría de derechos sociales, los que tienen que ver con la familia, entre ellos el derecho a la salud.<sup>9</sup>

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 porque 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”<sup>10</sup>

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

---

<sup>9</sup> Flores Martínez, Iris Fidelina. “La prestación del Servicio 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 República” Universidad de El Salvador. Tesis. El Salvador. 2007, p. 50

<sup>10</sup> Asamblea Constituyente. Documentos Históricos, El Salvador, año 1950, p. 221

iguales, salvo algunas excepciones se tratara de forma más extensa en el siguiente apartado.

Cabe mencionar que en Diciembre de 1960 entró en vigencia la Ley de patronatos en 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 crea el Departamento Técnico y de Planificación (actualmente Dirección de Planificación de los Servicios de Salud) Se presenta el Primer Plan Decenal de Salud diseñado con la metodología de OPS-CENDES, Plan que sirvió de modelo para los países en desarrollo. En este mismo año se fusionaron las Direcciones de Sanidad y de Hospitales dando origen a la Dirección General de Salud. En 1965 los servicios aumentaron a 151, distribuidos en 14 hospitales, 9 centros de salud, 57 unidades de salud, 70 puestos de salud y 1 inspectoría. En 1969 las prestaciones en salud han crecido a través de 185 establecimientos distribuidos así: 14 hospitales, 9 centros de salud, 64 unidades de salud, 95 puestos de salud y 3 de vacunación; sus acciones se basaban en Atención de la demanda (curativa) preventiva (vacunación, saneamiento, promoción, educación para la salud, entre los programas especiales se encontraban: Campaña Nacional Antipalúdica, Atención Materno Infantil y de la Nutrición Lucha Antituberculosa y Programa Odontológico.

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 a la población menor de cinco años, contra la tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, poliomiélitis y sarampión. En 1974 a

través de préstamo con organismos internacionales se inicia programa de ampliación de red de establecimientos y se introduce el Programa de Salud Oral a base de flouocolutorios. En 1978 se cuenta con 271 establecimientos de salud y se tiene 85.4% de cobertura y 96.2% de población accesible a los diferentes establecimientos de salud. En 1980, se crea el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural programa de introducción de agua potable y letrinización en área rural, se ampliaron las unidades de Ciudad Barrios y de Santa Rosa de Lima, pasando a ser Centros de Salud con capacidad para 72 camas cada uno.<sup>11</sup>

#### **2.2.4. El Derecho a la Salud desde la perspectiva Constitucional actual**

Constitucionalmente hablando fue hasta 1950 que se consideró que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público, siendo a nuestro entender una de las definiciones más acertadas y concretas al respecto la de Bolaños Sandoval para quien es: “Conjunto de bienes afectados al uso directo de la colectividad y destinados al uso público de los administrados”<sup>12</sup>. En ese sentido podríamos decir que al declarar la Constitución que la salud es un bien público ha querido significar que ese estado de completo bienestar físico, mental y social que va mas allá de la sola ausencia de afecciones o enfermedades, como diría la Constitución de la OMS, debe ser disfrutado por todos los habitantes de la República como aspiración de la sociedad salvadoreña. Hay en esto un interés comunitario y/o meramente oficial del Estado o particular de los individuos. La sociedad,

---

<sup>11</sup> <http://www.mspas.gob.sv/historia.com>. Consultado el 28/05/2009 hora 4:52 p.m.

<sup>12</sup> Bolaños Sandoval, Juan Manuel, et al. Tesis: “Bienes Públicos”, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Universidad de El Salvador, año 1979, p. 2

toda íntegramente considerada debe propiciar el logro de ese estado de salud, por eso la Constitución dispone en su artículo 65 que “El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”. Ahora bien, en la ley fundamental se encuentra otra disposición en el artículo 1 que establece como obligación del Estado el asegurar a los habitantes de la República, 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 de 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.

Dentro de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social para el cumplimiento del derecho a la salud de la población salvadoreña es importante señalar que en 1983 se elaboró el diagnóstico de salud correspondiente a los años 1979-1982 para ser tomado como documento de referencia para programar las actividades del Ministerio, la red de establecimientos de salud era de 331 distribuidos en 14 hospitales 12 centros de salud, 98 unidades de salud, 164 puestos de salud, 34 puestos comunitarios y 9 dispensarios de salud, estuvieron cerrados por el conflicto 44 establecimientos, siendo la Región Oriental la más afectada con 28 establecimientos cerrados. El terremoto del 10 de Octubre de 1986 dañó el 80% de la infraestructura de los establecimientos hospitalarios del Ministerio e incluidos los establecimientos privados, se atendió la emergencia a través de la red de establecimientos del sistema nacional y en instalaciones improvisadas en el área metropolitana. En 1988 se ofreció servicios en salud en 342 establecimientos, disminuyó el número de establecimientos cerrados

por el conflicto armado a 34. El 16 de Agosto de 1989 aparece el primer caso de cólera en el país y se inician campaña contra el cólera y cloración del agua.

En 1989-1990 se determina la necesidad de crear una descentralización efectiva de la atención a los pacientes creándose los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y se coordinan acciones y actividades con las diferentes instituciones pertenecientes al sector (ISSS, ANTEL, Sanidad Militar, etc.) En Abril de 1991 se inicia la construcción y equipamiento de Hospital General con capacidad de 207 camas, ubicado en colonia Zacamil, Mejicanos con un costo de 60 millones de colones donados por la Unión Europea. A junio de 1991 la red de establecimientos se incrementó a 387 de los cuales 340 se encontraban abiertos y 46 estaban cerrados. En 1992 se da la implementación y seguimiento del Sub-sistema de Información Gerencial (SIG) en los Hospitales de Chalatenango, Rosales, Maternidad y en los Centros de Salud de Nueva Concepción, San Bartolo y Chalchuapa. Para 1993 se contaba con 18,276 plazas de personal médico, enfermeras, técnicos y administrativos, distribuidos en 372 establecimientos de salud de los cuales son 15 hospitales, 15 centros de salud, 163 unidades, 150 puestos de salud, 34 puestos Comunitarios y 3 dispensarios. Las intensas campañas de vacunación generaron que al país se le entregara certificado de erradicación de la poliomielitis. 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. Se implantó un nuevo horario de consulta en 7 unidades de Salud de San Salvador, el cual era de 7 a.m. a 7 p.m. durante días hábiles y atención de consulta de emergencia durante fines de semana y día festivos de 8 a.m. a 4

p.m. para 1995 se logra implementar la cita escalonada y ampliación del horario en unidades de salud en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, 3 en La Libertad y San Vicente, 2 en Usulután y Morazán, 1 en Chalatenango, 10 en San Miguel y 18 en San Salvador. A nivel hospitalario se implementan las cirugías ambulatorios en los establecimientos de Zacamil, Rosales, B.Bloom, Metapán y Santa Teresa (Zacatecoluca), se organizan las 18 Departamentales de Salud. Se convierten los Puestos de Salud en Unidades de Salud y se incorporan los 15 Centros de Salud a la categoría de hospitales a través del fortalecimiento de especialidades básicas, apoyo con equipamiento y refuerzo de personal especializado médico y paramédico. Se realiza huelga del gremio médico originándose en el Instituto del Seguro Social extendiéndose a todo el sector, lo que generó mejoras salariales y se inicia la formación de una Comisión Nacional de Salud con el objetivo de darle seguimiento al proceso de modernización del sector y abrir espacio para la participación de todos los sectores. Se construyó y equipó el Centro Nacional de Biológicos, para garantizar la conservación óptima y distribución oportuna de vacunas, financiado por el Gobierno de España. Se implementa 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. A finales de 1998 la tormenta tropical Mitch dejó en el país 84.000 damnificados quienes fueron atendidos a través de 889 brigadas médicas brindando 375,000 consultas en 147 refugios. Se inicia la conformación del Sistema Sanitario de Metapán, y se forma el Comité de Gestión del Sistema Sanitario de Nueva Guadalupe. 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.

En el 2000, la red de servicios ha crecido a 610 establecimientos distribuidos en 30 hospitales 357 unidades de salud, la cual fue reforzada con equipo invirtiendo 8 millones de colones y mejoramiento en su infraestructura con una inversión de 5.9 millones de colones. Se reforzó y amplió la red de laboratorios a 132 a nivel nacional, se ha diseñado y elaborado un sistema único de información epidemiológica para el sector salud, que fortalecerá la toma de decisiones a nivel nacional, a nivel institucional se realizó el análisis e implementación del modelo de atención, con la propuesta de las Gerencias de Atención Integral en Salud, según grupos de edad: La niñez, los adolescentes, la mujer, el adulto masculino y el adulto mayor. Se ha continuado con el proceso de modernización con la redefinición de las funciones del Sistema Sanitario con el fin de conformar el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) bajo la visión de lograr la participación activa de la comunidad (participación social) y lograr la descentralización de los servicios de salud. Los SIBASI conformados para el año 2000 son: Metapán, Nueva Guadalupe, Ilobasco, Sensuntepeque y Zona Sur de San Salvador, los cuales sistematizaron sus experiencias para consolidar el funcionamiento de los sistemas básicos de salud integral como nuevo modelo de gestión.

En el 2001 el país es sacudido por dos terremotos ocurridos el día 13 de los meses de enero y febrero los que causa serios daños en la infraestructura de salud: 24 hospitales, 147 unidades de salud, 50 casas de salud y 8 centros rurales de salud y nutrición, para lo cual se diseñaron proyectos de infraestructura y equipamiento con fondos provenientes de: GOES, FANTEL, BCIE; Gobierno de España y BID, sumando un total de \$ 62.8 millones, los esfuerzos de la institución para atender a la población a pesar de tener su infraestructura dañada originó que se creara instalaciones

provisionales y se contara con el hospital móvil sin paredes. Se crearon comités para la atención y seguimiento al quehacer de salud:

Comité de Ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones. (PAI)

Comité Interinstitucional de Salud Reproductiva.

Comité intersectorial para el desarrollo integral de salud de adolescentes.

Comité nacional en apoyo a la vigilancia de mortalidad materna-perinatal.

Comité asesor de prácticas de inmunizaciones.

Comité nacional intersectorial para la definición y conducción de acciones para el control y prevención del consumo de tabaco.

Comité nacional de vigilancia epidemiológica.

Comisión nacional de investigaciones en salud.

Se realiza la primera evaluación a nivel de todo el sector salud del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.

Dándole continuación al proceso de modernización, con la finalidad de ampliar y mejorar los servicios de salud en el mes de agosto se conforman los 5 equipos técnicos de zona responsables de la supervisión de los SIBASI, oficializándose el 30 de agosto los 28 SIBASI, como entidad ejecutora y operativa de las políticas de Salud; se anulan las sedes Departamentales de salud. Creación del Centro Integral de Adolescencia, casa de la juventud en el municipio El Paisnal.

En el año 2002, en el mes de enero se introduce la vacuna pentavalente al esquema de vacunación del MSPAS. Creación de Comité

técnico interinstitucional de estrategia en atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia. Comité de salud Perinatal Comité Científico para la aplicación de las radiaciones ionizantes en seres humanos. Es implementado el laboratorio de Biología Molecular para la investigación virológica de cepas circulantes de Dengue, adicionalmente el laboratorio también contribuirá al monitoreo de carga viral y CD4 en pacientes de VIH-SIDA. Para el fortalecimiento de los servicios de salud el Gobierno de España donó 42 ambulancias y 2 quirófanos móviles En mayo se presenta un alto crecimiento en casos de Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico y se procede a declara emergencia nacional, se inician las acciones de coordinación del sector salud en especial con Sanidad Militar y con instituciones de gobierno (Ministerio de Gobernación, Ministerio de Educación, Alcaldías Municipales) con la finalidad de controlar la epidemia, la cual es controlada en octubre, sin embargo las acciones preventivas continúan hasta finalizar el año.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> <http://www.mspas.gob.sv/historia.com>. Consultado el 28/05/2009 hora 4:52 p.m.

## **CAPITULO III**

### **FUNDAMENTACIÓN DOCTRINARIA DEL DERECHO A LA SALUD**

#### **3.1. SALUD: CONCEPTO Y EVOLUCIÓN**

El deseo de los hombres por gozar de salud, con objeto de realizar todo aquello para lo que su racionalidad les capacita, es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Los intentos por definirla, a pesar de su valor extraordinario y relativo, han sido y continúan siendo múltiples y pluralistas.

El concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales<sup>14</sup>. El significado preciso de la palabra salud es distinto de un grupo social a otro y, es mas, de persona a persona, como bien indica René, ecologista francés, quien ya en 1959 explicó que “los términos salud y enfermedad carecen de significado a menos que sean definidos en relación con una cierta persona que funciona en un ambiente social y físico determinado”.<sup>15</sup>

No obstante, debe realizarse un recorrido histórico por los criterios que han determinado la idea de salud.

##### **3.1.1. Evolución del Concepto**

---

<sup>14</sup> San Martín H. Crisis Mundial de la salud ¿Salud para nadie en el año 2000? Madrid: Ciencia 3, 1985.

<sup>15</sup> Dubos René. El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

A lo largo de la historia y hasta mediados del siglo XX la idea de salud se ha caracterizado por su concepción biologicista y por ser definida a partir de la enfermedad.<sup>16</sup>

Durante siglos la enfermedad se ha explicado sucesivamente desde las teorías demoníaca, mítica, humoral, miasmática y microbiana.

De acuerdo con la teoría demoníaca primitiva, el dolor, la enfermedad y la muerte estaban causados por espíritus malignos. Su actuación curativa consiste en ofrecer sacrificios y ofrendas para aplacar los entes maléficos, y lo que podría denominarse actuación preventiva estaba representado por el uso de amuletos o sustancias que alejaban a los demonios.

El saber artesanal de los exorcistas, como el de los magos, había sido puesto por escrito en la edad de bronce y continuó transmitiéndose durante la edad de hierro.

En Grecia había dioses medicinales, como Esculapio, que llevaban a cabo curas milagrosos en sus templos. Pero aparte de éstos se desarrolló una escuela de médicos que desecharon los atavíos mágicos de los exorcistas, pero no sus fármacos, y confiaron en tratamientos manuales y químicos. A juzgar por los escritos existentes, que comienzan con Hipócrates, la tradición médica griega se caracteriza por su emancipación de

---

<sup>16</sup> Laín Entralgo P. Historia de la Medicina, 8ª ed. Barcelona: Salvat, 1986.

la demonología y por su objetividad en la observación y registro de los síntomas.

Según Hipócrates, los elementos esenciales del cuerpo humano, de cuya alteración provenían las enfermedades, eran cuatro: flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra. Esta teoría de los cuatro humores dominó mucho tiempo y aún se extendió un siglo más allá de la edad media.

Durante la época de la epidemia de cólera (1828 – 1838) en Europa, el temor infinito al enemigo invisible y sutil que cercenaba vidas en cualquier momento y en los sitios más inverosímiles, acentuó la idea de la contaminación por emanaciones o pestilencias que estaban en el aire. Los miasmas obligaron a todas las personas a pensar en protegerse con los más variados atuendos. Ello involucra, en cierto modo, que en la concepción del aislamiento ejercitado para prevenir las enfermedades transmisibles estaba presente la idea de contagio.

En la segunda mitad del siglo XIX, los trabajos de Pasteur y Koch alimentan la esperanza de un pronto predominio sobre la enfermedad, a través del hallazgo del germen que la origina y se suscribe a la etiología como causa única. A finales de siglo, cuando Koch presenta su descubrimiento del *vibrio comma* ante la comunidad científica, es atacado por Von Pettenkoffer, epidemiólogo de la época, quien lo acusa de necedad por pretender encerrar en una probeta “la causa” del cólera, cuando “sus causas” son “la ignorancia, la miseria, el hacinamiento y la insuficiencia del saneamiento ambiental”

A pesar de estas ideas, la teoría microbiana avanza y el desarrollo de la bacteriología y de la quimioterapia alcanza el éxito en el hombre frente a la enfermedad. Esta era la gran preocupación de los colectivos humanos y no tanto la salud que, durante mucho tiempo se ha definido como “la ausencia de enfermedad”.

### **3.1.2. Definición de salud**

Según Caba, vicepresidente de la Asamblea Mundial de la Salud (en ese momento), “la salud no es lo opuesto a la enfermedad... el concepto de salud es inseparable de la paz y de la amenaza de guerra, de la eliminación de la pobreza y la marginación, de la conservación del medio ambiente, de la reducción del desempleo. La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e individuales y deben formularse como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas”<sup>17</sup>. Señala que ésta es la línea de pensamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir la salud en 1946, en su carta constitucional, en términos positivos como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Los aspectos innovadores de esta definición, como la expresión de un estado óptimo positivo y la incorporación de las áreas mental y social, hizo

---

<sup>17</sup> Caba P. Salud para todos. En: Clavería Soria L y cols., eds. La sanidad española a debate. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 1990; pp. 9 – 22.

que marcara un hito en su momento, aunque ha sido muy criticada por ser utópica, equiparar bienestar a salud, expresar más un deseo que una realidad, considerar la salud como un estado fijo y por ser una definición subjetiva.

La salud es el aspecto más importante de cualquier ser humano, es que mediante ella nos podemos desenvolver correctamente en nuestro medio; pero como la salud es un concepto bastante complejo de definir, antes de adentrarnos en el necesitamos saber a qué estamos haciendo referencia. La definición de salud nos dice que ésta es una forma física; es la capacidad que el cuerpo humano tiene para satisfacer las exigencias que son impuestas por la vida cotidiana. Dicha forma física es un estado del cuerpo que al mismo tiempo se vincula con los estados mentales; ambos combinados nos ayudan a desarrollar una vida dinámica y positiva.

### **3.2. DEFINICIÓN DEL DERECHO A LA SALUD**

Al definir el Derecho a la Salud se hace indispensable tratar separadamente cada uno de los conceptos, más y cuando se trata de un concepto tan complicado o como lo es el derecho, para luego pasar a la construcción de una definición más amplia y completa.

Asimismo qué derecho, según el Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales de Manuel Ossorio, en un sentido etimológico, proviene del latín *directum* (directo, derecho); a su vez del latín *dirigere* (enderezar, dirigir, ordenar, guiar) en consecuencia, en sentido lato quiere decir recto,

igual, seguido, sin torcerse a un lado ni otro, mientras que en sentido restringido es tanto como *ius*.

Con todo, el concepto de derecho tiene dos enfoques, el enfoque individualista y sociológico: de todos modos, no se trata de un concepto uniformemente definido, para algunos es un conjunto de reglas de conducta cuyo cumplimiento es obligatorio y cuya observancia puede ser impuesta coactivamente por la autoridad legítima. Ihering, lo define como el conjunto de normas según las cuales la coacción es ejercida en un estado. Esa idea, más que un concepto filosófico del vocablo, parecería referirse a una estimación del derecho positivo, que quedara limitada a las normas legales y consuetudinarias. Más, aun dentro de tal limitación se advierte la existencia de una conformidad en la definición de lo que es derecho; en primer término porque se presenta una diferencia fundamental, según el punto de vista desde el que sea considerado: individualista o sociológico.

Entre los autores que se han expresado a cerca del sentido individualista. Para Kant, el derecho es: “el complejo de las condiciones por las cuales el arbitrio de cada uno puede coexistir con el criterio de todos los demás, según una ley universal de libertad”. A su vez, Arhens, lo define como: “el conjunto de condiciones dependientes de la voluntad y que son necesarias para poder realizarse todos los bienes individuales y comunes que integran el destino del hombre y de la sociedad”. Todavía es más acentuada en esa misma dirección, la idea de Wolff, quien afirma que el derecho, como deber perfecto que es, tiene por objeto, eliminar cuanto impida el recto uso de la libertad humana. Y para Giner de los Ríos, es “el sistema de los actos o prestaciones en que ha de contribuir cada ser racional

en cuanto de él depende, a que su destino y el destino de todos, se efectúe en el mundo”. Es, decir Josserand, “la conciencia y voluntad colectiva que sustituyen a las conciencias, a las voluntades individuales para determinar las prerrogativas, los derechos subjetivos de cada uno y, en tal sentido, puede decirse que es la regla social obligatoria”.<sup>18</sup>

El criterio sociológico, opuesto al precedente, uno de cuyos partidarios es Duguit, estima que el derecho es la regla de conducta impuesta a los individuos que viven en sociedad, regla cuyo respeto se considera, por una sociedad y en un momento dado, como la garantía de interés común, cuya violación produce contra el autor de dicha violación una reacción colectiva. Ihering anteriormente citado, pretende que es “la garantía de las condiciones de vida de la sociedad, asegurada por el poder coactivo del estado”. La Fur, a su turno, sostiene que el derecho no es otra que una regla de vida social, que la autoridad competente impone “en vista de la utilidad general o del bien común del grupo, y en principio provista de sanciones para asegurar su efectividad”.

Entre una y otra tendencia, individualista y sociológica, surge un criterio ecléctico, pues algunos autores, como Castán, tratan de conciliar ambas tendencias y para conseguirlo éste lo define como “el sistema de normas fundadas en principios éticos susceptibles de sanción coercitivas que regulan la organización de la sociedad y las reacciones de los individuos y

---

<sup>18</sup> Flores Martínez, Iris Fidelina. “La prestación del Servicio 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 República”. Universidad de El Salvador. Tesis. El Salvador. Pp. 21

agrupaciones que viven dentro de ella, para asegurar en la misma consecución armónica de los fines individuales y colectivos.

Por otra parte, el concepto salud es relativamente nuevo, ya que por muchos años se proporcionaron diferentes acepciones del término salud.

Originalmente el término salud se entendía como la ausencia de enfermedades y de invalideces, pero esta definición tenía muchas deficiencias pues dejaba más interrogantes que respuestas, pues ¿cuán enfermo había de estar alguien para no estar sano?, ¿estaba enferma una persona invidente y una persona afectada de sordera?, como es notorio esta definición no era la más adecuada puesto que, constituye un concepto negativo, ya que expresa lo que no es salud, no recoge los aspectos mínimos que debe incluir una definición de salud como son aspectos teleológicos, objetivos y subjetivos.

Además ha habido numerosas definiciones de salud que abarcan aspectos más teleológicos que biológicos como es la definición formulada por Jordi Gol en ocasión del Décimo Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalán, celebrado en 1976, en el cual definió a la salud, como “aquella manera de vivir autónoma, solidaria y jubilosa”, como es notorio esta definición tiene aspectos muy personales y subjetivos, al igual que Jordi Gol, la definición de Diego Gracia, presidente del Instituto de Bioética de Madrid, es sumamente subjetiva y teleológica pues define a la salud como “la capacidad de llevar a cabo el proyecto de vida que uno se marca”, por lo que para él de la salud y de la vida hay que dar una definición más bibliográfica que biográfica.

Por otra parte el Webster's English Dictionary define a la salud así: "estado corporal o mental en el cual todos los órganos funcionan normalmente; sanidad; ausencia de enfermedad". El diccionario Larousse contiene la siguiente definición: salud, estado habitual de equilibrio del organismo". El diccionario de la Lengua Española dice que la salud es "el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones".

Por último la definición más aceptada de la salud es la proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Acta de Constitución en la cual se expresa que la salud es el completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de enfermedades. Aunque es una definición que rebasa los límites estrictamente personales, al considerar los aspectos del entorno en que se vive. Sin embargo es satisfactoria como declaración de una intención general, en parte porque es difícil encontrar otra que pueda ser más precisa.<sup>19</sup>

Las discrepancias entre unos y otros en la comprensión del vocablo, obedece a que en el ejercicio mental que implica su definición se entrelazan creencias culturales, vivencias y experiencias cotidianas. Esta tarea es aún más compleja en aquellos países en desarrollo, donde además de su propia cultura, hay elementos propios de la llamada cultura occidental.

---

<sup>19</sup> Martínez de la cruz, Mónica Cristina, Rosales Cruz, Fátima Raquel. Tesis. "La política Nacional de Salud que el Estado Crea y Ejecuta a Través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como Instrumento para Garantizar el Derecho a la Salud de los Habitantes del Municipio de Ayutuxtepeque que viven con el Virus del VIH / SIDA" Universidad de El Salvador. El salvador 2005.

Algunas personas consideran que la salud es un “objeto” factible de acrecentar en centros de desarrollo físico o mediante ejercicios; otros estiman que es un bien cuyo mantenimiento puede garantizarse con un “seguro medico”; y aun mas opinan que este atributo puede lograrse con medicamento o mediante cirugía.

El derecho a la salud puede ser definido como la rama del derecho que regula las relaciones jurídicas que tiene 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.

Del análisis de la definición expuesta se deduce que las relaciones médico-paciente son solo un aspecto, quizás el más reconocido, del objeto de estudio de esta disciplina; pero su campo de acción es mucho más amplio. Por tanto, es fácil entender que el Derecho a la Salud es un concepto o categoría mucho más abarcador que el usualmente utilizado de Derecho Médico, ya que el término Derecho de 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.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> González Díaz, Carlos. “Entorno a una definición sobre el Derecho a la Salud”. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana Cuba, s.e., 2005

Pero el Derecho a la Salud “no debe entenderse como un derecho a estar sano”. Ya que sería muy difícil que los Estados “pudieran garantizar la buena salud de brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano... los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona”.

Por lo tanto, el Derecho a la Salud debe entenderse como un derecho a disfrutar de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

### **3.3. DEFINICIÓN DE SALUD PÚBLICA**

Es de interés definir también el término de Salud Pública, el cual es importante separar cada concepción y teniendo conocimiento de lo que es salud no queda más que definir el vocablo público y según el Diccionario de Manuel Ossorio, este adjetivo origina infinidad de tecnicismos jurídicos, pero lo más cercano a lo que este tema compete, de todos o de la generalidad, de uso general y proveniente de autoridad, a diferencia de lo privado.

Y de la misma fuente encontramos la definición de salud pública, en una de sus acepciones representa el estado sanitario en que se encuentra la población de un país, de una región o de una localidad. En otro sentido hace referencia al conjunto de servicios públicos o privados que tiene por finalidad

mantener o mejorar el buen estado sanitario, tanto en lo que se refiere a la sanidad preventiva como a la medicina curativa.

Es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concientización, la educación y la investigación. Para esto debe contar con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas.

El desarrollo de la salud pública depende del gobierno, que elaboran distintos programas de salud para cumplir los objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran las prevenciones epidemio-patológica (como vacunaciones masivas y gratuitas), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).

Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de la salud en la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades.

La salud pública debe también gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y

descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

Además trata la prevención de las enfermedades, incluidas las toxicomanías. Favorece la investigación de sus causas y de su transmisión, así como la información y la educación en temas de salud. En concreto, hay que garantizar un alto nivel de protección de la salud humana en la definición y ejecución de todas las políticas y actuaciones comunitarias.

### **3.4. NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD**

La concepción 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.

La salud es, desde un punto de vista señalado y considerado 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 implica la interacción activa y la responsabilidad de la sociedad y del Estado en la observación y protección de esta.

Sin embargo 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, dos tendencias esenciales sobre el tema:

- El Derecho a la Salud como derecho meramente individual.

Esta acepción 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 hombre 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.

- El Derecho a la Salud como derecho individual y social

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 a los conceptos como punto de partida la acepción del hombre.

Como componente individual en la relación de salud y su inserción dentro de una colectividad y una comunidad como sujeto de esta propia relación.

#### **3.4.1. 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, y 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.

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.

#### **3.4.2. Ubicación del Derecho a la Salud dentro de la División Bipartita de los Derechos Subjetivos.**

Los derechos subjetivos están constituidos por aquellas prerrogativas que el derecho objetivo reconoce a los individuos o reconoce a un grupo de individuos. Siendo este el punto de partida de la llamada división bipartita.

El Derecho Subjetivo es el derecho facultad, es el poder que otorga el Derecho Objetivo para reclamar ante la autoridad competente el cumplimiento de un deber jurídico contraído por otra persona. Por eso los actos humanos, los productos de espíritu y las cosas del mundo exterior son entidades que pueden ser objeto de derecho subjetivo. Los derechos subjetivos pueden ser absolutos y relativos, transmisibles e intransferibles, principales y accesorios, patrimoniales y no patrimoniales. Lo cual no obsta para que puedan ser reclamados como parte de una colectividad o de forma individual.

En tal sentido, el Derecho a la Salud también formula ese tipo de divergencias al tratarse de ubicar dentro de esa gama de derechos subjetivos. Es de importancia señalar que no siempre la salud fue considerada un derecho. Un síntoma de las dificultades para consagrarlo como tal, lo da el hecho de que cuando hubo que plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se los dividió en dos pactos; por un lado los Derechos Civiles y Políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por el otro lado los derechos económicos, sociales y culturales, (dentro de los que se encuentra la salud) a los que el Estado debe proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

Esta maliciosa división no podría entenderse si no se la inscribe en el marco del debate político que se daba en esos años, en plena guerra fría, entre el bloque occidental, liderado por Estados Unidos y la Unión Soviética. Así mientras el primero abogaba por los derechos civiles y políticos, ligados al eje de las *libertades*, la segunda exigía como prioritarios los derechos económicos y sociales, ligados a las *necesidades*, como educación, salud, vivienda, tildados de derechos caros, porque en su mayoría requieren inversiones estatales para su cumplimiento.

Esta disputa se prolongó durante varios años y finalizó en 1966 con la firma de dos pactos separados, con distinta eficacia y obligatoriedad. Debido a ello, los derechos civiles y políticos son inmediatamente exigibles y obligatorios; mientras que respecto de los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados deberán “adoptar medidas” para que “en forma

progresiva” y “en la medida de los recursos disponibles”, puedan implementarse.

El Derecho a la Salud se encuentra en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y por tanto, las posibilidades de exigir al Estado su cumplimiento tienen las mismas dificultades que la mayoría de ellos.

El problema se encuentra en que la obligación de adoptar medidas es un poco caída y los Estados han olvidado que si bien los derechos debían lograrse de manera paulatina, el objetivo debía adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del pacto.

La obligación de progresividad implica la de no regresividad. Dicho en otras palabras, no se puede retroceder en la implementación, o tomar medidas que disminuyan este derecho. Por ejemplo, de acuerdo a esta normativa, no se pueden recortar fondos destinados a la salud (lo mismo para educación, que si bien no es el tema de hoy, está ligado). Y las medidas que recortaran estos derechos serian inconstitucionales.

A pesar de los obstáculos que se enfrentaron para consagrar los derechos económicos, sociales y culturales, y el propósito expreso de darle un nivel de exigibilidad menor, luego de muchos años de trabajo y a través de distintas instancias, se ha logrado consagrar la universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Podemos agregar además que estos derechos son inderogables, no pueden

restringirse o menoscabarse (Prot. El Salvador, Art.4) y solo podrá establecer restricciones o limitaciones a su goce y ejercicio a través de leyes y cuando tengan por objeto “preservar el bienestar general dentro de una sociedad democrática, en la medida que no contradigan el propósito y razón de los mismos”. (p. El Salvador, Art.5).

En la conferencia mundial de derechos humanos de Viena, en 1993, se concluyó que estos derechos tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección. De hecho, según algunos autores, existen niveles de obligatoriedad estatales que son comunes a ambas categorías de derechos.

### **3.5. PRINCIPIOS QUE RIGEN EL DERECHO A LA SALUD**

Considerando la importancia del Derecho a la Salud encontramos en la Constitución de la República, principios y disposiciones que regulan este derecho; así desde los artículos 65 hasta el 69 de la Constitución de la República de El Salvador, encierra los aspectos más generales y forma como Estado, a través de los organismos correspondientes que tienen la obligación de proteger y fomentar este derecho.

A los principios Constitucionales que nos referimos en este apartado son:

### **3.5.1. Principio de igualdad:**

Según la Constitución todos los salvadoreños deben ser iguales ante la ley tanto en el aspecto práctico como normativo.

Lo anterior se ve reflejado en uno de los fines del Estado, cuando en su artículo 1 Inc. 3º expresa que el Estado está obligado a proteger el Derecho a la Salud, como uno de sus fines principales; esta finalidad, la desarrolla a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Consejo Superior de Salud Pública, utilizando como base para este desarrollo una política nacional de salud, que cambia de acuerdo a las políticas implementadas por los gobiernos de turno, pero que siempre deben de respetar los principios establecidos en la Constitución de la República, los cuales sin distinción alguna van dirigidos a proteger la salud de todos los habitantes.<sup>21</sup>

### **3.5.2. Principio del Bien Público:**

La salud, constituye un bien público, según nuestra Constitución de la República, razón por la cual el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Cuando se dice que la salud es un bien público, esto indica que nadie puede arrogarse el derecho de privar a otro del acceso a la salud, es algo que todos tenemos desde que nacemos y aun dentro del vientre

---

<sup>21</sup> Constitución de la República de El Salvador, Asamblea Constituyente, Decreto No 38, D.O. No 234, Tomo No 281, del 16 de Diciembre de 1983.

materno, algo inhibido de cada quien, que no se puede renunciar porque nos pertenece como un derecho natural y jurídico, garantizado por la ley primaria.

Este principio según el artículo 65 de la Constitución de la República, el Estado debe establecer la Política Nacional de Salud, controlar y supervisar su aplicación; para desarrollar este principio establece que la salud es un bien público, su mantenimiento y conservación son función pública. El Estado, no puede permanecer al margen de las actividades de los particulares, cuando estos presten servicio relativos a la salud en clínicas, consultorios, hospitales o farmacias.

Este artículo al indicar los sujetos pasivos de la obligación o sujetos obligados a velar por la conservación y restablecimiento de la salud utiliza la expresión “las personas”, la cual en el ámbito jurídico comprende todo sujeto de derecho, es decir que abarca no solo a los individuos sino también a las personas jurídicas, así como instituciones, sociedades y demás.

### **3.6. OBJETO DEL DERECHO A LA SALUD**

El Derecho a la Salud ha tenido como finalidad el proporcionar y proteger la salud mental, física y emocional al ser humano. El Derecho a la Salud como Derecho Social tuvo que enmarcarse en el derecho constitucional como una función estatal que obliga al Estado y a los particulares a su promoción, conservación, recuperación y rehabilitación, como factor vital del desarrollo de un país.

Este derecho se refiere al hombre integralmente considerado en su doble dimensión individual y social, y lo protege desde la concepción durante toda su vida.

Pero el objeto de este Derecho, también tiene una relación directa con otros factores, como: la protección de la vida por ser fundamento mismo de la existencia de la persona humana (Art. 2 Cn.); la protección de la libertad y dignidad humana, porque ésta es inherente al concepto de la persona humana que tiene dignidad en el sentido que es libre para escoger sus metas y para elegir los medios para lograrlas sin más límites que los que impone el respeto a la libertad de los demás y la necesidad de preservar la sociedad (Art. 4 Cn.); la protección de la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que debe de ser prestado por una o varias instituciones debidamente coordinadas.

Entendiendo por objeto la salud humana y su protección, concebida la salud como una actitud de armonía que abarca los estados de completo bienestar físico, mental y social, lograda en un medio ambiente que garantice la sostenibilidad de este equilibrio.<sup>22</sup>

La salud, conforme el sentido que le atribuye la Organización Mundial de la Salud, tiene un extenso alcance, y comprende el completo bienestar físico, mental y social, superando a aquél limitado que lo reduce a la mera

---

<sup>22</sup> Flores Martínez, Iris Fidelina, Herrera Rivera, Raquel Xiomara, Vásquez Moran, Yesenia Patricia. Tesis. "La Prestación del Servicio 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 República". Universidad de El Salvador. El salvador 2007.

ausencia de enfermedades. En su preámbulo afirma que "el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano', sin distinción de raza, religión, credo político, condición social o económica...". Ese bienestar -de amplio espectro- reconoce un derecho cuya finalidad es garantizarlo, de naturaleza fundamental en razón del respeto y promoción de la persona humana cuya realización implica.

Esta filosofía fue plasmada en las modernas democracias Constitucionales, razón por la cual en un Estado Social y Democrático de Derecho, se ha cimentado: un principio moral, la consideración de que 'la salud es un valor en sí, perseguible y alcanzable en función del crecimiento humano, tomando protagonismo un objeto jurídico- político: **“el Derecho a la Salud”**.

### **3.7. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE GARANTIZA EL DERECHO A LA SALUD.**

#### **3.7.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

De acuerdo al artículo 1 de nuestra Constitución, relacionado con el artículo 65 de la misma, le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, determinar la Política Nacional de Salud y controlarla, así como su supervisión y aplicación, al respecto la misma constitución, en su artículo 41, encomienda a este Ministerio orientar la Política Gubernamental en materia de Salud Pública y Asistencia Social, así como establecer y mantener colaboración con los demás ministerios, instituciones públicas,

privadas y agrupaciones profesionales o de servicio que desarrollen actividades con la salud.

De acuerdo a lo anterior, el Ministerio de Salud Pública, tiene la obligación de atender al 85% de la población del país, dentro de este contexto es que define sus políticas y estrategias que van orientadas a mejorar el estado de salud de todos, programas que van dirigidos a los problemas prioritarios en función del aspecto social del Derecho a la Salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, elabora políticas y estrategias que están enmarcadas dentro de lo que es la política global de desarrollo social del gobierno, que va orientada a detener el aumento de la extrema pobreza, aunque en la práctica esto no se ve reflejado ni en los centros asistenciales del gobierno ni privados, ni mucho menos en las oficinas de apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Este Ministerio, basa toda su actividad en las disposiciones generales del Código de Salud, quien le da los lineamientos a seguir para cumplir con el mandato constitucional de que la salud del pueblo salvadoreño constituye un bien público.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector de la salud a nivel nacional, tiene como objetivo general el fomentar, proteger y restaurar la salud de toda la población, a través de la atención integral a las personas con la participación de la comunidad y de otros organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Este objetivo, el Ministerio de Salud, trata de cumplirlo a través de diversos programas y planes estratégicos que van orientados a combatir y a disminuir el alto grado de infecciones que padece la población en general.

### **3.7.1.1. Estructura organizativa**

La Constitución de la República de El Salvador establece que el sujeto obligado a garantizar el goce de salud, la vida y la integridad física, es el Estado Salvadoreño, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien a la vez coordina la función de otras instituciones afines, que de un modo inmediato se relacionan con la salud del pueblo, siendo estas:

- Junta de Vigilancia de la Profesión Médica.
- Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica.
- Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutica.
- Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria.
- Junta de Vigilancia de la Profesión en Laboratorio Clínico.
- Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Hospitales Nacionales.
- Hospitales Privados.
- Unidades de Salud y sus dependencias.

De lo anterior se puede decir que el Estado, está obligado a velar por la salud y los habitantes a conservar y recibirla, siendo los sujetos de la prestación:

- Hombres, mujeres, niños, niñas, ancianos y ancianas.
- Extranjeros.

### **3.7.2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)**

#### **3.7.2.1. Surgimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social**

En 1923, representantes de varios países latinoamericanos se reunieron en la capital estadounidense para analizar, asuntos continentales, y entre otros se mencionó, la creación de los institutos de seguridad social al más corto plazo. El Salvador fue signatario de este acuerdo.

Sin embargo, transcurrieron 22 años para que, mediante reformas a la Constitución de 1886, el legislativo introdujera una norma en el artículo 57 que rezaba: “una ley establecerá el seguro social con el concurso del estado, de los patronos y de los trabajadores”.

Así pasaron tres años más y en 1948, el gobierno designó una comisión que se encargó de elaborar el proyecto de ley del seguro social. Esta comisión meses más tarde, se llamó Consejo Nacional de Planificación de Seguridad Social.

El 28 de Septiembre de 1949 se decretó la primera ley del Seguro Social (decreto 329). Luego, el 23 de Diciembre del mismo año fue creado definitivamente nuestro Instituto. El primer director general del ISSS fue el Dr. Gregorio Ávila Agacio, quien fungió como tal desde Mayo de 1950 a Enero de 1952.

### **3.7.2.2. Evolución el Seguro Social en El Salvador**

El régimen del seguro social surgió a finales del siglo pasado, por lo que su desarrollo en América latina dio inicio a principios de la década del presente siglo, con su introducción en Chile.

En nuestro país los esfuerzos por establecer el seguro social se inician en 1923, cuando en una convención de países americanos celebrada en Washington D.C., El Salvador fue signatario del convenio en el que los asistentes se comprometieron a establecer a un corto plazo el seguro social obligatorio. Pero fue hasta el año 1945, cuando se introdujo una reforma a la constitución política de 1886 que estableció el seguro social con el concurso del estado de los patronos y los trabajadores; la ley para la creación del seguro social se aprobó en 1949, pero no fue sino hasta el 14 de mayo de 1954 que se brindaron los servicios médico hospitalarios a los trabajadores del área metropolitana.

Actualmente el ISSS cubre todo el país protegiendo a 1.019,220 personas aseguradas, de los cuales 576,562 son cotizantes activos, 93,847 son cotizantes pensionados (ISSS, INPEP Y AFP'S), y 348,811 son beneficiarios; estos últimos se dividen en 181,261 cónyuges (esposas y esposos) y 167,550 menores de 6 años (hijos de cotizantes activos).

### **3.7.2.3. Cómo evolucionara**

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social tiene como meta incorporar a los trabajadores independientes económicamente activos para poder brindar a la población los beneficios de la seguridad social, tanto a ellos como a sus familias y brindarles protección en el área de la salud, en concordancia con el mandato constitucional de acercar los servicios de salud a la población en general; lo que, a su vez, obliga al instituto a examinar cuidadosamente las políticas de gestión de los programas, a fin de adecuarlos a la realidad económica y social que vive el país y el futuro que le depara la modernización de los entes estatales.

#### **3.7.2.4. Servicios al Público**

Los primeros pasos que dio el Seguro Social luego de su creación fue en el área administrativa, utilizando para ello el edificio “Gadala María”, situado en la 1ª. Calle oriente y 4ª. Avenida norte, en el corazón de San Salvador, el cual en la actualidad es arrendado a varias oficinas particulares.

El ambiente de silencio y tranquilidad, permitía a los pocos empleados un mejor desarrollo de sus actividades.

#### **3.7.2.5. Servicios Médicos**

Los servicios médicos fueron inaugurados el 14 de Mayo de 1954, cuando era Presidente Constitucional de la República, el coronel Oscar Osorio, quien particularmente mostraba entusiasmo porque el hecho de que

El Salvador contara con un seguro social, indicaba que estaba entrando en la línea de países modernos.

El director general, desde Enero de 1952, era el Dr. Miguel ángel Gallardo, hijo de don Recaredo Gallardo, quien era oriundo de La Libertad y una de las personas con mayor solvencia económica.

En esa época, don Orlando de Sola, p., quien era propietario del hospital “La Merced”, situado fuera de la zona hospitalaria, (25 avenida norte y calle arce) conformada por Maternidad, Hospital Rosales, La Policlínica Salvadoreña y el Bloom (ahora hospital 1º. De mayo), donó al seguro social casi todo el material médico quirúrgico, mobiliario y hasta una ambulancia que facilitó el traslado de los primeros pacientes que recibieron atención en el consultorio N°1 del instituto, que estuvo ubicado sobre la Alameda Roosevelt, donde hoy se encuentra “Almacenes Surissa”. Era entonces un edificio de tres plantas, construido de madera. Allí comenzó el ISSS a prestar los servicios médico-hospitalarios. Se atendía farmacia, laboratorio, enfermería, emergencia y consulta externa.

Datos de personas que recuerdan esa época con asombrosa nitidez, dan cuenta que el primer paciente atendido fue el joven José López Alvarenga, de 23 años de edad. A partir de ese momento iniciaba una nueva experiencia y especialmente un gran reto para el seguro social.

Es necesario mencionar que simultáneamente, el instituto alquiló dos alas del Hospital Rosales y la segunda planta del Hospital de Maternidad para hospitalización y atención a la mujer, respectivamente.

#### **3.7.2.6. Las Unidades de Servicio**

Al llegar la década de los 80, cuando ya el modernismo marcaba una nueva faceta en el quehacer diario de este país, y aunque parezca paradójico, en medio de un sangriento conflicto, la nación no desfalleció, sino por el contrario, durante ese período de dura experiencia se creció en diferentes ámbitos y la salud no fue la excepción.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social siempre se preocupó por contar con locales o infraestructura adecuada para prestar sus servicios. Desde 1981, sus oficinas funcionan en la llamada torre administrativa, para que todo trámite se realice en un mismo lugar.

Pero también debido a desgracias naturales hubo que luchar y aliviar la necesidad de nuestra población. Un caso de estos fue el del terremoto de 1986, cuando el movimiento telúrico asoló gran parte de la ciudad de San Salvador. El hospital general - entonces uno de los más grandes de la región- fue seriamente dañado al grado que hubo que desalojarlo completamente y reubicar a los ingresados, así como improvisar carpas en el parqueo del hospital, donde además, se hallaba parte de los servicios administrativos.

La modernización ha ido más allá de lo esperado, conformando hospitales con especialización, tal es el caso del hospital materno infantil “1º de mayo”, donde se atiende todo lo relacionado a enfermedades específicas de la mujer, cuidados pre y post natales.

El hospital de especialidades, como su nombre lo indica, es donde se atienden muchas de las especialidades médicas; sus instalaciones son arrendadas al Ministerio de Salud Pública.

El hospital médico quirúrgico, que sustituyó al hospital general dañado por el terremoto, es otro de los centros con mayor demanda y equipo moderno.

Se cuenta también con una torre odontológica, donde se fusionan diez clínicas completamente equipadas para atención dental.

Y el más reciente es el ahora hospital de oncología, el cual fue inaugurado como unidad de oncología, donde se atiende a personas con cáncer. Aquí se halla el equipo de cobaltoterapia más moderno de Centroamérica.

La institución ha buscado apegarse a los adelantos tecnológicos y mejorar su infraestructura para beneficio de los trabajadores, los derechohabientes y su núcleo familiar.

El ISSS cuenta a nivel nacional con 11 hospitales, 32 unidades médicas, 33 clínicas comunales y 197 clínicas empresariales, 1 unidad de medicina física; además de seis farmacias generales, unidad de atención al cliente, unidad de pensionados, y oficinas administrativas.

En la década de los noventa, es indudable que el Seguro Social se había convertido en una institución indispensable en nuestra sociedad, no sólo porque conlleva una filosofía de protección al trabajador en el ámbito de salud y laboral, sino porque en el mismo hay tres principios fundamentales que respetar: universalidad, solidaridad y equidad.

Asimismo, el seguro social cobra gran importancia en un país como el nuestro, donde se da un acelerado crecimiento de la población y, por ende, se requiere de nuevos programas encaminados a garantizar la salud del ciudadano, como una mejor y ágil atención, gente profesional con especialización en sus respectivas áreas y sobre todo, que reconozcan su deber para con los derechohabientes.

Ahora, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social se perfila como una institución de enorme demanda y de gran función de servicio.

En el hospital materno-infantil “1º de Mayo”, se cuenta con una unidad de neonatología, mediante la cual se protege aún más, la vida de los recién nacidos.

De igual manera se cuenta con la unidad de litotripsia extracorpórea, ubicada en el hospital de especialidades y cuya función es de eliminar los cálculos biliares sin necesidad de cirugía por medio de un equipo especial que únicamente lo posee el instituto en toda Centroamérica.

Se ha incorporado a niños de cero a seis años de edad al régimen de salud, proceso gradual iniciado en 1989 y que culminó en 1996.

El derechohabiente recibe, hoy en día, muchos beneficios de parte de esta institución, tanto en lo administrativo como en lo médico. Dentro del primer aspecto podemos mencionar la creación de un sistema llamado facturación directa, cuyo objetivo principal es brindar facilidades a los patronos en los trámites correspondientes a planillas. Igualmente, hacer cita de los diferentes programas que se ejecutan en beneficio social, entre otros el de atención a la tercera edad.

Para éste se cuenta con una oficina de prestaciones y servicios sociales a pensionados, donde pueden desarrollar sus aptitudes artísticas en cualquier rama, con el auxilio de instructores especializados.

Existen asimismo clubes sociales conformados por pacientes que han sido rehabilitados, pero que siguen un exhaustivo tratamiento, así como el “club de corazones alegres”, integrado por pacientes con problemas cardíacos; el “club de trasplantados renales”, que al igual que el primero cuenta con afiliados que se mantienen bajo un cuidado especial.

El reunirse les permite hallarse en un ambiente homogéneo, donde prevalezca la empatía, la comprensión y el amor.

Por todo lo anterior aseguramos que la lucha ha sido constante durante estos 50 años y se sigue trabajando, diseñando nuevos programas, creando nuevas estrategias encaminadas a legar a las futuras generaciones una institución de mucho valor humano y social.

#### **3.7.2.7. Expansión del Seguro Social**

Indudablemente, los servicios médicos demandaban, cada vez, mejores instalaciones, más personal y mayores especialidades. En ese sentido fue que en el año 1954 se abrió un pabellón para tuberculosos en Soyapango y otro en los Planes de Renderos; ambos posteriormente se fusionaron y quedó en funcionamiento el de los Planes de Renderos. Meses después, comenzó a funcionar la unidad de Santa Tecla.

#### **3.7.2.8. Seguridad Social**

La seguridad social es un derecho humano y un elemento fundamental de desarrollo social, por ello el Estado debe velar por la calidad de vida de la población salvadoreña.

La seguridad social surge de la previsión, es decir, de la preocupación por la salud y subsistencia del trabajador en caso de cualquier percance,

como enfermedad o accidente, por lo que puede definirse como " el conjunto de normas preventivas y de auxilio que todo individuo, por el hecho de vivir en sociedad, recibe del estado para hacer frente a determinadas contingencias previsibles, que anulan su capacidad de trabajo" (Guillermo Cabanellas).

El término "previsión" fue evolucionando, hasta convertirse en un término más integrado como lo es "seguridad social" y no es hasta el año de 1883, en Alemania, que Otto Von Bismarck, estadista prusiano, impulsó la instauración de un régimen de protección a los obreros ante los riesgos de enfermedad; luego, en 1884, se amplió a los accidentes de trabajo. Posteriormente se fueron introduciendo en la legislación otros programas para la protección de los trabajadores al servicio del patrono, tales como los seguros de invalidez y vejez en 1889 y el de sobrevivientes en 1891.

La seguridad social cobra vigencia gracias a las instituciones que el Estado crea para garantizar el bienestar del individuo dentro del marco social. Dichas instituciones son el Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo e instituto.

#### **3.7.2.9. El Seguro Social**

El seguro social nace retomando elementos técnicos de los seguros privados, adaptándolos a sus propios elementos, con el propósito de garantizar la sostenibilidad del sistema de seguridad social.

Contrario a los seguros privados, el seguro social se establece en forma obligatoria, es decir, pasa de forma de contado a ley; elimina el ánimo de lucro del seguro privado o comercial y en consecuencia no se limita a proveer sólo beneficios monetarios, sino también se preocupa por la preservación de la salud de sus asegurados, beneficiando también al núcleo familiar.

#### **3.7.2.10. Como se financia el Seguro Social**

Los recursos del seguro social provienen fundamentalmente de las cotizaciones, las cuales se calculan actuarialmente, es decir conforme a principios técnicos, a fin de garantizar el equilibrio entre los gastos y las recaudaciones en cada ejercicio de su gestión que se extiende a lo largo del tiempo, en principio, en forma perenne.

El pago de las cotizaciones debe ser efectuado por todos los asegurados directos, es decir, las personas que desempeñan actividades que se encuentran cubiertas por el seguro. Tales cotizaciones tienen el carácter de primas colectivas porque, fundamentadas en el mutualismo, se aplican por igual a todos los miembros de la categoría que recibirá los beneficios, de acuerdo a sus propias condiciones socio-económicas y al plan de prestaciones que se les otorgará.

Cuando las personas a cubrir son trabajadores que dependen de un patrono, la prima se aplica al salario devengado y se reparte entre trabajador y patrono; cuando se trata de trabajadores independientes (por cuenta

propia) ya sea asociados o no, estos deben absorber por sí solos el pago de la prima, la cual se aplica por lo general, a un ingreso uniforme para todos, el cual se fija en base a determinados criterios técnicos y al costo de los beneficios que se otorgarán. Dicho ingreso uniforme presunto, debe ser revisado periódicamente para ajustarlo a la variación de los costos o del plan de beneficios.

#### **3.7.2.11. Campo de Aplicación**

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social cubre dos áreas en lo referente a seguridad social:

- A) Seguro de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales.
- B) Seguro de invalidez, vejez y muerte.

El primero se subdivide en régimen general de salud, el cual se estableció desde su creación en 1954 y tiene como campo de acción a todos los trabajadores; y el régimen especial de salud, creado en 1979, el cual protege a sus cónyuges y menores de 6 años, los hijos de los cotizantes fueron incorporados al ISSS en forma gradual a partir de 1989 hasta 1996, y pueden recibir estos beneficios desde su nacimiento hasta los seis años.

El segundo cubre a los trabajadores cotizantes, a sus cónyuges o compañeros de vida y a sus hijos menores de 21 años.

Dentro de las prestaciones que otorga el instituto en el área de la salud podemos mencionar:

A) Régimen de salud, el cual se subdivide en régimen general de salud, prestaciones económicas y régimen especial.

B) Régimen de pensiones, éste se divide en prestaciones económicas y prestaciones en especie.

### **3.7.2.12. Misión, Visión y Valores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social**

#### **Misión**

Estar comprometidos con la provisión de servicios integrales de salud y prestaciones económicas en forma oportuna, eficiente y excelente trato humano, generado por una cultura institucional de servicio, que supere las expectativas del derechohabiente.

#### **Visión**

Institución participativa, con organización funcional y liderazgo en la atención integral de salud que garantiza servicios de calidad, con personal comprometido con la misión institucional.

#### **Valores institucionales**

- Universalidad
- Solidaridad

- Equidad
- Calidad
- Ética
- Eficiencia
- Calidez
- Identidad

### **3.7.3. Bienestar Magisterial**

El Bienestar Magisterial (BM) de la República de El Salvador, se creó a partir de la publicación de la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio en marzo de 1969. No se logró averiguar estimaciones respecto del tiempo de decisión previa, ni sobre el período hasta que entró plenamente en función este sistema de seguro médico para los maestros del país.

La creación del Bienestar Magisterial fue una consecuencia de la disconformidad de los maestros con el Ministerio de Educación por el servicio de seguro médico que les brindaba el ISSS. Frente a las malas condiciones, la baja calidad de atención, las limitaciones del acceso y una notoria escasez de recursos tanto humanos como de insumos y materiales, los gremios y sindicatos del sector ejercieron una creciente presión en el Gobierno y lograron que el Ministerio de Educación asumiera la tarea de implementar un sistema más ágil y eficaz para el magisterio del país. El Bienestar Magisterial se implementó entonces, como una iniciativa del Ministerio de Educación

para responder las solicitudes de los sindicatos representantes del magisterio de la República. Con su creciente presión consiguieron que dentro del Ministerio del Ramo tomara la decisión de crear un seguro médico para el sector y se formó un equipo de trabajo al respecto.

El denominado Bienestar Magisterial es el servicio médico y hospitalario del magisterio que se implementó para garantizar al maestro y su familia la accesibilidad a los servicios de salud con la finalidad de satisfacer sus necesidades y mejorar sus condiciones de vida.

La implementación del sistema de seguro médico del magisterio estaba principalmente a cargo del Ministerio de Educación que financió la creación y el funcionamiento del BM, le dio apoyo administrativo y logístico y consiguió la asistencia técnica y la capacitación necesarias, mientras que los sindicatos apoyaron el proyecto logísticamente. Los actores principales del proceso de creación e implementación del BM fueron, en primer lugar, el Ministerio de Educación y el sindicato del magisterio, en menor medida participaron el Ministerio de Hacienda, el sindicato del extinto ANTEL y otros prestadores del sector salud.

#### **3.7.3.1. Afiliación**

El grupo objetivo del servicio médico del Bienestar Magisterial son los docentes de las escuelas y los colegios públicos, además los maestros del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos. La afiliación al BM es exclusiva para los docentes del sector público, es decir para los maestros

que están contratados por el Ministerio de Educación. No existe la oportunidad de afiliación para ningún otro grupo de personas, ni siquiera para el personal administrativo del ministerio, y tampoco para los docentes del sector particular o de otras áreas.

Toda persona que no pertenece al grupo objetivo de los docentes queda categóricamente excluida de la afiliación al BM. Dada la afiliación cuasi automática de los maestros del sector público al Bienestar Magisterial, el seguro logra captar las cotizaciones de la totalidad de los docentes que trabajan en el Ministerio de Educación.

Todos los usuarios titulares ejercen activamente la profesión docente en algún establecimiento del Ministerio de Educación. El magisterio del sector público trabaja de forma regular, goza de una ocupación formal y relativamente estable y representa un grupo bastante homogéneo, compuesto mayoritariamente por mujeres, de los cotizantes. Como un todo, los afiliados del BM representan un grupo socioeconómico relativamente homogéneo, dado que se trata de profesionales de una misma rama de actividades con una reducida variedad, puesto que los ingresos de los maestros son regulados por escala salarial y no presentan diferencias extremas.

Sin embargo, hay mayor heterogeneidad respecto de la distribución geográfica, puesto que el BM afilia tanto a los maestros urbanos como a los que están trabajando en áreas rurales. La mayor concentración poblacional y de escuelas en los centros urbanos y sus alrededores hace que una proporción mayoritaria de afiliados residen en zonas urbanas o de mayor

grado de urbanización, efecto corroborado por la tendencia incluso de los maestros de escuelas rurales de vivir más cerca de las ciudades.

La afiliación al Bienestar Magisterial es obligatoria y se da automáticamente para todos los docentes de las escuelas y colegios del sector público en El Salvador. Los maestros no tienen el derecho a afiliarse en el ISSS o en un seguro privado para cumplir la obligatoriedad del aseguramiento. El acto de la afiliación se realiza en una de las tres oficinas que hay en el país: San Salvador, San Miguel, Santa Ana, la afiliación se documenta mediante la extensión del carné de usuario.

### **3.7.3.2. Beneficios Otorgados por el Sistema de Seguro**

Los beneficios que otorga el BM se definen en la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios y figuran además en los informes mensuales de actividades de los distintos grupos de prestadores contratados por el BM. Pero sobre todo en los tratamientos hospitalarios y más complejos, que exigen una autorización previa, existe un determinado margen de decisión de la directiva del BM respecto de la cobertura de algunas prestaciones y la facturación de los mismos. Debido a la presupuestación general de los proveedores, a través del tope mensual de prestaciones cubiertas, el acceso a los servicios depende siempre indirectamente de la situación financiera del BM.

En principio, los beneficiarios tienen acceso a las prestaciones de asistencia médica en cualquier momento, sobre todo cuando se trata de

atenciones de emergencia. En todos los demás casos, el único requisito imprescindible, para acceder a la atención de primer nivel con éste y ser referido a un médico especialista u otro prestador, es la inscripción con un médico de familia de la zona de residencia del maestro cotizante. Para una serie de tratamientos electivos, cuyo número se limita a dos por mes, los usuarios tienen que aceptar períodos de espera con determinados prestadores, si no quieren recurrir a sus proveedores públicos donde no se suele alcanzar el límite de servicios facturables, situación que se da particularmente a fin de mes, cuando los proveedores ya han utilizado su cuota mensual de atenciones médicas.

El BM funciona como un seguro clásico a base de un pool de riesgo y un fondo financiado por los aportes regulares y mandatorios de los afiliados, del cual se financian todos los gastos de la atención preventiva y curativa de los derechohabientes. El sistema se basa en el reparto de los aportes realizados por los cotizantes, para el financiamiento de las prestaciones requeridas por los beneficiarios. Los usuarios no tienen que adelantar dinero que se reembolse con posterioridad, ni se otorgan préstamos por servicios de atención médica alguna.

El primer nivel de atención de todos los usuarios del BM está a cargo de los médicos de familia, contratados por el propio sistema de seguro y donde los afiliados tienen que registrarse para poder usufructuar todas las prestaciones otorgadas por el BM. El paquete de prestaciones de atención primaria abarca la totalidad de procedimientos que están al alcance de los médicos de familia tratantes, incluidas las referencias a un especialista en caso que aquellos lo consideren indicado. En general, la gama de la

medicina familiar abarca las siguientes prestaciones: Consulta preventiva, consulta por enfermedad, emergencias, promoción de salud, visita domiciliar, curaciones, referencias.

En este momento, el BM ha contratado a un total de 103 médicos de familia, pretendiendo dar cobertura a todos los maestros que residen en el territorio nacional. La institución del médico de familia no es nueva en El Salvador; hubo un esfuerzo similar en el ISSS a fines de los años 70. Hasta la fecha no existe una carrera de formación o un programa de capacitación específicos para preparar a los profesionales a las tareas de la medicina familiar. Frente a esta falencia del sistema implementado por el BM, el sistema de seguro ha fomentado la implementación de una capacitación de posgrado en la Universidad de El Salvador el cual se ha iniciado en mayo de 2003.

Los beneficios otorgados por el BM incluyen un importante componente de promoción y prevención, que se está otorgando a través de los médicos de familia, quienes atienden a los beneficiarios inscritos en su área. Las prestaciones de prevención abarcan charlas y jornadas de capacitación sobre distintos temas de salud y de salud pública, así como las visitas a domicilio de los cotizantes inscritos. Estas visitas se realizan una vez inscritos los beneficiarios y se repiten de forma irregular y en caso de necesidad. Los eventos informativos se realizan tanto en el consultorio o la clínica del o de los médicos de familia, como en algunos casos en las escuelas y colegios. Se pone especial énfasis en los programas dirigidos a los enfermos crónicos como diabéticos, hipertensos y otros grupos para mejorar el control de la enfermedad, el cumplimiento de las indicaciones

médicas por parte de los pacientes y para prevenir las consecuencias y complicaciones.

La cobertura del BM abarca una amplia gama de atenciones y servicios especializados que incluye todas las subespecialidades de la medicina que están disponibles en el sector ambulatorio del país. Sin embargo, la atención ambulatoria por especialistas se limita a los proveedores con los cuales el BM tiene relación de convenio o contrato. Tales prestaciones sólo se cubren en caso que el beneficiario del BM haya recurrido anteriormente a su médico de familia y tenga una referencia editada por este, en la cual se especifican la patología y los motivos de la consulta por el especialista.

Dada la gran cantidad de especialistas contratados por el BM, es difícil evaluar la calidad de atención tanto médica como de trato humano y otros aspectos. La red de prestadores de especialidades abarca tanto consultorios privados como ambulatorios del sector público, los cuales presentan también una serie de diferencias respecto de las instalaciones y de la capacidad resolutive.

En la mayoría de las especialidades, el BM pone un tope de utilización limitando la cantidad de consultas con especialistas a 4 por año. Sin embargo, en el momento cuando el médico de familia o el especialista justifican un aumento de la tasa de uso por determinadas razones, el esquema asegurador suele aceptarlo y cubrir una mayor cantidad de consultas. En las patologías que requieren atención por un psicólogo, se admiten hasta 5 consultas por trimestre. Por otra parte, el BM limita la

prescripción de medicamentos por parte de un médico especialista a dos recetas, que están cubiertos en la misma atención. En caso que la recuperación o el tratamiento crónico de las personas requieran una cantidad mayor de medicamentos, el médico tratante tiene que justificar las recetas adicionales para que el beneficiario los pueda recuperar gratuitamente en una farmacia contratada por el BM. Rige también para el sector especialista ambulatorio el limitante general de todos los proveedores, el presupuesto asignado por un determinado período: en el momento en que el monto presupuestado se termina, tienen que dejar de atender a los usuarios del BM.

El paquete de prestaciones otorgado por el BM incluye todos los servicios de laboratorio tanto clínico como de patología, disponibles en el país. Siempre con los prestadores con las cuales el seguro del magisterio tiene relación de convenio o contrato, siempre y cuando vayan indicados por el médico o los médicos tratantes. No se ha establecido ninguna clase de exclusiones de determinadas prestaciones de laboratorio. No hay reportes o indicadores que hacen suponer una situación de escasez en la disponibilidad de los servicios de laboratorio, sin embargo es probable que la accesibilidad a tales prestaciones varíe entre las áreas urbanas y rurales.

En el sector ambulatorio, el BM contrata laboratorios particulares donde se realizan todos los exámenes indicados por el médico de familia o los especialistas, los cuales están tratando al usuario. Los hospitales públicos y las clínicas privadas suelen contar con servicio de laboratorio propio o tercerizado donde se realizan los exámenes necesarios y requeridos.

Los únicos limitantes concretos de los servicios de diagnóstico son la disponibilidad a lo largo del país y el hecho de que los proveedores tienen que tener una relación de convenio o contrato con el BM. El esquema asegurador no define o impone exclusiones respecto de las prestaciones diagnósticas, siempre cuando sean indicados por el médico tratante y tengan justificación frente a una determinada patología, relación que se revisa y controla a través de las auditorías médicas que aplica el BM de forma más o menos regular. Los respectivos servicios se otorgan en los locales de los prestadores que existen en el área domiciliaria del beneficiario, los cuales varían según el examen requerido, la indicación médica, la disponibilidad y accesibilidad regional y la preferencia del usuario.

El BM cubre toda clase de atención hospitalaria en las clínicas con las cuales tiene relación de convenio o contrato, según la necesidad y la complejidad del tratamiento requerido por los usuarios y de acuerdo a las indicaciones médicas. El ingreso hospitalario se da por dos vías distintas, o por emergencia o por referencia por parte de un médico especialista, lo cual requiere a su vez de una referencia por parte del médico de familia. En los casos en los cuales se han cumplido los requisitos de la atención en sala, la hospitalización no exige ni depende de pagos de los usuarios del BM y abarca el alojamiento, la alimentación y los cuidados de enfermería.

Más allá de los servicios de la pura hospitalización, el portafolio de servicios a nivel hospitalario incluye las siguientes prestaciones o paquetes de atención: Atención curativa, vacunación, emergencias, citología, cirugía, medicamentos de especialidad, rehabilitación, exámenes de laboratorio,

ECG, radiografía, ultrasonido, fisioterapia, referencia y contra referencia, exámenes de especialidad.

La atención hospitalaria incluye hasta dos medicamentos; en caso que se necesite mayor cantidad de productos farmacéuticos el BM los cubre, sólo si se presenta una indicación especial del médico tratante. Dada la presupuestación global por parte del BM, el prestador hospitalario tiene que dejar de atender a los beneficiarios del esquema asegurador en el momento cuando el valor de las prestaciones otorgadas en el transcurso del mes se acerca al tope establecido.

Hay indicadores que hacen suponer cierto problema de abastecimiento de medicamentos e insumos, que en todo caso parece ser mayor en los departamentos que en la capital. Dado el alto grado de centralismo en la estructura y el almacenamiento del BM, en las áreas rurales se observa, en repetidas ocasiones, una escasez temporal de materiales y productos de farmacia.

El paquete de prestaciones de maternidad otorgadas por el BM abarca toda clase de atención durante el embarazo, el parto, el parto y el puerperio. En detalle, el portafolio de servicios respecto de la atención de maternidad incluye los siguientes servicios:

- Atención pre-natal: Control de embarazo, nutrientes (hierro y ácido fólico), vacunación contra tétano, fomento de la lactancia materna, atención odontológica.

- Atención del parto y del recién nacido
- Atención post-natal: Control de puerperio.

El Bienestar Magisterial cubre todos los medicamentos recetados por los médicos tratantes que se consiguen en un total de 57 proveedores de farmacia, contratadas a lo largo del país, pero las cuales se caracterizan por una concentración mayor en las zonas urbanas que en las áreas rurales. Hay indicadores que hacen suponer un mayor problema de abastecimiento en los departamentos y en las zonas rurales, donde se observa temporalmente una escasez de medicamentos.

Respecto de la farmacia, la cobertura de la consulta incluye hasta dos recetas o sea dos medicamentos, en otro caso, el médico tiene que justificar la receptación de una mayor cantidad de fármacos a un usuario y este tiene que conseguir los medicamentos adicionales en una farmacia que tiene convenio con el BM. Además, se han establecido límites respecto de la elección, la dosis y la cantidad de medicamentos, lo que puede tener una consecuencia contradictoria sobre todo en los pacientes crónicos. Supuestamente se ahorra respecto de los gastos actuales, limitando el despilfarro de medicamentos o la venta de los mismos, por otra parte se pierde la opción de conseguir tarifas más económicas que se ofrecieran al comprar al por mayor.

El transporte en ambulancia está cubierto dentro del paquete de prestaciones del BM, siempre cuando haya sido autorizado por un médico tratante, a base de una indicación médica fundada y explicitada. Dentro de la

totalidad de las prestaciones financiadas por el BM, el transporte de pacientes no desempeña un papel muy importante.

El servicio médico del BM no cubre las siguientes prestaciones:

1. Vacunas
2. Métodos de planificación familiar
3. Todo tipo de prótesis

El servicio médico del BM se entiende como sistema de aseguramiento integral, el cual cubre la atención completa de las necesidades de salud de sus afiliados. Debido a la obligatoriedad de afiliación para el grupo meta de los maestros, la cual descarta la afiliación a otros sistemas, el BM ni complementa la cobertura de otro seguro, ni viceversa. Además, el BM no compite con otro esquema asegurador de salud.

El arreglo financiero del pago al prestador es variable y depende del tipo de proveedor. Los médicos de familia reciben una remuneración fija, a los proveedores especialistas ambulatorios así como a los hospitales se les reembolsa el costo de las prestaciones otorgadas, a base de las facturas que ellos presentan mensualmente al BM, y a los laboratorios y las farmacias, igualmente se reembolsa cada uno de los servicios o productos consumidos por los beneficiarios del BM.

El proveedor cobra por todos los servicios de atención médica, directamente al esquema asegurador; en ningún caso los beneficiarios del BM tienen que adelantar un pago por prestaciones que reciben. El usuario del sistema sólo confirma haber recibido las prestaciones, a través de la firma que tiene que poner en la orden de atención, requisito imprescindible para que el prestador pueda facturar un servicio. Antes de transferir las sumas correspondientes a las facturas presentadas, el personal del BM realiza una revisión de los datos y requisitos, la cual se está realizando uno por uno.<sup>23</sup>

#### **3.7.4. Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)**

Uno de los principales retos es volver los servicios de salud más accesibles y de mejor calidad en todo el país. Para hacerlo efectivo, este Despacho debe continuar impulsando la Modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el fin de volver más expedita nuestra estructura, fortaleciendo las funciones de Rectoría y Provisión de Servicios.

Con la conformación y desarrollo de los **SISTEMAS BASICOS DE SALUD INTEGRAL, (SIBASI)**, se considera mejorar el acceso a los servicios de salud, especialmente para aquella población más vulnerable, fortaleciendo así el papel del nivel local como proveedor de servicios en un contexto cada vez más humano y comprometido con la sociedad.

---

<sup>23</sup> Jens Holst. "Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSure". Proyecto Sectorial "Seguros Sociales de Salud en países en vías de desarrollo". Pagina 1-9. San Salvador, El Salvador, 2003.

Desde su filosofía, el SIBASI fomenta la integración de la comunidad, los diversos actores sociales y las instituciones del sector, participando activamente en la identificación de problemas, planteamiento estratégico de soluciones, acciones de intervención y evaluación del proceso. Al mismo tiempo, el SIBASI está comprometido con los principios y valores de la Propuesta de Reforma Integral de Salud: EQUIDAD, porque procura que la distribución de los recursos se efectúe según las necesidades de la población, proveyendo atención a quien lo necesite, principalmente a aquellos que se encuentran en situación de pobreza o que cuentan con menos recursos para su desarrollo; EFICIENCIA, porque focaliza sus servicios racionalizando los recursos a su disposición para la mejor atención a la comunidad; CALIDAD y CALIDEZ, porque se está plenamente convencidos que la población merece los mejores servicios, traducido ello en disponibilidad de recursos que satisfagan sus necesidades esenciales y un trato digno y respetuoso al recibirlos, ofrecidos a disposición de todos los salvadoreños de manera oportuna.

Esta es la versión revisada del documento original del "Marco Conceptual y Operativo para el Desarrollo de los Sistemas Básicos de Salud Integral". En el afán de continuar obteniendo cada vez un mejor producto, principalmente porque éste no es definitivo sino perfectible, se han incorporado los aportes de diversos actores que a lo largo del último año han participado en las jornadas de divulgación y discusión de tan importante elemento.

### **3.7.4.1. Justificación**

Desde los años `70, se comenzó a modificar la creencia de que los países pobres se beneficiarían con una transferencia de tecnología desde los países desarrollados. Se evidenció que la salud no es ajena a los problemas sociales, culturales y económicos y que, por el contrario, se veía afectada por estos problemas.

En 1973, la OMS constató la disconformidad de la población en los servicios de salud, principalmente en lo relativo a expectativas, cobertura y costos. Se argumentó que los servicios deberían ser parte del desarrollo económico y social y que debían tomar en cuenta los aspectos relacionados con la estructura, prioridades y metas nacionales. Por lo tanto, se reconoció que la salud era demasiado importante como para verla de manera aislada con respecto a los otros sectores.

En 1977, se reconoce como meta la "Salud para todos en el año 2000" y en 1978, en Alma Ata, se acepta como estrategia para lograrla, la "Atención Primaria en Salud", sustentada en que los servicios y la atención en salud deben ser accesibles, producto de la participación de la comunidad y la sociedad, congruentes con las necesidades, económicamente viables, culturalmente aceptables y como parte de un sistema nacional de salud.

Desde principios de los `80s, surgen iniciativas para conformar un modelo que satisfaga la necesidad de alcanzar la salud de los pueblos. En 1988, en Harare, Zimbabwe, se proponen los "Distritos" como estrategia para

mejorar la salud de la población. En 1989, la OMS escribe la propuesta de "Sistemas Locales de Salud" (SILOS) como táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales.

Ya en los años `90, existieron experiencias regionales en Centroamérica, específicamente en Nicaragua, en 1991, donde se adoptaron los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) como elemento importante para la reorientación del Sistema Nacional de Salud, con el Ministerio de Salud como rector.

A finales de los años `90, El Salvador retoma este proceso y adopta el concepto del Sistema Sanitario, el que además es considerado la "piedra angular" de la Modernización del Ministerio de Salud, insumo en el proceso ineludible de la Reforma del Estado, en el que todos los países del área han entrado.

Para inicios del año 2000, la revisión constante y simultánea con ejemplos ya puestos en marcha en el país, han evidenciado la necesidad de actualizar el concepto, volverlo más operativo y fácilmente entendible por quienes lo ejecuten. La urgente necesidad social de alcanzar un nivel óptimo de salud obliga a la reconceptualización, surgiendo así el término nacional "Sistema Básico de Salud Integral", que se identifica por las siglas SIBASI, éste rescata los aspectos esenciales de las APS, adopta un Modelo Integral de Atención en Salud, con la participación de los diversos actores del desarrollo social y que como unidad básica del Sistema de 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.

Estos elementos, permiten estructurar un concepto operativo, con el objeto de facilitar la implementación y el desarrollo a nivel nacional en el corto plazo.

#### **3.7.4.2. Objetivos**

General, definir conceptualmente el contenido del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), como un aporte para su implementación a nivel nacional en el corto plazo.

Específicos:

- Definir la base conceptual y filosófica en que se fundamenta el SIBASI.
- Definir los componentes y subcomponentes para el desarrollo del SIBASI.
- Describir los elementos necesarios para la operativización del Sistema Básico de Salud Integral.

#### **3.7.4.3. Concepto**

Es la estructura básica operativa del Sistema Nacional de Salud, fundamentada en la Atención Primaria de Salud, que mediante la provisión de servicios integrales y articulados de salud del Primer y Segundo Nivel de atención, la participación ciudadana consciente y efectiva, y la corresponsabilidad de otros sectores, contribuye a mejorar el nivel de salud de una población definida.

#### **3.7.4.4. Descripción de los Elementos Conceptuales**

Se considera al SIBASI, como la estructura básica porque reúne en el contexto local los elementos que plantea el Sistema Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Se considera operativa, porque desarrolla un Modelo de Atención Integral en Salud, por medio de una red de proveedores articulados armoniosamente; complementando los esfuerzos y evitando la duplicación de acciones entre éstos, haciendo un uso eficaz y eficiente de los recursos, facilitando el seguimiento de las actividades y evaluando los logros en términos del impacto sobre la salud de la población bajo su responsabilidad.

Es un modelo de Gestión Descentralizada porque se le han transferido las funciones gerenciales para el ejercicio de la planificación, provisión de servicios y toma decisiones relacionadas con sus recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos de acuerdo a sus propias iniciativas y requerimientos; siendo, además, responsable por los resultados obtenidos en mejorar los indicadores de salud ante el ente rector, quien no interviene en la ejecución de las actividades.

El SIBASI se fundamenta en la Atención Primaria en Salud, porque pone al alcance de los individuos, familias y comunidades el modelo de Atención Integral en Salud, el cual comprende las intervenciones de los diferentes proveedores de servicios y la consecuente solución de los problemas previamente identificados en el contexto local, mediante la ejecución de acciones de promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad y rehabilitación, enfocadas al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente, permitiendo obtener un nivel de salud que contribuya al desarrollo social.

El SIBASI cuenta con un Área Geográfica y una Población delimitadas sistemáticamente, de manera que garantiza la distribución equitativa de los recursos y el uso eficiente de los mismos para la atención permanente y eficaz de las necesidades en salud de la población, propias de su contexto. De igual manera propiciará que el personal del SIBASI intercambie tecnologías y experiencias y que conociendo al usuario y su ambiente tengan un enfoque más humano e integral.

Para la atención de esa población el SIBASI contará con una red funcional de establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel, complementarios y coordinados entre sí y en la cual el primer nivel representa para el individuo, la familia y la comunidad la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y el segundo nivel provee la atención de mayor complejidad. Siempre que sea necesario, el SIBASI velará porque la atención se provea inclusive por el Centro Nacional de Referencia. El Sistema de

Referencia y Retorno será el elemento que propicie la integralidad y la continuidad en la atención.

Para que el SIBASI desarrolle sus potencialidades deberá mantener la coordinación y concretizar la corresponsabilidad con todas las fuerzas sociales y económicas, a fin de lograr el bienestar colectivo. Para tal efecto, son necesarias la Participación Social y la Intersectorialidad con el objeto de unir esfuerzos que contribuyan a la resolución de los problemas y garantizar la transparencia en la gestión.

#### **3.7.4.5. Principios y Valores**

##### **Principios**

Operatividad, hace referencia a la capacidad del SIBASI de funcionar de acuerdo a las normas establecidas y producir el efecto, para el que ha sido conformado. Requiere de la coordinación adecuada de sus componentes y elementos en el proceso de producción de la salud de la población de su área.

Integralidad, Se refiere al carácter de conjunción armónica y efectiva para la satisfacción de las necesidades en salud de la población del SIBASI. Su aplicación implica:

- a)** La existencia de una Política de Estado que promueva el Desarrollo Social de las Comunidades;

- b)** La participación efectiva y complementaria de la red de establecimientos del sector salud y los niveles de atención;
- c)** La existencia de un Modelo de Atención en Salud cuyas diferentes acciones privilegien al ser humano en su contexto biológico, social y cultural, en armonía con el ambiente.

Eficacia y Eficiencia, Eficacia es la capacidad o potencial de resolver un problema y/o producir un resultado específico, de acuerdo a las condiciones locales. Eficiencia es la capacidad de hacer un uso racional de los recursos disponibles en el proceso de abordaje de la problemática a resolver.

El SIBASI debe tener la capacidad de brindar satisfacción verdadera a las necesidades en salud de la población, a un costo razonable y deberá promover y facilitar el uso de mecanismos que garanticen la calidad y eficacia en la provisión de servicios de salud.

Intersectorialidad, principio que fundamenta la articulación congruente de propuestas y recursos de los diversos sectores, (salud y todos los demás vinculados con el desarrollo social, nacional y comunitario), a fin de satisfacer las necesidades básicas de salud de la población en el contexto del SIBASI.

Corresponsabilidad, Se refiere a la responsabilidad compartida en:

- a)** Identificar a los actores sociales y su participación en la problemática de salud.

- b)** Definir y priorizar los problemas de salud.
- c)** Planificar, organizar, operativizar y controlar la atención integral en salud.
- d)** Utilizar eficientemente los recursos para la satisfacción de las necesidades básicas en el contexto del SIBASI.

Conducción Unificada, Principio que hace referencia a la jerarquía en la conducción de las políticas, normas y estrategias dictadas por el ente Rector para ser operativizadas por el SIBASI, de acuerdo a su realidad local y ejercida por la Gerencia del Sistema. Tiene por objeto evitar la duplicación de funciones y autoridad y la obligación de responder por los resultados ante el ente rector.

Solidaridad, es la acción mediante la cual todos los individuos contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades. El Sistema Nacional de Salud propicia este compromiso recíproco y garantiza los servicios a la población indigente.

Continuidad, es la capacidad del SIBASI de asegurar la atención integral de la persona, familia y/o comunidad, desde el primer contacto con los servicios del sector salud hasta la resolución del problema o condición.

Universalidad, es la meta de lograr cobertura de toda la población, garantizándole la accesibilidad a servicios de salud en todos los niveles de complejidad, según sus necesidades, independientemente de su condición económica, social y cultural.

Equidad, principio fundamental que consiste en procurar que la distribución de los servicios de salud y los recursos asignados para tal fin, se realice de acuerdo con las necesidades de la población responsabilidad del SIBASI.

### **Valores**

Calidad, implica el mejoramiento constante de los procesos de atención brindados a satisfacción de las expectativas de la población, en el ámbito del SIBASI.

Calidez Humana, se refiere al trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana que el personal de salud debe brindar a la población.

Culturalmente Aceptable, hace referencia a los servicios de salud que son proveídos respetando los principios, valores y creencias de la población.

Flexible, es adaptar los servicios ofrecidos de acuerdo a las experiencias y las sugerencias de las personas e instituciones involucradas en el SIBASI para el mejoramiento constante de los servicios que demanda la población.

Responsable, capacidad que tiene el SIBASI de responder ante la población y el nivel rector por todas las acciones de salud que realiza, en concordancia con las políticas, normas y estrategias emanadas del Sistema Nacional de Salud.

Oportuno, se refiere a que las acciones para resolver los problemas en salud se efectúen en el momento adecuado, según las necesidades de la población.

#### **3.7.4.6. Operativización**

La operativización del Sistema Básico de Salud Integral se sustenta en su capacidad para resolver los problemas de salud de la población de su responsabilidad, mediante la descentralización técnica y administrativa para el ejercicio de su gestión y de acuerdo a las políticas, normas y estrategias dictadas por el ente rector.

Para la operativización, es necesaria la articulación de los siguientes elementos:

**Participación Social**, el desarrollo del concepto SIBASI es responsabilidad de diversos sectores representados en el contexto local, que comprende la dimensión comunitaria, municipal y/o departamental, dentro de los cuales podemos identificar: Organizaciones Comunitarias, Gobiernos Locales, Educación, Medio Ambiente, Obras Públicas, Agricultura, ISSS, Sanidad Militar, ONG`S, Transporte, Comunicaciones, y otras formas de organización vinculadas al Desarrollo Social, quienes son reconocidas por la comunidad y junto a ésta contribuirán a resolver los problemas y necesidades identificadas para mejorar las condiciones de salud.

La Regulación y Normatividad serán responsabilidad del ente rector, representado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

**Aspectos Legales,** para la operativización del SIBASI es necesario establecer el marco legal que respalde su constitución y garantice el ejercicio de sus funciones y la sostenibilidad del modelo. La formulación del marco legal debe estar en concordancia con las leyes de otros sectores, relacionadas con la salud y/o que afecten la gestión administrativa del SIBASI.

**Estructura Organizativa del SIBASI,** dentro de la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se reconocen dos niveles: el ente rector, responsable de la formulación de políticas y normas; y el ente gestor-proveedor, constituido por el SIBASI, el cual se vinculará en aspectos normativos, administrativos, y de control de la gestión con las instancias creadas por el ente rector para tal fin.

La estructura organizativa del SIBASI responde al nuevo modelo de prestación de los servicios de salud, estableciendo relaciones de coordinación, ejecución, control y evaluación de las acciones y resultados de las instituciones que integran el sistema. Comprende tres elementos dentro de su estructura: el Gerencial, apoyado por un equipo técnico-administrativo para el ejercicio de sus funciones; la Consulta Social, como expresión de la Participación Social; y los Proveedores de los servicios de salud.

**Recursos,** uno de los elementos más importantes para la operativización es la administración eficiente de los recursos humanos, físicos y financieros, provenientes de las gestiones realizadas por el SIBASI ante el Gobierno, las instituciones del sector salud y extrasectoriales y con los Organismos de Cooperación Externa, según se requiera.

**Red de Proveedores**, la conforman todas las instituciones que constituyen la oferta de servicios de salud, públicos y privados del primer y segundo nivel de atención, que se encuentran organizadas e integradas en el SIBASI.

**Descentralización Operativa**, la estrategia de descentralización, se sustenta en la premisa de centralizar el rol normativo y regulador en el ente rector y el rol de descentralización operativa en el gestor-proveedor, así como por los Centros Nacionales de Referencia; dicha estrategia será desarrollada gradualmente hasta consolidarse.

#### **3.7.4.7. Componentes Fundamentales**

Basado en el análisis de la situación de salud en el país, la problemática que afronta el sector y las diferentes propuestas, es necesario aplicar un modelo que dé respuesta a la demanda de la población mediante la integración de cinco grandes componentes:

##### **Atención Integral en Salud:**

Es el conjunto de intervenciones e instrumentos utilizados por el SIBASI, que mediante acciones de fomento, promoción y educación para la salud, prevención, curación de la enfermedad y la rehabilitación de la salud, busca resolver los problemas relacionados con los aspectos psíquicos, económicos, sociales y culturales que afectan al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente, por medio de una red de establecimientos de salud

que proveen una atención caracterizada por ser accesible, equitativa, participativa, continua y de calidad.

### **Gestión Descentralizada**

Es el proceso de transferencia gradual de las funciones gerenciales de Finanzas, Recursos Humanos, Adquisición y Contrataciones y de Conservación y Mantenimiento, desde el Nivel Rector hacia el SIBASI, a fin de agilizar el funcionamiento del sistema y obtener eficiencia y eficacia en la provisión de los servicios, de conformidad con las políticas y normas establecidas por el ente rector.

### **Provisión de los Servicios de Salud**

Comprende el conjunto de modalidades alternativas de entidades públicas y privadas, con autonomía de gestión en la provisión de servicios de salud y generación de acciones de protección al ambiente, regulados mediante los Contratos de Gestión.

Este componente se caracteriza por la eficiencia, eficacia y calidad de la oferta de servicios de salud.

### **Financiamiento de los Servicios de Salud**

Se refiere a la asignación equitativa, la ejecución eficiente y el control efectivo de los recursos financieros provenientes del Estado, las municipalidades, la empresa privada y otras fuentes identificadas por el SIBASI. El financiamiento debe ser solidario, subsidiario y equitativo,

debiendo garantizar la sostenibilidad del Sistema sin menoscabo de la cobertura universal.

### **Participación Social**

El enfoque actual de la conformación de los SIBASI, denota la responsabilidad que tiene la comunidad y otros sectores del desarrollo social en participar en las decisiones que competen a la salud. El SIBASI incorpora la Participación Social a través de la estructuración de una unidad de consulta social, también se apoya en otros grupos tales como: Comités, Cabildos, Asambleas, ADESCO's, grupos de autoayuda y otras formas de organización social.

Dentro de esta estructura se darán las condiciones para la identificación de necesidades expresadas por la comunidad, el planteamiento de alternativas de solución, estrategias, seguimiento, auditoría social de la gestión, evaluación del impacto y pertinencia de los servicios e intervenciones del SIBASI.

El propósito de la Participación Social como estrategia dentro del Sistema es el fortalecimiento de la conciencia crítica de la población para mejorar los procesos de toma de decisiones en la solución de los problemas de salud y el autocuidado.

Los tipos de Participación Social dentro del SIBASI pueden ser los siguientes:

**1- Participación Pasiva:** los usuarios ejecutan acciones a solicitud del personal de salud, sin intervenir en la toma de decisiones y en la implementación del Sistema.

**2- Participación Informativa:** se establece interacción entre el usuario como informante y el entrevistador. El informante no tiene acceso sobre los usos que los establecimientos puedan darle a la información.

**3- Participación Consultiva:** consiste en proporcionar puntos de vista con respecto a un tema trabajado por los establecimientos de salud o agentes externos. El entrevistado ya sea usuario o no, no tiene incidencia alguna sobre las decisiones que pueda tomar la entidad responsable.

**4- Participación Negociada:** se da cuando el establecimiento de salud o el agente externo ofrece ciertos incentivos (materiales, sociales, capacitaciones) a cambio del trabajo del grupo beneficiado, sin que éstos últimos tengan incidencia directa en las decisiones del proyecto.

**5- Participación Interactiva:** se da cuando los grupos organizados participan en la formulación, implementación y evaluación del proyecto. Esto implica procesos de enseñanza-aprendizaje sistemáticos y estructurados y supone la toma de control en forma progresiva del proyecto.

**6- Autoparticipación:** los grupos organizados desarrollan sus propios proyectos, buscan la sostenibilidad a partir de sus propios recursos y solicitan a determinados agentes externos asesorías concretas de acuerdo a sus actividades.

### 3.7.4.8 Subcomponentes y Actividades

#### COMPONENTE: ATENCION INTEGRAL EN SALUD

SUB-COMPONENTES	ACTIVIDADES
<b>1. Elementos de la Atención Integral</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definir e integrar el contenido programático de:<ul style="list-style-type: none"><li>a) Promoción y Educación en Salud</li><li>b) Prevención</li><li>c) Curación</li><li>d) Rehabilitación</li></ul></li></ul>
<b>2. Oferta de Servicios de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definir la oferta de servicios de salud según ámbito y nivel de atención.</li><li>• Definir los mecanismos de entrega de servicios de salud a la población.</li></ul>
<b>3. Garantía de la Calidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actualizar las Normas y Protocolos de los Servicios ofertados según ámbito y nivel de atención.</li><li>• Implementar el Programa Local de Garantía de Calidad.</li><li>• Implantar mecanismos que aseguran la satisfacción del cliente.</li><li>• Diseñar e implementar instrumentos de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.</li></ul>

<b>4. Referencia y Retorno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar e implementar el Manual de Referencia y Retorno.</li> <li>• Capacitar sobre el manejo del Manual de Referencia y Retorno.</li> <li>• Diseñar instrumentos de seguimiento al proceso de Referencia y Retorno.</li> </ul>
--------------------------------	---

**COMPONENTE: GESTION DESCENTRALIZADA**

SUB-COMPONENTES	ACTIVIDADES
<b>1. Organización del SIBASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar los Manuales de Organización y de Funcionamiento del SIBASI.</li> <li>• Definir las relaciones de articulación de los actores del SIBASI.</li> <li>• Agenda Permanente del Comité de Gestión.</li> </ul>
<b>2. Desarrollo de los Recursos Humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar los recursos humanos según ámbitos de atención.</li> <li>• Administrar los recursos humanos en base a las normas y procedimientos.</li> <li>• Implementar Programas de Capacitación y Desarrollo de recursos humanos en base a necesidades.</li> <li>• Implementar programas de bienestar laboral.</li> </ul>

<b>3. Abastecimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir Procesos de Adquisición y Contratación de Bienes y Servicios.</li> <li>• Implementar Sistema de manejo de Inventario.</li> <li>• Conservar adecuadamente los Medicamentos e insumos médicos.</li> <li>• Implementar Sistema de Recepción, Almacenamiento y Distribución.</li> </ul>
<b>4. Conservación y Mantenimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar programas de mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario, equipo e instalaciones.</li> <li>• Implementar mecanismos de registro y control de Bienes y Servicios.</li> <li>• Programar el reemplazo de equipo y mobiliario.</li> <li>• Relevamiento de la infraestructura.</li> </ul>
<b>5. Información en Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar el Sistema de Información al contexto del SIBASI.</li> <li>• Crear mecanismos que aseguren la calidad, oportunidad y el análisis de la información como base para la toma de decisiones.</li> </ul>

**COMPONENTE: PROVISION DE LOS SERVICIOS**

<b>SUB-COMPONENTES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>1. Red de Servicios de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformar redes de proveedores de servicios de Salud.</li> <li>• Instrumentar y reglamentar el funcionamiento de las redes.</li> <li>• Definir Flujograma de Atención según nivel de complejidad.</li> <li>• Operativización de Protocolos de Atención en Salud.</li> </ul>
<b>2. Definición de Funciones y Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el Manual de Normas y Procedimientos en la Provisión de Servicios.</li> <li>• Definir Funciones de los proveedores, según nivel de atención.</li> <li>• Definir instrumentos de presentación de informes periódicos.</li> </ul>
<b>3. Acreditación de Proveedores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir criterios y estándares de acreditación.</li> <li>• Identificar posibles proveedores.</li> <li>• Definir el proceso de acreditación.</li> <li>• Elaborar formatos de Convenio o Contrato.</li> </ul>
<b>4. Contratación de Proveedores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar criterios y estándares de acreditación para calificar a proveedores.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Firma de Convenio/Contrato/Compromiso.</li> <li>• Definir procedimientos de financiamiento.</li> <li>• Definir mecanismos de Monitoreo y evaluación técnico administrativo.</li> </ul>
<b>5. Auditoría a Proveedores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir mecanismos y criterios de auditoría técnica y administrativa.</li> <li>• Aplicación de criterios para la Auditoría.</li> <li>• Rendir periódicamente informes y retroalimentar el proceso.</li> <li>• Definir mecanismos de Control de Calidad de insumos y Medicamentos.</li> </ul>

### COMPONENTE: FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

SUB-COMPONENTES	ACTIVIDADES
<b>1. Mecanismos de Financiamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociar y Gestionar los recursos financieros de acuerdo a necesidades reales.</li> <li>• Retribución de Subsidios cruzados entre instituciones del sector.</li> <li>• Elaborar Instrumentos para la captación de los fondos provenientes del Seguro para conductores.</li> <li>• Canalizar adecuadamente los fondos de</li> </ul>

	<p>Cooperación Externa a la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar la Subsidiaridad y Solidaridad del financiamiento.</li> </ul>
<b>2. Gestión Financiera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamentar la captación de Recursos Financieros</li> <li>• Definir necesidades reales para la asignación financiera.</li> <li>• Elaborar Normas y procedimientos de Ejecución Financiera.</li> <li>• Elaborar Normas de Fiscalización presupuestaria.</li> </ul>
<b>3. Contraloría Financiera en Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar Instituciones responsables para la Contraloría Financiera</li> <li>• Elaborar e Implementar mecanismos de Control Financiero.</li> </ul>

### COMPONENTE: PARTICIPACION SOCIAL

SUB-COMPONENTES	ACTIVIDADES
<b>1. Educación en participación ciudadana y comunitaria, autocuidado de la salud y autogestión.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir los mecanismos de expresión de la participación social.</li> <li>• Identificar y priorizar problemas y necesidades &lt;LI</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular y Gestionar Proyectos que responden a los problemas y necesidades de salud.</li> <li>• Desarrollar mecanismos de deliberación de grupos comunitarios y de Instituciones acerca de la Salud.</li> <li>• Implementar programas para el desarrollo del Autocuidado en salud.</li> </ul>
<b>2. Intersectorialidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear mecanismos de sensibilización y sociabilización del modelo.</li> <li>• Definir mecanismos de expresión de la Intersectorialidad.</li> <li>• Desarrollar mecanismo de abordaje intersectorial de la problemática en salud en el SIBASI.</li> <li>• Articular recursos de los sectores representados para la satisfacción de las necesidades en salud.</li> <li>• Conformación de Comités.</li> </ul>
<b>3. Contraloría Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir el rol de la contraloría social.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir el perfil de los miembros del Consejo de Consulta Social.</li> <li>• Definir los mecanismos para el ejercicio de la Contraloría Social.</li> <li>• Capacitar en el ejercicio de la Contraloría Social de la gestión.</li> <li>• Definir los criterios para la evaluación social de la gestión.</li> </ul>
--	--

### **3.7.5. Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)**

Uno de los programas estrella del Gobierno se empezó a andar una vez dado el aval para ello. El Ministerio de Salud tenía en sus manos el presupuesto de la ampliación de la Cobertura Sanitaria. Nombrándose al administrador del sistema médico el día 31 de mayo de 2005, que es autónomo. Se esperaba que arrancara este programa en Junio de ese mismo año.

El Fondo Solidario para la Salud (Fosalud) inició su funcionamiento con un capital semilla de \$1 millón, más otros 10 que se habría recolectado con el impuesto específico a finales del año 2005.

Serian 20 las unidades de salud que abrirían las 24 horas y 40 las que abrirían sus puertas incluso los fines de semana, de acuerdo con el entonces

Ministro de Salud, Dr. Guillermo Maza. Se encuentran distribuidas por todo el territorio nacional. (Ver gráfico en anexos).

La atención médica en estas clínicas está enfocada en la atención a mujeres embarazadas, los niños y personas mayores.

Los objetivos de Fosalud son la extensión de la cobertura de promoción en salud y de atención a la consulta médica preventiva con énfasis en el grupo materno-infantil, atención de partos de bajo riesgo y salud bucal y detección y manejo de emergencias médico quirúrgicas

El Fosalud empleaba en sus inicios a unas 1600 personas entre médicos, enfermeras, personal de servicio y motoristas.

El impuesto del Fosalud comenzó a cobrarse en enero de ese año. El Ministerio de Hacienda había calculado que, durante el primer año, la recaudación del gravamen a productos considerados “nocivos” llegaría a los \$20 millones, pero la cifra acumulada hasta hoy no ha alcanzado tales expectativas.

Los objetivos de este plan son:

- a. Prevención, se busca extender la cobertura de salud y la atención de la consulta médico preventiva. Se pondrá énfasis en el grupo materno infantil y los mayores. Para ello ya se contó con un fondo semilla, más lo recaudado con los impuestos específicos.
- b. Partos, el programa sanitario da prioridad a la atención de partos que no representen altos riesgos. También se dará énfasis a la salud

bucal, por lo cual se contrata a odontólogos. Así como también enfermeras graduadas y personal auxiliar.

- c. Apertura, un componente llamativo es la apertura de ciertas unidades de salud las 24 horas. Habiendo por el momento 30 diseminadas a lo largo y ancho del país. Habrá otras unidades en el área rural que contarán con clínicas abiertas el fin de semana.

### **3.7.6. Hospital Militar Central**

El Hospital Militar Central es una dependencia directa de la Dirección General de Sanidad Militar, el cual tiene como objetivo:

- a) Cumplir la política institucional establecida;
- b) Planificar, coordinar, dirigir y evaluar las actividades técnicas y administrativas del Hospital;
- c) Brindar atención eficaz, eficiente y efectiva a todos los beneficiarios y derechohabientes;
- d) Fomentar y desarrollar programas preventivos y de rehabilitación de la salud;
- e) Brindar cobertura a la comunidad como una prestación de servicio especial y debidamente autorizado por las autoridades correspondientes;
- f) Promover el desarrollo de la investigación científica y de la enseñanza relacionadas con la salud, en base a programas establecidos, y
- g) Otros objetivos que coadyuven al cumplimiento de la política institucional establecida.

Para cumplir con los objetivos a los que anteriormente se hace referencia, el Hospital dispone de los bienes siguientes:

- a) Muebles o inmuebles que le hayan sido o le fueren asignados;
- b) Rentas; fondos específicos; subvenciones y subsidios que el Ministerio de Defensa y de Seguridad Pública establezca para su sostenimiento;
- c) Derechos y cuotas que por sus servicios prestados perciba;
- d) Donativos y legados que aceptare, y
- e) Productos y aprovechamiento que por otros títulos adquiriera.

Se organiza de la forma siguiente:

- a. Dirección;
- b. Subdirección;
- c. Comités Asesores;
- d. Ayudantía;
- e. Seguridad;
- f. Auditoría Médica;
- g. Relaciones Públicas;
- h. División Médica, e
- i. División Administrativa.

La división médica cuenta con los siguientes departamentos: Cirugía, Medicina, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia, Traumatología y

Rehabilitación, Estomatología y Cirugía Oral, Consulta Externa, Radiología, Anatomía Patológica y Laboratorio Clínico, Enfermería, Farmacia, Enseñanza e Investigación, Estadística y Documentos Médicos, y Servicio Social.

Además, los Departamentos que sean necesario crear para su buen funcionamiento.

La División Administrativa cuenta con los siguientes departamentos: Personal, Proveeduría; Finanzas, Mantenimiento, Alimentación y Dietas, y Servicios Generales. Además los Departamentos que sean necesario crear para su buen funcionamiento.

El personal del Hospital se clasifica en las categorías siguientes:

- a) Personal Militar, de las Armas, Médico, Odontológico, Paramédico y Administrativo, y
- b) Personal Civil Médico; Odontológico; Paramédico; Administrativo y de Servicios Generales.

Se realiza una Auditoría Médica para la revisión crítica del trabajo médico-hospitalario, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, con el objeto de mejorar día con día su rendimiento, la cual estará integrada permanentemente por tres médicos de reconocida capacidad profesional, ética y moral, que no pertenezcan al Cuerpo Médico del Hospital, los cuales son nombrados por acuerdo del Ministerio de Defensa y de Seguridad Pública para un periodo de dos años, a propuesta del Director General de Sanidad Militar. Dicha auditoría podrá solicitar el concurso de los Jefes de

Departamento y demás personal que fuere necesario para el cumplimiento de sus funciones.

### **3.7.7. Consejo Superior de Salud Pública**

Esta institución es una corporación de derecho público, que tiene por objeto velar por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, este además es un mandato Constitucional, el cual el Consejo tiene la obligación de darle cumplimiento.

Las atribuciones que le corresponden al Consejo se encuentran plasmadas en el Capítulo II del Código de Salud; así también tiene otras funciones que le facilita su labor de velar por la salud del pueblo. Esas funciones, alguna de ellas, las realiza a través de las Juntas de Vigilancia de las diferentes profesiones que tienen relación con la salud.

Para el mejor desempeño de sus funciones el Consejo Superior de Salud Pública, está conformado por 14 miembros, un Presidente y un Secretario nombrado por el Órgano Ejecutivo; e aquí su relación de dependencia y su falta de autonomía para la toma de decisiones que son importantes para el normal desarrollo de sus actividades y que en muchos casos a puesto entre dicho las acciones llevadas a cabo por estas funciones.

Además cuenta con tres representantes electos de entre sus miembros por cada uno de los gremios: Médico, Odontológico, Químico-farmacéutico y Médico-Veterinario. Esto deberá ampliarse a más

profesionales relacionadas con la salud, como es el caso de las enfermeras que juegan un papel importante, anestesistas, laboratoristas, psicólogos, que también tiene mucha importancia para la salud de la población.

Las Juntas de Vigilancia se formarán por cinco académicos cada uno pertenecientes a las respectivas profesiones, electos en la Asamblea General de profesiones de cada gremio, convocada especialmente para tal efecto por el Consejo Superior de Salud Pública.

Una de las principales funciones de las Juntas de Vigilancia es el de vigilar el ejercicio de la profesión correspondiente y sus respectivas actividades auxiliares, velar por que estas profesiones no se ejerciten por personas que carezcan del título correspondiente, exigiendo el estricto cumplimiento de las acciones penales relativas al ejercicio ilegal de las profesiones, vigilar y controlar el funcionamiento de droguería, farmacia, laboratorio de prótesis dentales, etc. Intervenir a petición de parte, en aquellos casos en que surge desavenencia entre un profesional y su cliente o entre un establecimiento de salud; esto en la realidad no se da, porque el Consejo actúa bajo presiones políticas, económicas y sociales que no permite que actúen con libertad porque las personas no ejercen sus derechos cuando se ven vulnerables éstos en el área de salud.

El secreto profesional, es el mecanismo por medio del cual los médicos no se perjudican y guardan el estricto silencio al respecto, así como la burocracia existente para ejercitar las acciones entre las Juntas de Vigilancia, Consejo Superior de Salud Pública y el propio Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Al Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia de las profesiones que tienen relación con la salud, le son encomendadas cuestiones de suma importancia para la salud, pero que estos organismos realizan una actividad meramente administrativa sin preocuparse por una actitud más activa que les permita cumplir con las funciones emanadas de la Constitución de la República como del Código de Salud.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Flores Martínez, Iris Fidelina. “La prestación del Servicio 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 República”, Universidad de El Salvador. Tesis. El Salvador. 2007. pp. 79 – 81

## **CAPITULO IV**

### **ORDENAMIENTO JURÍDICO VIGENTE EN MATERIA DEL DERECHO A LA SALUD**

#### **4.1. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR**

En nuestro sistema normativo a nivel jerárquico es la Constitución la que ocupa el más alto rango, y es por eso necesario el empezar un análisis a esta, dentro del tema que nos ocupa.

Para comenzar, es la Constitución la que recoge y reconoce los derechos fundamentales del ser humano, y uno de esos derechos que acoge es el de la salud el cual va intrínsecamente relacionado y consagrado el derecho individual, la vida (Art. 2 Cn.), aunque otros autores como Luis Ernesto Arévalo Álvarez piensan lo contrario, ya que nos dice que este está consagrado dentro de los derechos sociales, el cual tomaremos como referencia. En la Constitución de la República de El Salvador en el Art. 65 nos dice “La salud de los habitantes de la república constituye un bien público...” esto quiere decir que la salud es reconocida como un derecho de todos los habitantes, por eso dice que es un bien público, ya que tras esto puede ser exigido su cumplimiento.

Como ya mencionamos el Derecho a la Salud comprende o está dentro de los derecho sociales, y son todas aquellas normas fundamentales que pone a cargo del Estado la obligación de garantizar efectivamente a todos los habitantes el goce de la salud. Se le llaman a estos derechos

fundamentales de segunda generación, y es por el surgimiento de estos, ya que no fueron reconocidos inmediatamente, algo que ya mencionamos anteriormente. Forman parte de este grupo de derechos fundamentales el derecho a la salud, y el derecho a gozar de seguros sociales que protejan al ser humano en las distintas etapas de su existencia. El derecho a la salud comprende los de alimentación, vestido, vivienda y servicios sociales que garanticen la salud física y psíquica desde la etapa prenatal hasta la vejez. Hay que mencionar que los derechos sociales son importantes porque sirven de base a los derechos individuales.

El objeto de esta norma es el reconocimiento de la salud como derecho fundamental inherente a toda persona humana. La expresión Derechos o Garantías Fundamentales pone de manifiesto la naturaleza especial de dicho derecho, pues constituye lo básico y primario de la persona dentro del ordenamiento jurídico de nuestro país, además el asegurar, o garantizar el cumplimiento y protección de la salud y algo muy importante su gratuidad como lo establece el Art. 66 Cn. “El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general...”. Ya que lo más importante es que toda la población tenga acceso a este servicio, y que lo económico no sea una limitación para optar a tener una calidad de vida promedio y sana.

Dentro del análisis realizado es importante no olvidar quien es el destinatario de este derecho, primero, estudiando las disposiciones constitucionales hemos evidenciado que el legislador, para que no quede duda, en dos ocasiones aparece la palabra, primero habitantes (Art. 65 Cn.) y luego pueblo (Art. 68 Inc. 1º y 2º Cn.), quienes son los destinatarios y

beneficiados de este derecho, para no hacer ninguna distinción a la hora de interpretar estas disposiciones y hacer cumplir este derecho.

La autoridad competente y con mayor responsabilidad de cumplir o aplicar este derecho es el Estado, ya que la Constitución nos lo dice en el Art. 65 “El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento”. Y también el Estado a través del Consejo Superior de Salud Pública, establecido en el Art. 68 Cn. “Un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo...”. Y que además entre sus obligaciones dentro de la aplicación o realización de este, el Estado tiene acciones prácticas que realizar como lo es, las Políticas Nacionales de Salud Pública, Art. 65 Inc. final “El Estado determinara la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación”. Estas políticas son de vital importancia ya que a través de estas el Estado acciona su participación para la conservación de esta.

Por otra parte y no menos importante, se garantizara el control de calidad de ciertos productos tanto farmacéuticos como alimenticios; el artículo 69 Cn. nos lo dice “El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia. Asimismo el estado controlara la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar”.

#### **4.2. LEGISLACIÓN SECUNDARIA**

#### **4.2.1. Código de Salud**

Siguiendo con un orden normativo jerárquico, le compete a la Legislación Secundaria un análisis, siendo así en primer lugar el Código de Salud, que es considerado, de una importancia relevante ya que recoge elementos vitales y le da un desarrollo a las disposiciones constitucionales relativas al tema.

Trata de dar una perspectiva más amplia del término salud, encaminada al buen funcionamiento, del servicio y la atención Médica en todos sus ámbitos, la organización tanto institucional como normativa de la salud pública

Ahondando ya en su contenido encontramos; el objeto o fin principal de esta ley la cual es desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización, funcionamiento y facultades de las Instituciones encargadas del ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo (Art. 1 Código de Salud).

En cuanto a los sujetos que son receptores de esta norma o autoridad de aplicación son; El Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados (Art. 1 parte final Código de Salud).

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

Quedan sujetos a las disposiciones del presente Código, la organización y funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que vigilarán el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo; los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de salud (Art. 4 Código de Salud). El Consejo Superior de Salud Pública es una corporación del Derecho público con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios y tanto él como las Juntas de Vigilancia gozan de autonomía en sus funciones y resoluciones y para algunos fines que el Código de Salud prescribe el Consejo se relacionará con los organismos públicos a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (La elección de los miembros del consejo es regulado por el reglamento de elecciones de los miembros profesionales del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las profesiones médica, odontológica y farmacéutica). Será competencia de El Consejo Superior de Salud Pública, las Juntas de Vigilancia y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; el conocer de las infracciones que contravengan las disposiciones del presente Código y sus Reglamentos y de cualquier otra infracción que atente contra la salud pública (Art. 289 Código de salud).

Para continuar con el análisis realizado es importante hacer un pequeño estudio en el que se pretende encontrar o reconocer derechos Constitucionales impregnados en esta ley.

El artículo 2 del Código de Salud nos dice: Los Organismos estatales, entes autónomos y en general los funcionarios y autoridades de la administración pública, así como los particulares, sean éstas personas naturales o jurídicas, quedan obligados a prestar toda su colaboración a las autoridades de Salud Pública y coordinar sus actividades para la obtención de sus objetivos; razón por la cual lo relacionamos con el artículo 65 de la Constitución en las que nos establece la Obligación a brindar el servicio.

Así también el artículo 40 del Código de Salud que establece: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud relacionado con el artículo 65 parte final Cn. que también lo menciona

Encontramos en el artículo 5 del Código de Salud que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, las profesiones médicas, odontológicas, químico farmacéuticas, médico veterinaria, enfermería, licenciatura en laboratorio clínico, Psicología y otras a nivel de licenciatura. Cada una de ellas serán objeto de vigilancia por medio de un organismo legal, el cual se denominará según el caso, Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutico, Junta de Vigilancia de la

Profesión Médico Veterinaria, Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, junta de Vigilancia de la Profesión de Laboratorio Clínico y Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología... relacionado con el artículo 68 Cn.

El Art. 243 del Código de Salud nos dice: Todas las especialidades farmacéuticas, alimentos de uso médico, y dispositivos terapéuticos, oficinales o no para uso humano y cosméticos importados o fabricados en el país, estarán sujetos al control de calidad que por este Código y sus reglamentos se establecen, el cual será ejercido por el Laboratorio de control de calidad del Ministerio. Un Reglamento determinará el procedimiento a seguir a fin de garantizar que en la comprobación de la calidad de los productos, se siguen las prácticas adecuadas de muestreo, análisis y control de calidad, comúnmente aceptadas, relacionado con el artículo 69 Cn. En cuanto al control de calidad de los productos farmacéuticos.

Otros aspectos relevantes de tonar en consideración son el que la educación para la salud será acción básica del Ministerio, que tendrá como propósito desarrollar los hábitos, costumbres, actitudes de la comunidad, en el campo de la salud. Para ello determinará las dependencias encargadas de elaborar los programas para la obtención de estos objetivos (Art. 44 Código de Salud).

El Ministerio y sus dependencias deberán promover el bienestar social de la comunidad sin distinción de ideologías o creencias.

Para cumplir con este objetivo desarrollará las actividades siguientes:

- a) Propiciar la constitución de grupos familiares estables;
- b) Colaborar con las personas, familias y grupos sociales para que puedan alcanzar el nivel deseable del bienestar económico y social;
- c) Colaborar con los organismos estatales o privados para beneficiar a los miembros de la comunidad necesitada de asistencia económica y social;
- d) Movilizar, orientar, estimular y coordinar las actividades de los componentes de la comunidad, para constituir núcleos sociales con objetivos orientados al bienestar colectivo, tales como patronatos, clubes de madres, clubes de jóvenes, grupos infantiles, talleres comunales, obras de ayuda mutua, cooperativas y otras instituciones de previsión. (Art. 47 Cn.)

Dentro del Código de Salud también se encuentran las Acciones específicas para la Salud, de las que el ministerio debe de velar, entre las que tenemos:

- Higiene Materno Infantil Preescolar y Escolar
- Salud Buco-Dental
- Nutrición
- Salud Mental
- Saneamiento del Ambiente Urbano y Rural
- Agua Potable
- Baños Públicos

- Basura y Otros Desechos y otros.

#### **4.2.2. Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**

Para dar cumplimiento a las disposiciones constitucionales relativas a este tema es necesario, entre las acciones, establecer por medio de Ley un sistema escalafón de los funcionarios y empleados integrantes de los servicios de salud que dependan del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual permita la adecuada y equitativa remuneración de aquellos, con bases a elementos técnicos y objetivos, los cuales propicien un clima armónico en el trabajo y la retención personal calificado, todo con miras al mejoramiento de las prestaciones al público del servicio de salud.

El fin o la función de esta ley es el Inscribir a todos sus funcionarios y empleados con el objeto principal de proporcionar a los mismos, oportunidades de desarrollo y crecimiento a través de un conjunto de instrumentos técnicos, (Art. 1 Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social)

Esta ley será aplicada a los funcionarios y empleados que presten su servicio, bajo Ley de salarios, contrato y planilla de jornal, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la excepción de no aplicar a quienes desempeñen los cargos de Ministro y Viceministro (Art. 4 Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

La aplicación de este sistema será de la siguiente manera; que el escalafón se aplicará por el sistema de incentivos por mérito personal, el cual se basará en evaluaciones que se realizarán a los funcionarios y empleados del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Tales evaluaciones se harán semestralmente y se regularán de la siguiente forma:

Cada funcionario y empleado será evaluado en dos períodos y el promedio de las evaluaciones que se realizaran a los funcionarios y empleados del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Las categorías y su ponderación serán las siguientes:

Excelente 5%

Muy bueno 4%

Bueno 3%

El porcentaje relativo a la antigüedad, será aplicable al personal que tenga cinco años o más de trabajo en los servicios de salud.

Si un funcionario o empleado después de cuatro evaluaciones no mereciere con la Administración Pública quedará sujeta a terminación sin responsabilidad para aquella (Art. 12 Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

#### **4.2.3. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.**

Según el artículo 1 de la Constitución, El Salvador reconoce a la persona humana como 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; asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción; en consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social. Que conforme al artículo 65 de la Constitución, la salud de los habitantes constituye un bien público, correspondiendo al Estado y a las personas velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y que además controlará y supervisará.

Que de conformidad al artículo 66 de la Constitución, 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 prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento;

Que la salud es un derecho fundamental del ser humano, 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;

Cuya finalidad es lograr la consolidación de un sistema integrado que funcione basado en los principios de solidaridad y equidad; por lo que es necesario dar pasos que impulsen la adopción de acciones concretas que

redundan en resultados palpables de beneficios a la población en el área de salud;

Que 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, con una insuficiente coordinación; para tal fin es necesario crear una visión unificada de la gestión del sector que conlleve a optimizar los recursos disponibles, mediante la integración, coordinación, la sistematización y la diversificación de funciones, relacionadas con la salud, lo cual se articula a través de la creación de un Sistema Nacional de Salud;

La finalidad de esta ley es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población. Y su objetivo es que el Sistema funcione de forma armónica estableciendo mecanismos de coordinación para implementar políticas de prevención y de intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la población de todo el territorio nacional; así como para cumplir todas las funciones que le corresponden al Sistema de Salud, sin delegar las responsabilidades del Estado (Art. 1. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud). Además otros objetivos más específicos;

Desarrollar un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad; asimismo, que promueva el mejoramiento del medio ambiente, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales; Alcanzar una mayor cobertura y mayores

niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña, en condiciones de eficacia, eficiencia, y equidad en la provisión de los servicios y en función de las necesidades de la población; Reducir al mínimo desigualdades de los niveles de salud que persisten en diferentes regiones y grupos sociales del país; Destinar prioritariamente en cada ejercicio fiscal de acuerdo a las disponibilidades financieras, y fiscales del Estado, los recursos económicos necesarios para que la asignación presupuestaria en salud sea adecuada a las necesidades de la población, mejorando la infraestructura, recursos humanos, equipo médico, suministro de Medicamentos; y en general, todos aquellos aspectos que permitan ampliada cobertura y la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población; Promover que el acceso a los servicios de salud se base en los principios de equidad y solidaridad; Lograr la satisfacción de los usuarios, respetando sus derechos y valores; Generar oportunidades de desarrollo para los trabajadores de salud; Lograr la cohesión y el trabajo coordinado entre los diferentes actores; Trabajar conjuntamente en la consecución de objetivos comunes al Sistema, optimizando los recursos que sean necesarios en beneficio de la población(Art.4 Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud).

Son miembros del Sistema Nacional de Salud; El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias, El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a sanidad militar, El Fondo Solidario para la Salud, El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, y, El Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

Las entidades de la administración pública que sean creadas en el marco del proceso de reforma integral del Sector Salud y las entidades siempre de la administración pública cuya función pueda repercutir o influir en la prestación de los servicios de salud, entre ellos el Ministerio de Gobernación, Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Agricultura y Ganadería, la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados y las Municipalidades (Art. 2 Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud).

Sin perjuicio de las atribuciones y funciones que establecen sus propios cuerpos normativos, los miembros del Sistema tendrán, entre otras, las siguientes potestades:

- a) Formular la Política Nacional de Salud bajo la coordinación del ente rector;
- b) Realizar todas las acciones necesarias para la implementación de un modelo de atención con énfasis en atención primaria de salud con enfoque preventivo;
- c) Definir metas de cobertura de la población y estrategias para su implementación;
- d) Realizar todas las acciones y estrategias necesarias para brindar a la población las prestaciones garantizadas que defina el Sistema en cada nivel de atención; y,
- e) Celebrar convenios entre los distintos miembros del Sistema para complementar la atención de la población. (Art. 5 Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud).

Al querer hacer una comparación de elementos constitucionales que esta ley acoge debemos iniciar por el artículo 3 de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud ya que la meta a cumplir de esta ley está basada específicamente por componentes la Constitución de la República, sus garantías constitucionales, el cual nos dice: “El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social”.

El artículo 6 de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud establece: “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante el Ministerio, en su función de rectoría, coordinará la formulación de la Política Nacional de Salud de manera conjunta con los miembros del Sistema Nacional de Salud...” encontrándole relación con el artículo 65 Cn. Asimismo con este último podemos relacionar el artículo 9 de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud que nos dice: “Sin perjuicio de las competencias establecidas en el Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del SNS: a) La formulación y conducción de la Política Nacional de Salud y de las acciones del Sistema, articulada con los otros sectores...”

Algunos de los aspectos relevantes de esta ley es que cuenta con los elementos que la Política Nacional de Salud debe de contener. La Política Nacional de Salud, contendrá al menos, los siguientes elementos: Promoción

de la salud, Vigilancia epidemiológica y sanitaria, Salud ambiental, Salud laboral, Investigación en salud y desarrollo científico- tecnológico, Acceso igualitario a los servicios de salud de los individuos, las familias y las comunidades, Regulación de la gestión institucional, Participación Social en Salud, Acciones intersectoriales, Emergencias y catástrofes, Inversiones en salud, Tecnología médica y de apoyo, Medicamentos e insumos médicos y no médicos, Recursos humanos en salud, Modelo de atención, Modelo de provisión, Modelo de gestión, Modernización y fortalecimiento institucional (Art. 7 Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud).

La presente ley cuenta con el Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud el cual tiene por objeto desarrollar y ejecutar las normas establecidas en la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud para su implementación y cumplimiento.

#### **4.2.4. Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas, Odontológicas y Farmacéutica.**

El Artículo 68 de la Constitución de la República sirve de base para el ordenamiento citado, además, que el ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión, de cuyas resoluciones conocerá en última instancia el Consejo Superior de Salud Pública.

Que de conformidad con el Art. 65 de la Constitución de la República de El Salvador, la salud de los habitantes de la República constituye un bien público y corresponde al Estado velar por su conservación y restablecimiento; el artículo 68 de la misma Constitución, dispone la creación de un Consejo Superior de Salud Pública, como el organismo encargado de velar por la salud del pueblo, señalando su esencial composición y primordiales atribuciones, y ordenando que la ley determinará la forma de organizarlo.

El objeto y fin de esta ley es vigilar el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo ya sea las profesiones Médica, Odontológica, Químico Farmacéutica, Médico Veterinaria, Enfermería, Licenciatura en Laboratorio Clínico, Psicología y otras a nivel de Licenciatura. Cada una de ellas será objeto de vigilancia por medio de un organismo legal, el cual se denominará según el caso, Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, Junta de Vigilancia de la Profesión Químico-Farmacéutica, Junta de Vigilancia de la Profesión Médico-Veterinaria, Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, Junta de Vigilancia de la Profesión Laboratorio Clínico y Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología. (Art. 1 y 2 Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas, Odontológica y Farmacéutica)

Quedan sujetos a las disposiciones de la presente Ley, la organización y el funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública y de los organismos legales que vigilarán el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo, a que se refiere el Art. 68 de

la Constitución (Art. 1 Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas, Odontológica y Farmacéutica)

Datos importantes dentro del procedimiento encontramos en el artículo 18 de la ley que estamos analizando que: “Toda persona tendrá derecho para denunciar ante la Junta de Vigilancia, correspondiente o el Consejo, cualquier hecho que constituya infracción a las leyes, reglamentos y normas que regulen el ejercicio profesional y la actividad de los establecimientos sometidos a esta ley”.

También dentro de la ley encontramos la forma como se procede al tener noticia de una infracción cometida, la respectiva Junta de Vigilancia instruirá informativo, por denuncia o de oficio, oyendo al imputado dentro del término de tres días, contados desde el siguiente a la notificación. Esta se hará entregándole una copia de la denuncia, si la hubiere, o del auto cabeza si procediere de oficio, personalmente al interesado si es encontrado, y si no por medio del empleado encargado de la oficina del profesional; no habiendo allí quien la reciba, o no queriendo recibirla el encargado, la notificación se hará colocando en la puerta principal de la Oficina la copia antedicha. A falta de Oficina, la notificación se hará en igual forma, en la casa de habitación del inculpado. De todo lo actuado, el encargado de hacer la notificación dejará constancia detallada y por escrito en las correspondientes diligencias.

Cuando la notificación a que se refiere el inciso anterior, tuviere que hacerse a persona que resida fuera de la capital de la República, se libraré provisión al Alcalde del lugar de la residencia de aquélla, para que la haga, y

en este caso, el imputado tendrá el término de la distancia establecido por el Código de Procedimientos Civiles.

Las demás notificaciones se harán en la forma establecida por el Código de Procedimientos Civiles.

Transcurrido el término de la audiencia, con contestación o sin ella, la Junta recibirá dentro del plazo de ocho días las pruebas que le presenten el imputado y el denunciante, si lo hubiere; pudiendo recoger de oficio las que creyere convenientes. Art. 17.

Las sanciones disciplinarias que se impondrán a quienes infrinjan las leyes y reglamentos, son:

- a) Amonestación privada por escrito.
- b) Amonestación pública hecha por la Junta en sesión especial, quedando constancia en el Acta respectiva.
- c) Multa de veinticinco hasta quinientos colones, según la gravedad del hecho.
- d) Suspensión en el ejercicio profesional, desde tres meses hasta dos años.
- e) Clausura temporal de tres meses a un año, o cierre definitivo del establecimiento, cuando su propietario fuere académico y éste utilizare dicho establecimiento para la ejecución de actos incorrectos en el ejercicio profesional, con manifiesta inmoralidad o incapacidad.

Las Juntas impondrán a los infractores, a su juicio prudencial y según la mayor o menor gravedad del hecho, las sanciones indicadas, graduando la cuantía de la multa y el término de la suspensión profesional o clausura del establecimiento (Art. 14 Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas, Odontológica y Farmacéutica).

Según el artículo 11 Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas, Odontológica y Farmacéutica, “Son atribuciones del Consejo: a) Actuar como colaborador del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en todo lo que se refiera a velar por la salud del pueblo...” conlleva una estrecha relación con el artículo 68 Cn.

#### **4.2.5. Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial**

De conformidad con los artículos 50 y 65 de la Constitución de la República, la seguridad social constituye un servicio público de carácter obligatorio; y por otra parte, la salud de los habitantes de la República se constituye en un bien público, al que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

La presente ley tiene como objetivo primordial la administración de las cotizaciones destinadas al financiamiento de un programa especial para brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura de riesgos

profesionales y las demás prestaciones que en esta Ley se expresan, (Art. 2 Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial).

Los beneficiados o destinatarios de esta norma serán a favor de los docentes que trabajan para el Estado en el Ramo de Educación, su cónyuge o conviviente y sus hijos (Art. 2 Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial).

La cobertura de los servicios de asistencia médica y hospitalaria que brindará el Instituto, comprenderá medicina preventiva familiar, medicina general y especializada, hospitalización, consulta externa, cirugías, administración de medicamentos, laboratorios, asistencia ginecológica y obstétrica; y además control de niños sanos, y consulta y tratamiento odontológicos. Comprenderá asimismo, los procesos de rehabilitación de los derechohabientes, en lo que se refiere a la cobertura de la presente Ley. Dentro del territorio de la República de El Salvador (Art. 3 Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial).

Tendrán derecho a recibir la cobertura de los servicios médicos y hospitalarios que brinda el Instituto:

- a) Los servidores públicos docentes;
- b) El cónyuge o su conviviente y los hijos menores de veintiún años de edad que se encuentren solteros, de las personas mencionadas en el literal anterior; y,
- c) El hijo de cualquier edad, si es inválido total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiario, y previo dictamen de la

Comisión Calificadora de Invalidez definida en la Ley del Sistema de Ahorro para pensiones.

La afiliación al Instituto para los servidores públicos docentes, será de carácter obligatorio. (Art. 5 Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial)

El Instituto podrá establecer centros asistenciales para brindar directamente los servicios médicos y hospitalarios a que se refiere esta Ley; o contratar tales servicios con instituciones públicas o empresas privadas, y médicos que los brinden o supervisen dentro del territorio de la República de El Salvador, conforme a la ley respectiva (Art. 7 Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial).

#### **4.2.6. Ley del Sistema Básico de Salud Integral**

En el artículo 1 de la Constitución de la República reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado y que es obligación de éste, entre otras, asegurar a sus habitantes el goce de la salud; el artículo 65 de la Constitución establece que la salud constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Así mismo el Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, determina la Política Nacional de Salud.

Por lo tanto se han establecido a nivel local los Sistemas Básicos de Salud Integral, 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; por lo que es procedente regular las funciones y fines de los Sistemas Básicos de Salud Integral.

La presente Ley tiene por objeto regular las funciones y fines del Sistema Básico de Salud Integral (Art. 1 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

Se aplicará en todas las dependencias de Nivel Superior, Regional y Local del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Art. 2 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

La provisión de servicios de salud se realiza en los siguientes niveles de atención:

#### **Conformación del Primer Nivel**

Los establecimientos de salud que conforman el primer nivel de atención son: las Unidades de Salud, Casas de la Salud, y los Centros Rurales de Salud y Nutrición (Art. 8 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

#### **Acciones del Primer Nivel**

En el primer nivel de atención se desarrollan las siguientes acciones:

a) Promover y conservar la salud, con la organización y cooperación de la población;

- b) Prevenir las enfermedades y sus complicaciones, con los recursos y tecnologías apropiadas;
- c) Tratar oportunamente las enfermedades de la población con equidad y calidad;
- d) Proporcionar oportunamente a las personas con discapacidad en el nivel que le corresponde los servicios básicos de rehabilitación, haciendo uso de tecnologías apropiadas;
- e) Referir los pacientes al segundo nivel de atención con aquellos problemas de salud que no sean de su capacidad resolutoria;
- f) Participar en el proceso de desarrollo de recursos humanos en salud; y.
- g) Desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional (Art. 9 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

### **Conformación del Segundo Nivel**

Los establecimientos de salud que conforman el segundo nivel de atención son: los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales (Art. 10 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

### **Acciones del Segundo Nivel**

El segundo nivel de atención desarrolla las siguientes acciones:

- a) Proveer servicios permanentes, integrales y continuos de salud de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento, en las especialidades

de Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Rehabilitación;

b) Proveer servicios a los pacientes que refiere el primer nivel de acuerdo al área geográfica de influencia y la contra referencia al establecimiento de origen:

c) Referir los pacientes al tercer nivel de atención con aquellos problemas de salud que no sean de su capacidad resolutive:

d) Participar en el proceso de desarrollo de recursos humanos en salud; y,

e) Desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional (Art. 11 Ley del Sistema Básico de Salud Integral)

### **Tercer Nivel de Atención**

Los establecimientos de salud que conforman el tercer nivel de atención son Hospitales Nacionales Especializados (Art. 12 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

### **Acciones del Tercer Nivel**

El tercer nivel de atención desarrolla las siguientes acciones:

a) Brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento especializados, para dar respuesta a la referencia especializada del segundo nivel;

- b) Contra referir a los pacientes una vez recuperados al nivel resolutivo que les corresponde;
- c) Participar en el proceso de desarrollo de los recursos humanos en salud; y,
- d) Desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional (Art. 13 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

La conformación del Sistema Básico de Salud Integral; el SIBASI está conformado por todas las dependencias, que sean necesarias para el cumplimiento de sus atribuciones y funciones, siendo creados cuando así se requiera, bajo criterios técnicos que se definirán en el reglamento respectivo.

Cada SIBASI, para el ejercicio de su función, contará con un Coordinador, el cual será responsable del cumplimiento de sus objetivos y metas y de las funciones que le atribuya el reglamento respectivo. (Art. 15 Ley del Sistema Básico de Salud Integral).

El artículo 14 de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral nos dice: “Para los efectos de esta Ley, se entenderá 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”. Tiene una estrecha relación con el artículo 65 de la Constitución ya que establece quien está a cargo de la provisión de servicios por parte del Estado, y lo confirma, además habla que esta atención debe ser brindada a la población más desprotegida dándonos a entender a las personas de escasos recursos relación con el artículo 66 de la constitución que nos habla de la gratuidad del servicio a la salud.

Los SIBASIS tienen las funciones siguientes:

- a) Cumplir la política, normas, lineamientos, planes y proyectos emitidos por el Órgano Ejecutivo en el Ramo correspondiente;
- b) Coordinar y controlar la ejecución de acciones tendientes a la promoción y conservación de la salud, prevención de las enfermedades y sus complicaciones;
- c) Fortalecer y desarrollar acciones para la prevención y control de las epidemias;
- d) Coordinar acciones con el segundo y tercer nivel de atención, para la provisión de servicios permanentes, integrales, continuos y rehabilitación en los niveles que corresponda;
- e) Conducir el funcionamiento del sistema de referencia y retorno: y,
- f) Las que le asignen las instancias superiores y en otras normas, así como las que se establezcan en el Reglamento respectivo (Art. 19)

#### **4.2.7. Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud**

De conformidad con el Artículo 65 de la Constitución, la salud de los habitantes de la República constituye un bien público, correspondiendo al Estado velar por su conservación y restablecimiento, la salud de las personas es un elemento determinante y fundamental para alcanzar el desarrollo económico y social del país. Es necesario acelerar el cumplimiento de las metas del milenio, especialmente las relaciones con la prestación de servicios de salud, en condiciones adecuadas de forma que permitan continuar reduciendo la tasa de mortalidad infantil y ampliar la cobertura para mujeres embarazadas.

La presente Ley 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 aspectos (Art. 1 Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud).

FOSALUD tiene como receptor a toda la población, la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos, los destinatarios a brindar este servicio es El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, quien será el Presidente, y ejercerá la representación legal del FOSALUD; Un representante del Coordinador Nacional del Programa Social del Gobierno; Un representante de la Cruz Roja Salvadoreña; Un representante del Instituto Salvadoreño del Seguro

Social (Art. 6 Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud).

Los objetivos fundamentales del FOSALUD son:

- a) Velar por su sostenibilidad financiera, así como por la eficiencia y eficacia institucional;
- b) 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 salud, buscando ampliar la cobertura a mujeres, niños y discapacitados.
- c) Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerables del país; en coordinación con el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social; 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 o de la acción del hombre;
- d) Fomentar campañas de educación de salud, a fin de prevenir enfermedades derivadas del uso y consumo de sustancias nocivas y peligrosas para la salud de las personas; y,
- e) Cualquier otra acción que sea necesaria para el cumplimiento de los objetivos anteriormente señalados (Art.4 Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud).

El FOSALUD tendrá como responsabilidad administrar eficientemente los recursos que le corresponden, dándole estricto cumplimiento a lo que la presente Ley señala en su artículo 1; sin perjuicio de la responsabilidad de dar cuenta pública de sus acciones al menos una vez al año (Art. 3 Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud).

#### **4.2.8. Ley de Creación del Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada**

La Fuerza Armada de El Salvador en el cumplimiento de su deber, muchos elementos de la Fuerza Armada, han sido víctimas de la situación de violencia por la que atraviesa el país y como humanos y sujetos de derechos es necesario que esta Institución tenga su propio centro farmacéutico para cubrir las necesidades médicas y hospitalarias en su caso.

Teniendo por finalidad el suministro de productos farmacéuticos y similares para los elementos de la Fuerza Armada. Teniendo como destinatario o podríamos decir beneficiados con esta ley los elementos de la Fuerza Armada ósea sus afiliados y a los miembros de los respectivos grupos familiares. Y para el cumplimiento de los fines previstos en esta Ley, CEFAFA se relacionará con los organismos del Estado a través del Ministerio de Defensa y de Seguridad Pública. (Art. 1 y 2 de la Ley de Creación del Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada).

#### **4.2.9. Disposiciones de “Garantía Estatal de la Salud y la Seguridad Social”.**

La presente disposición busca asegurar y el garantizar el acceso a la salud pública que conlleva a una seguridad social de todos los habitantes, ya que la Constitución de la República en sus artículos 45, 50 y 65 establecen categóricamente la naturaleza de la salud pública y la seguridad social, y la obligación de tal prestación de parte del Estado. Que es necesaria la existencia de una normativa especial que garantice que la salud pública y seguridad social en la práctica respondan a los principios rectores establecidos en la Constitución de la República. Además, dado que la salud es un bien fundamental para la población, deben establecerse categorías legales que permitan evitar que criterios de mercantilistas prevalezcan en tal sector, procurando en su lugar el respaldo al acceso pronto y eficaz de tales servicios para la población.

#### **4.2.10. Ley de Patronatos de Centros Asistenciales**

Es necesario regular con cierto criterio la actividad de los Patronatos y Juntas Directivas y Administradoras de Centros Asistenciales o Benéficos, para logra así una efectiva separación entre sus labores y las que corresponden a los organismos directores y administradores y obtener una mejor cooperación entre el Estado y los ciudadanos de buena voluntad y altruismo.

El Patronato invertirá los fondos colectados de la colaboración de la ciudadanía ,en las necesidades propias del centro asistencial, conforme las instrucciones escritas del Director del mismo; y en caso de bienes no consistentes en dinero, recibidos a cualquier título por el Patronato, éstos serán utilizados por el respectivo centro asistencial, excepto cuando no

fueren de uso práctico para dicho centro, en cuyo caso dichos bienes deberán realizarse para convertirlos en efectivo, tomando como base el valúo efectuado por la Dirección General del Presupuesto, para tal efecto.

Los Patronatos extenderán recibo contra cualquier cantidad de dinero que colecten. Los talonarios de recibos serán autorizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sus hojas estarán numeradas correlativamente y contendrán además del formato del recibo, el taco de comprobación correspondiente.

Los Patronatos podrán utilizar, previa autorización escrita del Director del Centro correspondiente, hasta un veinte por ciento (20%) de los fondos colectados mensualmente, en gastos administrativos y de promoción de actividades que redunden en beneficio del centro al que están adscritas (Art. 5 de la Ley de Patronatos de Centros Asistenciales).

#### **4.3. REGLAMENTOS**

Dentro de nuestra normativa existen una serie de reglamentos que tratan el tema de la salud como un desarrollo de la normativa secundaria; entre los cuales destacamos en primer lugar el Reglamento Interno del Consejo Superior de Salud Pública, en vista que es el mismo Código de Salud el que establece en su Artículo 336 que las disposiciones contenidas en este reglamento serán aplicables en cuanto y en tanto no contraríen al mencionado código. Cabe destacar que se dio la necesidad de emitir un nuevo reglamento en vista que el derogado se volvió obsoleto pues fue

emitido en 1962, por lo que habría que armonizarlo con las disposiciones del código de salud vigente.

Es importante hacer mención del Reglamento de la ley de creación del Sistema Nacional de Salud, el cual tiene por objeto desarrollar y ejecutar las normas establecidas en la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud para su implementación y cumplimiento y por la necesidad de emitir las disposiciones reglamentarias necesarias para desarrollar los preceptos legales contenidos en la Ley a que este reglamento hace referencia. Dicho reglamento es aplicable a todas las instituciones de la administración pública que suministren en forma directa o indirecta servicios de salud; así como todas aquellas cuya función pueda influir o repercutir en la prestación de los servicios y en los factores determinantes de la salud. Según este reglamento el Sistema Nacional de Salud, tiene por finalidad elaborar y ejecutar políticas públicas que aseguren el derecho a la salud de la población, suministrando en forma directa o indirecta, bienes y servicios para la promoción de la salud y prevención del riesgo y el daño, la atención curativa, la recuperación y rehabilitación de la salud.

El Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, el cual tiene por objeto desarrollar el contenido de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral así como lo relativo a la organización, funcionamiento y relaciones de coordinación del Sistema Básico de Salud Integral y las Direcciones Regionales de Salud, siendo además el Presidente de la República quien debe emitir los reglamentos necesarios para el desarrollo de la ley según el artículo 24 inciso primero de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral. Este reglamento tiene su ámbito de aplicación en todas las

dependencias de los Niveles de Organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conformado por el Nivel Superior, Regional y Local. La autoridad competente para la aplicación de este Reglamento será el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de sus dependencias Superiores Regionales y Locales.

Ahora bien se creó el Reglamento de la Ley especial para la Constitución del fondo solidario para la salud el cual tiene por objeto desarrollar los preceptos legales comprendidos en la Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud. Una vez emitida la Ley antes mencionada es necesario emitir las disposiciones reglamentarias que fueren necesarias a fin de desarrollar los preceptos legales contenidos en dicha ley. Para efecto del reglamento se entiende por:

- a) Atención Integral en Salud: Es el conjunto de principios, normas, acciones e instrumentos para la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y la curación y rehabilitación de los habitantes.
- b) Servicios esenciales en salud: Es el conjunto de prestaciones de servicios de la salud relacionadas a la promoción, educación en salud, diagnóstico y tratamiento oportuno, curación y rehabilitación de acuerdo al perfil epidemiológico de las comunidades.
- c) Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI): Es el instrumento operativo que, orientado en la atención primaria. Desarrolla la provisión de servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, en coordinación con el segundo y tercer nivel de atención.
- d) Primer Nivel de Atención: Es la organización y utilización de los medios, recursos humanos, materiales, financieros y prácticas orientadas a la

promoción y conservación de la salud, prevención del daño y sus complicaciones y el tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes de una población adscrita, brindada con equidad, calidad y calidez, utilizando tecnología apropiada y en corresponsabilidad con la comunidad y los diferentes actores sociales.

e) Segundo Nivel de Atención: Organización de mediana complejidad orientada a brindar servicios permanentes e integrales de salud de tipo ambulatorio, emergencia y hospitalización en las especialidades básicas y algunas subespecialidades de gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía, Pediatría y rehabilitación de acuerdo al perfil epidemiológico y sus factores determinantes.

f) Riesgo Epidemiológico: Son las condiciones ambientales, sociales, económicas que pueden en algún momento causar daño a la salud de la población.

g) Servicios de Emergencia: Se constituyen en la atención en salud dada por una condición que sin un tratamiento en su debido tiempo, puede poner en grave peligro la salud o la vida de la persona.

h) Servicios de Urgencia: Se constituyen en la atención en salud dada por una condición que, sin un tratamiento inmediato. Puede poner en grave peligro la salud o la vida de la persona.

Para el cumplimiento de sus fines y objetivos, FOSALUD contará con la estructura orgánica y administrativa conforme a la Ley.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Art. 3 Reglamento de la Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud

Para la realización de sus atribuciones la Dirección Ejecutiva contará con las dependencias técnicas y administrativas que el Consejo Directivo determine.<sup>26</sup>

Una de las instituciones que juegan un papel importante dentro del ámbito de la salud es el Hospital Militar, el cual cuenta con su reglamento que tiene por finalidad regular el funcionamiento interno del Hospital Militar, el cual responde a las necesidades y además las proyecciones futuras de dicha institución. De igual manera nuestro cuerpo normativo cuenta con el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que tiene como objeto regular la atribución y funciones del Hospital Nacional y Región del Sistema Básico de Salud Integral, adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los cuales son responsables de brindar atención de salud integral a la persona y su entorno de acuerdo a la capacidad resolutive y al nivel de complejidad institucional. Y que de conformidad al Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dictar las normas pertinentes de las actividades relacionadas con la Salud, y asimismo elaborar los reglamentos que fueren necesarios y en vista de la necesidad de adecuarlo a la realidad actual, de tal suerte que los Hospitales adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respondan a las necesidades, funciones y responsabilidad que se les asignan, en concordancia con el mismo código de Salud.

La Ley Creación del Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada, como la mayoría de nuestras leyes cuenta con su respectivo reglamento el cual tiene como objetivo hacer viable la aplicación de las disposiciones contenidas

---

<sup>26</sup> Art. 4 Reglamento de la Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud

en la Ley de Creación del Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada, a efecto de lograr en forma efectiva la consecución de los fines de dicho centro le corresponden, en beneficio de sus afiliados y su grupo familiar, sin perjuicio de los demás Reglamentos que normen la aplicación de áreas específicas, pues de conformidad con el artículo 1 y 9 literal b) de la referida ley, debe emitirse el Reglamento que facilite y asegure su aplicación, para desarrollar y hacer efectivos los principios y fines establecidos en la misma.

En el Art. 4 de dicho reglamento se establece al Ministerio de la Defensa Nacional con base en el Art. 6 de la Ley, quien debe integrar el Consejo Directivo, al menos con un Oficial Supremo o Subalterno de la Situación Activa, de cada una de las ramas Naval y Ejército; además un Oficial superior o subalterno de Sanidad Militar en la misma situación activa.

Ahora bien en los Artículos 59 y 60 de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial establecen las clases de reservas con las que contará dicho Instituto y en qué casos podrán utilizar tales reservas, las cuales, en tanto no se utilicen, deben ser invertidas con el propósito que generen rentabilidad financiera y que a tales efectos, es necesario establecer la forma en que se constituirán las reservas, así como su inversión, necesitándose emitir la normativa reglamentaria para cumplir con tal propósito y con lo estipulado en el artículo 59 inciso segundo de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, surgiendo de esta manera el Reglamento de Inversiones de las Reservas del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el cual tiene como objetivo regular la constitución e inversión de las reservas y los fondos con los que cuenta el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, especialmente las referidas al

cumplimiento y desarrollo de los programas de asistencia médica y hospitalaria, subsidios, pensiones por invalidez, por riesgo profesional y pensiones de sobrevivencia. Dicho reglamento se aplicará al Consejo Directivo, al Presidente, Gerentes y demás funcionarios y empleados del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que participen en la constitución y el funcionamiento de las reservas, así como en el manejo de las inversiones de los fondos y las reservas.

#### **4.4. NORMAS INTERNACIONALES**

##### **4.4.1. Convención Americana sobre Derechos Humanos**

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (también llamada Pacto de San José de Costa Rica o CADH)

Es una de las bases del Sistema interamericano de protección de derechos humanos. Los Estados partes en esta Convención se "comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna".

Si el ejercicio de tales derechos y libertades no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas como la Constitución o de otro carácter, los Estados partes están obligados a adoptar medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacerlos efectivos.

Además, establece la obligación, para los Estados partes, del desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

Como medios de protección de los derechos y libertades establecidos como por ejemplo la Constitución de la República, establece dos órganos para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de la Convención: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Ha sido complementada con:

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador), de 1988
- Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la abolición de la pena de muerte, de 1990 <sup>27</sup>

Iniciando con el análisis de esta norma podemos comenzar con un derecho fundamental el derecho a la vida ya que en este se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la salud el cual nos dice:” Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción...” (Artículo 4. Convención Americana sobre Derechos Humanos).

---

<sup>27</sup> Es.wikipedia.org

El artículo 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos nos dice: “Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”. El cual nos lleva pensar que la protección a la que hace mención el artículo puede ser interpretada como el derecho a la salud, la que debe ser cuidada tanto por la familia como el estado, notando su relación también con el artículo 65 de la Constitución de la República de El Salvador. Otros artículos que podemos solo señalar y que poseen importancia ya que en su articulado mencionan el termino salud son: el artículo 12.3, 13.2, 15, 16 y 22.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

#### **4.4.2. Convención sobre los Derechos del Niño**

El Artículo 24 nos dice: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios...” Este tiene una estrecha relación con el artículo 35 de la Constitución de la República ya que nos dice: “que el estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores...” ratificando este derecho de vital importancia para la niñez salvadoreña.

Relacionados también con el artículo 65 de la Constitución siempre, ratifica el derecho de los niños, como la obligación del Estado a asegurar su cuidado y cumplimiento.

#### **4.4.3 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**

Es un tratado multilateral, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Fue adoptado al mismo tiempo que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y se hace referencia a ambos con el nombre de Pactos Internacionales de Derechos Humanos o Pactos de Nueva York. A su vez, éstos, junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, comprenden lo que algunos han llamado Carta Internacional de Derechos Humanos.

El artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos nos dice: “1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente...” el que este protegido por la ley le da un carácter obligatorio y de validez, tanto internamente por la Constitución de la República, como externamente por normas de carácter internacional como esta. Además existen otros artículos de esta misma norma que le da una pequeña mención pero que le da el valor y protección al derecho a la salud y de los cuales solo haremos mención, como son: artículo 12.3, 19.3 letra b), 21, 22.2.

#### **4.4.4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

Es un tratado multilateral general que reconoce derechos de segunda generación y establece mecanismos para su protección y garantía. Se

compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud el cual nos compete, la educación y un nivel de vida adecuado. A fecha del mes diciembre de 2008, el Pacto tiene 160 partes. Otros seis países habían firmado, pero aún no ha ratificado el Pacto. Este Pacto es supervisado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

El artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.

2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.

3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los

cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil” que podemos relacionar también con el artículo 35 de la Constitución ya que nos habla de la protección de la salud física, mental y moral de los menores y que le corresponde al Estado velar por esta.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales nos dice: “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...” Esto implica que deben abstenerse de violar estos derechos (respetar), pero también adoptar medidas positivas para que los derechos sean efectivos ya que garantizan disposiciones constitucionales. Relacionado también con el artículo 35 de la Constitución, pero que además de darle prioridad a la salud de los menores abarca a las personas en general relacionándolo con el artículo 65 Cn. ya que al velar por este derecho los Estados partes, deben reconocer tal derecho tal cual lo indica este pacto.

#### **4.4.5. Declaración Universal de Derechos Humanos**

El artículo 25 de esta declaración nos dice: “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica... 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especial... este artículo en sus dos numerales establece la importancia que se le da tanto a la salud de la niñez como de toda la familia, siendo como su norma lo dice un derecho universal, de validez en todo el

mundo relacionándoles así con el artículo 35 y 65 Cn., así como con la Convención sobre los Derechos del Niño anteriormente analizada.

#### **4.4.6. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**

En el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre podemos encontrar aspectos importantes relevantes del derecho de la salud ya que nos dice: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Esto nos indica el interés de los Estados de preservar la salud y bienestar de los habitantes de una nación cumpliendo con el mandato constitucional.

Al finalizar con este análisis de las normas internacionales no cabe más que mencionar que estas tienen una estrecha relación con el articulado constitucional como ya lo hemos indicado en cada una y que además en el estudio que se ha realizado hemos encontrado como referencia especial los artículos: 1, 35, 43, 51, 65 al 70 de la Constitución de la República de El Salvador.

### **4.5. DERECHO COMPARADO**

#### **4.5.1. Derecho a la Salud en la República de Guatemala**

Dentro de la regulación Constitucional de la República de Guatemala en relación al Derecho a la Salud se establece que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común (Artículo 1). Así como también es deber del Estado garantizarles a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. En cuanto al Derecho a la Salud como tal se encuentra regulado en el Capítulo II Sección Séptima dentro de los Derechos Sociales y se estipula como Salud, Seguridad y Asistencia Social, estableciéndose en su artículo 93 que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna, es el Estado quien velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. Al igual que en nuestro país, en la República de Guatemala la salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento, así como se le reconoce como atribución del Estado controlar la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes, velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.

Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para

beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria.

#### **4.5.2. Derecho a la Salud en la República de Honduras**

Dentro de la Regulación Constitucional de la República de Honduras el Derecho a la Salud lo encontramos en el Capítulo VII donde se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos los habitantes participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. Es el Estado quien conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas, así como también el Estado por medio de sus dependencias y de los organismos constituidos de conformidad con la Ley, la regulación, supervisión y control de productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos. La ley se encarga de regular la producción, tráfico, tenencia, donación, uso y comercialización de drogas psicotrópicas que solo podrán ser destinadas a los servicios asistenciales de salud y experimentos de carácter científico, bajo la supervisión de autoridad competente.

El poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinara todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados, y le corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.

#### **4.5.3. Derecho a la Salud en la República de Nicaragua**

En la República de Nicaragua el Derecho a la Salud está regulado en el Capítulo III dentro de los derechos sociales y se establece que todos 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. Así también se les reconoce el derecho de habitar en un ambiente saludable; es obligación del Estado la preservación, conservación y rescate del medio ambiente y de los recursos naturales. El Estado está obligado a garantizarles a los nicaragüenses el derecho a la seguridad social para su protección integral frente a las contingencias sociales de la vida y el trabajo, en la forma y condiciones que determine la ley. El Estado procurará establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional y para su ubicación laboral.

#### **4.5.4. Derecho a la Salud en la República de Costa Rica**

En la Constitución de la República de Costa Rica expresamente no se encuentra regulado el Derecho a la Salud lo mas próximo lo encontramos en el Título V de los Derechos y Garantías Sociales Capítulo Único en el artículo 50 en el cual se establece que el Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza. Toda persona tiene derecho a un

ambiente sano y ecológicamente equilibrado. Por ello, está legitimada para denunciar los actos que infrinjan ese derecho y para reclamar la reparación del daño causado.

El Estado debe garantizar, defender y preservar ese derecho. La ley determinará las responsabilidades y las sanciones correspondientes.

Así que en Costa Rica el Derecho a la Salud lo encontramos regulado en la legislación secundaria en la Ley General de Salud en donde se establece que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

## **CAPITULO V**

### **PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO**

#### **5.1. APLICACIÓN DE LA NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

Nuestra normativa en materia de salud abarca una serie de leyes, en las cuales encontramos parte de la normativa de salud. Es la normativa penal una de las leyes que se encarga de la protección del Derecho a la salud, en cuanto recoge los delitos relativos a la salud pública. Ahora bien según la información brindada por nuestros informantes claves que en este caso nos referimos a agentes del Ministerio Público quienes nos brindaron información sobre la regulación penal en cuanto a los delitos relativos a la salud pública quienes nos hicieron notar que la frecuencia con que se reciben denuncias es diariamente sobre los delitos de posesión y tenencia, tráfico ilícito y muy pocas veces por mala praxis médica. En cuanto a los procedimientos utilizados en los delitos relativos a la salud pública son considerados eficientes en el sentido que la Fiscalía General de la República cuenta con el apoyo de peritos del Instituto de Medicina Legal, además que cuando se trata de delitos comprendidos en la Ley Reguladora de Actividades Relativas a la Drogas el procedimiento es muy eficiente puesto que normalmente son sentencias condenatorias lo cual garantiza el Derecho a la salud de la colectividad, pero no así cuando se trata de otro tipo de delitos relativos a la salud pública. Tomando en cuenta el bien jurídico que se protege en cuanto a las penas que nuestra regulación establece para los delitos que atentan contra la salud pública son consideradas exageradamente angostas en los delitos de drogas para lo cual debe tomarse en cuenta el principio de

proporcionalidad, por lo que deberían ser más gravosas, dependiendo la afectación que hayan generado en la colectividad, pues hay casos en los que se cae en la impunidad por las penas decretadas, por lo que debería implementarse planes educativos y preventivos al respecto.

Un factor importante sobre la regulación penal es que ésta no recoge en su totalidad los delitos relativos a la salud pública, pues entre ello podemos mencionar que no se le da mayor importancia a los delitos ambientales que es el índice principal en la actualidad que mayores problemas de salud genera, para lo cual hacen falta mas leyes y reglamentos especiales que sirvan de soporte para la efectiva persecución de delitos contra la salud pública, así como también debería revisarse que conductas pueden afectar la salud de la colectividad para criminalizarlas.

En cuanto a la regulación penal existente, para combatir delitos que atenta la salud pública, no es suficiente ya que hay otras conductas que no están reguladas en el Código penal, como anteriormente se recalcó, pues en la actualidad hay diversas formas de afectar la salud. Aunque la normativa sea suficiente, pero en ocasiones el problema surge en la aplicación de las leyes penales que no se hace de forma efectiva.

Estadísticamente reflejamos lo anteriormente planteado para una mayor comprensión, según información brindada por el Ministerio Publico, así los delitos denunciados con mas frecuencia de los cuales un 80% de los entrevistados respondieron que es el Posesión y Tenencia, parte de este 80%, un 40% expreso que el Trafico ilícito y la Posesión y tenencia. Solo un 20% de los entrevistados respondió que la mala praxis es el delito

denunciado con mayor frecuencia. Es importante mencionar que la frecuencia con que se reciben denuncias es la siguiente, un 40% expreso que es frecuente la recepción de denuncias en materia de salud de los cuales el 20% dijo que son recibidas a diario y el resto únicamente respondió que se reciben denuncias con mucha frecuencia; otro 20% indica que se reciben regularmente, entendiéndose con un aproximado de 15 denuncia al mes. Otro 20% dice que pocas veces reciben denuncias por delitos relativos a la salud, y el 20% restante no respondió lo cual nos indica que no se reciben denuncias de ésta índole.

En cuanto a los procedimientos que se regulan para la efectiva protección del Derecho a la salud, el resultado obtenido fue un 50% que son efectivos estos procedimientos y el otro 50% que es deficiente, lo que nos demuestra que el procedimiento existente y que es regulado por nuestra legislación posee deficiencias o vacíos que no permiten la efectiva protección de este derecho, pero que a su vez podemos destacar que según la muestra entrevistada asegura que es eficiente cuando se trata de los delitos comprendidos en la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas y que la Fiscalía General de la República, Institución que se encarga de la investigación, cuenta con el apoyo de peritos del Instituto de Medicina Legal.

Un aspecto con amplia importancia es si la regulación vigente es suficiente para regular eficazmente el Derecho a la Salud de la población de la cual obtuvimos que solo un 20% de la muestra la considera suficiente, pero que esta regulación no es eficaz en su aplicación, mientras que el otro 80% no la considera suficiente en el sentido que no se esta regulando todas

las conductas que producen daño a la Salud Pública, por lo que el 100% de la muestra expreso que nuestra legislación penal no recoge a totalidad las conductas que produzcan daño o pongan en peligro la Salud Pública.

Dentro de los mecanismos y estrategias para proteger el derecho a la salud pública un 40% expresó que no se han proporcionado los mecanismos necesarios para la protección de este derecho en cuanto a que hacen falta las leyes necesarias que brinden la debida protección, un 30% respondió que desconoce la existencia de mecanismos de protección, el otro 30% dice que de alguna manera si, pues existen faltas administrativas que también regulan ciertas conductas que atentan contra la salud.

En relación a las penas que determina el Código de penal en concordancia con el bien jurídico que se protege tenemos que el 40% manifiesta que no están acordes al bien jurídico que se protege en cuanto a que estas son muy angostas o cortas especialmente en los delitos relativos a las Drogas y que en otros casos se llega a la impunidad, por lo que debería hacerse planes educativos y preventivos, un 40% considera que si están acordes al bien jurídico que se protege, pues se basan en el principio de proporcionalidad, el ultimo 20% consideran que deberían ser mas gravosas, dependiendo de la afectación que hayan generado en la población.

De acuerdo al Código Procesal Penal aprobado en relación al actual, según el 100% de los entrevistados un 10% afirma que no existe diferencia alguna entre los procedimientos que ambos regulan; el 30% desconoce, no conoce lo suficiente o no sabe al respecto y un 60% coincide que la

diferencias entre ellos radica en como se regula los delitos relativos a las drogas.

En cuanto a la eficiencia de la regulación en materia de salud vigentes el 40% considera que no es eficiente, un 30% expresa que es buena y eficiente, mientras otro 30% considera que esta dispersa, incompleta e insuficiente, para la serie de necesidades que de esta área surgen día con día.

En relación a lo anterior el 100% de la población coincide que se deben crear mas leyes secundarias para el mejor control y regulación del Derecho a la salud, de los cuales el 40% considera que es necesaria la creación de leyes secundarias para el mejor desarrollo del derecho a la salud de la población, un 50% considera que si se deben crear leyes secundarias para una efectiva protección a este derecho y el 10% restante afirma que es urgente la creación de leyes secundarias.

## **5.2. ACCESO A LA SALUD PÚBLICA**

Dentro de los mecanismos y estrategias que garantizan el acceso a la salud pública de la población tenemos que como centros de atención a la salud los utilizados son campañas de salud; la descentralización de los servicios médicos, capacitación de parteras, medicina general, así como la ampliación de los horarios de atención para atender a toda la población que recurre y por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social los mecanismos y estrategias que implementan para garantizar a la población el

acceso a la atención es por medio de propaganda informativa a cerca de los servicios de atención brindada por parte de los centros asistenciales de acuerdo a la necesidad o emergencia que se presente, así como también el Ministerio cuenta con programas educativos con el fin de que la población permanezca enterada sobre la importancia de la atención a la salud de igual forma se cuenta con la Unidad de comunicación con el objeto de aclarar y dar a conocer de los servicios y atención que se brinda en cada centro de salud u hospital.

La mayor parte de la población entrevistada manifiestan que dentro de la comunidad en donde residen se encuentra a su alcance al menos un hospital público, Unidad de salud o Fosalud o lo más próximo a 10 minutos de algunas comunidades, dentro de los cuales se prestan los servicios de Atención de emergencias, medicina general y especialista, consulta odontológica, control prenatal, pediatría (control de niño sano), laboratorio clínico y vacunación básica.

Los Centros de Atención a los que mayormente asiste la población salvadoreña de acuerdo a los datos recopilados son el Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Zacamil, Hospital Nacional de Niños Dr. Benjamín Bloom, hospital Militar y Fosalud.

En cuanto a las condiciones de la infraestructura de los centros asistenciales, esto debería ser una de las prioridades del Estado, la salud dista mucho de contar con infraestructura, personal y medicinas suficientes para brindar un servicio aceptable, podemos hacer notar que no cuentan con la infraestructura adecuada para los servicios que se prestan además de no

contar con los medios de higiene y capacidad de albergar la demanda por lo que existe riesgo de contacto con otras enfermedades. Es decir que la población considera que necesitan mejorar las instalaciones, así también los instrumentos médicos y medicinas, por parte del gremio médico apuntan que tanto hospitales como unidades de salud no fueron construidos con visión futurista lo que trae como consecuencia grandes aprietos ante cualquier epidemia, catástrofe o estado de emergencia, lo cual no permite brindar servicios eficientes, unido a esto las infraestructura a parte del mal estado en la que se encuentra es escasa. En contradicción con lo anterior otro grupo del sector médico considera que en cuanto a las unidades de salud se cuenta con el espacio suficiente para cada actividad en particular que en estos centros asistenciales se atienden, para este grupo la infraestructura en hospitales es adecuada, pero que en relación a la población que se atienden son muy pequeños, ya que hay hacinamiento.

La cantidad de centros asistenciales y de especialización no son los suficientes para cubrir las necesidades pues no abarcan las zonas periféricas del país, las zonas más pobres, además que no hay centros de especialización en zonas regionales.

En relación al recurso humano que labora en el sector salud, este no es suficiente para la demanda de la población y no se da abasto el personal de salud, es necesario ubicar mayor cantidad de médicos, enfermeras(os) y promotores de salud. A criterio de la población no se cuenta con los recursos humanos suficientes para cubrir las necesidades de los pacientes, es decir que por la serie de servicios que prestan los centros de salud a la

comunidad, debería contar con mayor número de personas que presten los servicios de salud.

La calidad de asistencia médica brindada en los centros de salud se ha vuelto deficiente a criterio de la comunidad, debido a que en nuestros días las emergencias por epidemias difiere la demanda con la cantidad de personal lo cual no permite brindar la atención que la población requiere y como gran atenuante esta la falta de infraestructura en condiciones óptimas junto a la escasez de personal.

Según las estadísticas que maneja el ministerio de salud entre el 70% y 80% de la población tienen acceso a la salud, es decir que los centros de atención en salud existentes en la actualidad están cubriendo a este porcentaje de la población, resaltando que mayor parte de la población sin acceso a la salud son las zonas rurales del país, no dejando a un lado que en la zona urbana aun hay necesidades que atender.

Otro gran atenuante es que no se cuenta con el equipo médico necesario, para brindar todos los servicios médicos, ya que en hospitales nacionales, no se cuentan con equipo especializado para hacer diagnostico (TAC; SCAN), debiendo referir a los paciente a otras instituciones, además de los equipos de cirugía y cuidados intensivos se encuentran desfasados y siempre que sucede una catástrofe se pone de manifiesto la vulnerabilidad del sistema de salud.

### **5.3 PROGRAMAS DE SALUD**

El desarrollo de programas de salud es una realidad y estrategia de gran importancia en el sector salud para el logro de un mejor nivel de vida de la población. Aunque la realidad sea distinta pues existen una diversidad de programas de salud de los cuales son unos pocos los que se ejecutan, los cuales no son cumplidos a conciencia, con esto es que no se logran cumplir las metas trazadas para dicho programa, lo cual solo demuestra la mala planificación de estos y la falta de apoyo por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como del Centro de Salud en el cual se ejecuta el programa. Podemos hacer referencia a que la cantidad de programas que se ejecutan son suficientes el problema en ellos es que no son eficientes ni eficaces.

Para la población es muy importante el desarrollo de estos programas pues con ellos obtienen mayor información acerca de las necesidades que se les presentan, entre otros programas podemos mencionar los que mayormente tienen conocimiento y muestran mayor interés por ellos la población, como lo son el programa de atención a embarazadas, que incluye atención odontológica; control de niño sano; atención a adultos en consulta externa y odontológica (sin especialidad, sea endodoncia, prostodoncia o cirugía).

Uno de los problemas por los cuales se ve afectada la eficiencia y eficacia de los programas de salud es la designación de fondos a cada programa de salud y es que según el gremio médico no se les proporciona el suficiente recurso económico para la completa cobertura y buen desarrollo de cada programa en ejecución con el objetivo de llegar a la conclusión del mismo.

Existen una serie de programas que en la actualidad no se encuentran en ejecución, los cuales serian de importancia para el mejoramiento del servicio de salud, entre los cuales podemos mencionar:

1. Medicina preventiva
2. Promoción de Salud (desde la primaria)
3. Club de aeróbicos (muévete, ejemplo Brasil)
4. Programa anti dengue (similar al de Cuba)
5. Programas de capacitación en Educación Sexual
6. Mortalidad materno infantil
7. Salud Mental
8. Promoción de salud en Centros Penitenciarios
9. Campañas de educación en salud, que fue la herramienta maestra de la Organización Mundial para la Salud para garantizar el acceso universal
10. Programas de promoción de servicios orientados al área urbana y rural de áreas prioritarias.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de los programas en planificación aproximadamente en FOSALUD un 20% se encuentran en ejecución y el 50% RHESSA, para mejoras en los hospitales.

#### **5.4. FONDOS DESIGNADOS AL SECTOR SALUD**

El área de la salud debería ser una de los rubros al que el Estado debería prestar mayor atención, pues es una de las áreas mas vulnerables y

en cuanto a fondos se refiere la designación del presupuesto anual viene siendo considerado como uno de los mas bajos para la serie de necesidades que deben cubrirse, y es que cada año la tendencia es a recortarlo cuando debería de ser al contrario y ampliarse el monto designada a esta área, pues quien recibe el golpe de las consecuencias por la falta de inversión en el sector salud viene a ser la misma población que a la larga es el sujeto receptor de este derecho el cual el Estado esta obligado a garantizarlo. Es decir que los fondos que recibe el sector salud alcanza únicamente para cubrir salarios pero no así para invertir en infraestructura, por tal motivo no se invierte en investigación científica, tal como lo hacen otros países centroamericanos.

Lo anterior permitiría la inversión en zonas geográficas prioritarias y en grupos de población específicas, es decir el sector mas vulnerable dentro de nuestra sociedad que viene a ser en las zonas rurales que es donde hace falta mayor inversión e interés por parte del Estado para procurar la atención y acceso a la Salud

Ahora bien la falta de fondos justifica el cobro de “cuotas voluntarias” a la población para el acceso al servicio de salud, lo cual vendría a ser contradicción a lo que establece la Constitución al declarar que la Salud es un derecho y que debe ser gratuita y el Estado es quien debe velar por se así se cumpla, pues la mayor parte de la población no ve adecuado esta cuota voluntaria pues no todos cuentan con la capacidad económica para hacer esta aportación y tendría que ser el Estado el encargado de cubrir todas las necesidades que estas instituciones se presenten ya sean medicamentos como cualquier otra relacionada con los servicios que se prestan. No así una

parte de la población considera que esta cuota voluntaria es aceptable por la cantidad de servicios que en estos centros asistenciales se prestan a la población.

Otro problema que surge a raíz de la falta de fondos necesarios es la escasez de medicamentos, pues en la mayoría de los casos la población debe adquirir por sus propios medios los medicamentos que se le ha recetado, lo cual no permite a la población gozar del Derecho a la Salud tal y como lo establece la Constitución pues los escasos recursos en los que se encuentran gran parte de la población salvadoreña no permite que estos medicamentos sean adquiridos fuera de los centros asistenciales, y tan grave es la situación de los medicamentos que hoy en día ni los básicos se manejan en farmacias de centros de salud públicos.

## **5.5. ENTES A CARGO DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA**

Nuestra legislación es clara al designar los entes que se encargaran de la vigilancia de la salud, en ese sentido tenemos al Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia quien es el principal ente encargado de la vigilancia de la salud, pero como toda institución tienen sus funciones atribuidas por ley, las cuales según muchas opiniones distan de obtener los resultados que se esperan, pues se considera que no se está dando la protección que esta área necesita y que solo se ocupan de ciertos aspectos y por ello se descuidan otros que a su vez tienen igual relevancia, es decir que los consideran deficientes porque a pesar de ser un ente supervisor, este no supervisa el funcionamiento adecuado de muchas clínicas privadas o

médicos en ejercicio, aunque estas instituciones muestren interés para mejorar la calidad de atención a los pacientes y proporcionar supervisión a los profesionales que laboran en el campo de la salud. Para muchos otros las funciones que desarrollan estas instituciones son limitadas por ser pobremente vinculantes, lo cual trae como resultado una necesaria revisión del marco legal atribuido, además por dedicarse solo a cumplir con cierta parte de la regulación que les compete pero no así el cumplimiento de la totalidad de disposiciones que deberían hacer cumplir. Sumado a esto se considera una institución politizada en su gestión, un ente burocrático (considerados así como elefantes blancos), que tiene muchas áreas en descontrol, como es el caso de los medicamentos, que se ha hecho muy del conocimiento de todos que existen lugares en donde se comercia medicamento caducado y no se ve el accionar del consejo en ese punto, así como también la falta de sanción para todas aquellas instituciones públicas que cuentan con dicho problema, el medicamento caducado.

Cabe mencionar que algunas instituciones se apegan a la realidad como es la vigilancia epidemiológica pero otros están faltos de conocimiento y apoyo necesario

Es importante hacer notar que no existe trabajo en conjunto para la persecución de delitos relativos a la salud pública de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el Ministerio Público.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1. CONCLUSIONES**

Dentro de la historia del derecho a la salud, vemos que en el transcurso del tiempo este ha ido cambiando, ya que no ha existido una constante, y esto para bien ya que poco a poco este, en su cambio ha mejorado. Y es por que al principio el derecho a la salud no tiene suficiente regulación en la Constitución de la República de El Salvador, era tocado muy superficialmente y su desarrollo ha incluido mejoras en la determinación de este derecho, su cumplimiento y protección.

Con anterioridad era la legislación secundaria la única que abarcaba con más determinación el derecho a la salud y estamos hablando del Código de Salud que data del año 1988, pero los legisladores con el paso del tiempo han tenido que darle in giro a la regulación, ya que con la evolución de la salud pública, la creación de instituciones de salud, hospitales y demás, junto con esto ha tenido que surgir un cambio, tanto en la Constitución de la República de El Salvador como en la legislación secundaria.

En relación al desarrollo que ha tenido este derecho, podemos considerar que dentro de este se encuentra su contenido dogmático y doctrinario, ya que debemos considerarle también como una ciencia, porque como tal cuenta con un completo sistema de conocimientos articulado que

aspira a formular, mediante lenguajes apropiados y rigurosos, leyes que rige, relativos al sector salud. Podemos ver que este conjunto de conocimientos nos ayuda a determinar los instrumentos a través de los cuales se va a garantizar el derecho.

Ya dentro de los instrumentos que garantizan el derecho a la salud, se cuenta con sistema de salud que a simple vista se ve organizado, ya que contiene una estructura organizativa dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con sus respectivas competencias y atribuciones, donde se describe la atención que se brinda, los servicios médicos la calidad de su asistencia y si este servicio brindado es de óptima calidad, sus costos, si es este gratuito o no.

Entre del ordenamiento jurídico que rige y vela por el cumplimiento de este derecho encontramos una serie de normas que lo regula, ya que en el estudio de estas sin discusión se nota que el legislador busca armas para la garantía de este en cualquier ámbito tanto en la Constitución de la República de El Salvador, leyes secundarias, reglamentos así como una normativa internacional, notando a simple vista que nuestro ordenamiento Jurídico cuenta con todas las herramientas Jurídicas para velar por este derecho a comparación de otros países que aun en este sentido se encuentran menos desarrollados.

La Constitución de la República de El Salvador cuenta con herramientas importantes ya que es esta la que guarda las garantías de todo ciudadano y a la que se le debe fiel cumplimiento, pero que a medida vamos estudiando vemos que en realidad no se cumple fielmente como es su

objetivo o finalidad ya que es esta la que regula en primer lugar asegura este derecho, en la normativa secundaria es la que regula toda la estructura, organiza todo el funcionamiento del aparataje institucional ya que es la que brinda este servicio, es una norma mas practica, así como sus respectivos reglamentos, la norma internacional es la que le da un alcance más universal, y nos ayuda a que este derecho sea brindado tanto por el estado de cada país como lo mencionan las normas anteriores, así como entes internacionales.

Para poder constatar que todo lo anteriormente dicho es verdadero y practico es necesario saber que perciben grupos determinados y la población en general ya que son los que conocen de este tema, su cumplimiento y es la población la que al opinar sobre este tema ratifican la deficiencia de este aparataje institucional porque son estos los que manifiestan el mal servicio, la poca accesibilidad y el costo indebida de estos. El descontento manifiesto y la pronta reestructuración de estos.

Además que dentro del ordenamiento existente en la práctica no es tan funcional ya que los entes encargado de la aplicación y cumplimiento de estas disposiciones se sienten con las manos atadas al respecto porque son algunas de las normas muy ambiguas o incompatibles con la realidad existente y creen necesario un refuerzo para estas, además el sugerir mayor responsabilidad al ente encargado.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

Dentro del ordenamiento jurídico, que el Órgano Legislativo en una comisión especialmente para esta rama del derecho vigile la actualización constante de las leyes que vayan acorde a la época que se vive a los problemas que van surgiendo respecto al tema. Siempre en relación a este tema, que el Órgano Ejecutivo en su dependencia el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabaje en conjunto con este órgano ya que este último es el que tiene mayor conocimiento de los problemas de salud que vive el país.

Además que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabaje en conjunto con otras instituciones y que exista un convenio para un mejor funcionamiento como por ejemplo la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos y otras instituciones humanistas tanto nacionales como internacionales que velen por este derecho.

Que dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social exista una depuración constante de elementos que no ayuden a la realización de la misión-visión que estos poseen y al buen funcionamiento del ministerio.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabaje en conjunto con otras entidades gubernamentales o ministerios en proyectos de común beneficio como el Ministerio de Educación y Economía, entre otros. También con entes que poseen autonomía como las Alcaldías ya que con estas pueden erradicar enfermedades epidemiológicas.

## BIBLIOGRAFIA

### LIBROS

ASAMBLEA CONSTITUYENTE. **“Documentos Históricos”**, El Salvador, año 1950

BADÍA, ROBERTO DE JESÚS. **“Apuntes de Salud Pública”**, Editorial. Universitaria UES, El Salvador, C.A. año 1983.

CABA P. **“Salud para todos”**. La sanidad española a debate. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Madrid, España 1990.

DUBOS, RENÉ. **“El espejismo de la salud”**. Fondo de Cultura Económica, México 1975.

GONZÁLEZ DÍAZ, CARLOS. **“Entorno a una definición sobre el Derecho a la Salud”**. Escuela Nacional de Salud Pública, Segunda Edición La habana Cuba, 2005.

JENS HOLST. **“Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSure”**. Proyecto Sectorial **“Seguros Sociales de Salud en países en vías de desarrollo”**. San Salvador, El Salvador, 2003.

LAÍN ENTRALGO P. **“Historia de la Medicina”**, 8ª edición. Barcelona: Salvat, 1986.

PAREDES J., ALLWOOD, **“Revista del Ministerio de Salud”**. Publicaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador 1985.

SAN MARTÍN H. **“Crisis Mundial de la salud ¿Salud para nadie en el año 2000?”**. Madrid: Ciencia 3, 1985.

### **TESIS**

ARAUJO VELÁSQUEZ, IVETTE ROCÍO. **“La ineficacia del Proceso de Amparo como medio de tutela frente a la violación del Derecho a la Salud”**. Universidad de El Salvador. Tesis. San Miguel, El Salvador, año 2004.

BOLAÑOS SANDOVAL, JUAN MANUEL. **“Bienes Públicos”**. Universidad de El Salvador. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Tesis. El Salvador, año 1979.

FLORES MARTINEZ, IRIS FIDELINA. **“La prestación del Servicio 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 República”** Universidad de El Salvador. Tesis. El Salvador. 2007

MARTINEZ DE LA CRUZ, MONICA CRISTINA. **“La política nacional de salud que el Estado crea y ejecuta a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como instrumento para garantizar el Derecho a la Salud de los habitantes del municipio de Ayutuxtepeque que viven con el virus del VIH/SIDA”**. Universidad de El Salvador. Tesis. El Salvador. 2005

SÁNCHEZ MARTÍNEZ IRMA JUDITH. **“El Derecho a la Salud en la Constitución de la República”**. Universidad de El Salvador. Tesis. El Salvador. 1994.

### **LEGISLACIÓN**

**Constitución de la República de El Salvador de 1983**. Decreto Legislativo N° 38. Publicado en el Diario Oficial N° 234, Tomo 281 de fecha 16 de Diciembre de 1983.

**Constitución Política de la República de Guatemala de 1985 con reformas de 1993**. Guatemala. 1993.

**Constitución de la República de Honduras, 1982**. Decreto N° 131 del 11 de Enero de 1982. Honduras. 1982.

**Constitución Política de la República de Nicaragua, 1987 con reformas de 1995 y 2000**. Nicaragua. 2000.

**Constitución Política de la República de Costa Rica, 1949.** Costa Rica. 1949.

**Código de Salud.** Diario Oficial Número 86, Tomo 299, publicado en el Diario Oficial el 11 de mayo de 1988.

**Disposiciones de “Garantía Estatal de la Salud y de la Seguridad Social”.** Diario Oficial Número 217, Tomo 357, publicado en el D.O. el 19 de Noviembre de 2002.

**Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Diario Oficial Número 64, Tomo 323, publicado en el D.O. el 08 de Abril de 1994.

**Ley de Creación del Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada.** Diario Oficial Número 15, Tomo 286, publicado en el D.O. el 22 de Enero de 1985.

**Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.** Diario Oficial Número 442, Tomo 377, publicado en el D.O. el 16 de Noviembre de 2007.

**Ley de Patronatos de Centros Asistenciales.** Diario Oficial Número 233, Tomo 189, publicado en el D.O. el 15 de Diciembre de 1960.

**Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médica, Odontológica y Farmacéutica.** Diario Oficial Número 168, Tomo 180, publicado en el D.O. el 10 de Septiembre de 1958.

**Ley del Sistema Básico de Salud Integral.** Diario Oficial Número 161, Tomo 368, publicado en el D.O. el 01 de Septiembre de 2005.

**Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud.** Diario Oficial Número 236, Tomo 365, publicado en el D.O. el 17 de Diciembre de 2004.

**Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.** Diario Oficial Número 236, Tomo 377, publicado en el D.O. el 18 de Diciembre de 2007.

**Reglamento de Inversiones de los Fondos y las Reservas del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.** Diario Oficial Número 16, Tomo 382, publicado en el D.O. el 26 de Enero de 2009.

**Reglamento del Hospital Militar Central.** Diario Oficial Número 104, Tomo 298, publicado en el D.O. el 06 de Junio de 1988.

**Reglamento de Elecciones de los Miembros Profesionales del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médica, Odontológica y Farmacéutica.** Diario Oficial Número 205, Tomo 181, publicado en el D.O. el 03 de Noviembre de 1958.

**Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.** Diario Oficial Número 134, Tomo 380, publicado en el D.O. el 17 de Julio de 2007.

**Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral.** Diario Oficial Número 182, Tomo 373, publicado en el D.O. el 02 de Octubre de 2006.

**Reglamento de la Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud.** Diario Oficial Número 105, Tomo 367, publicado en el D.O. el 08 de Junio de 2005.

**Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Diario Oficial Número 110, Tomo 331, publicado en el D.O. el 14 de Junio de 1996.

**Reglamento Interno del Consejo Superior de Salud Pública.** Diario Oficial Número 127, Tomo 336, publicado en el D.O. el 10 de Julio de 1997.

**Declaración Universal de Derechos Humanos.** 10 de Diciembre de 1948

**Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.** 16 de Diciembre de 1965.

**Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** 16 de Diciembre de 1966.

## **PAGINAS WEB**

<http://www.mspas.gob.sv>.

<http://www.issv.gob.sv>.

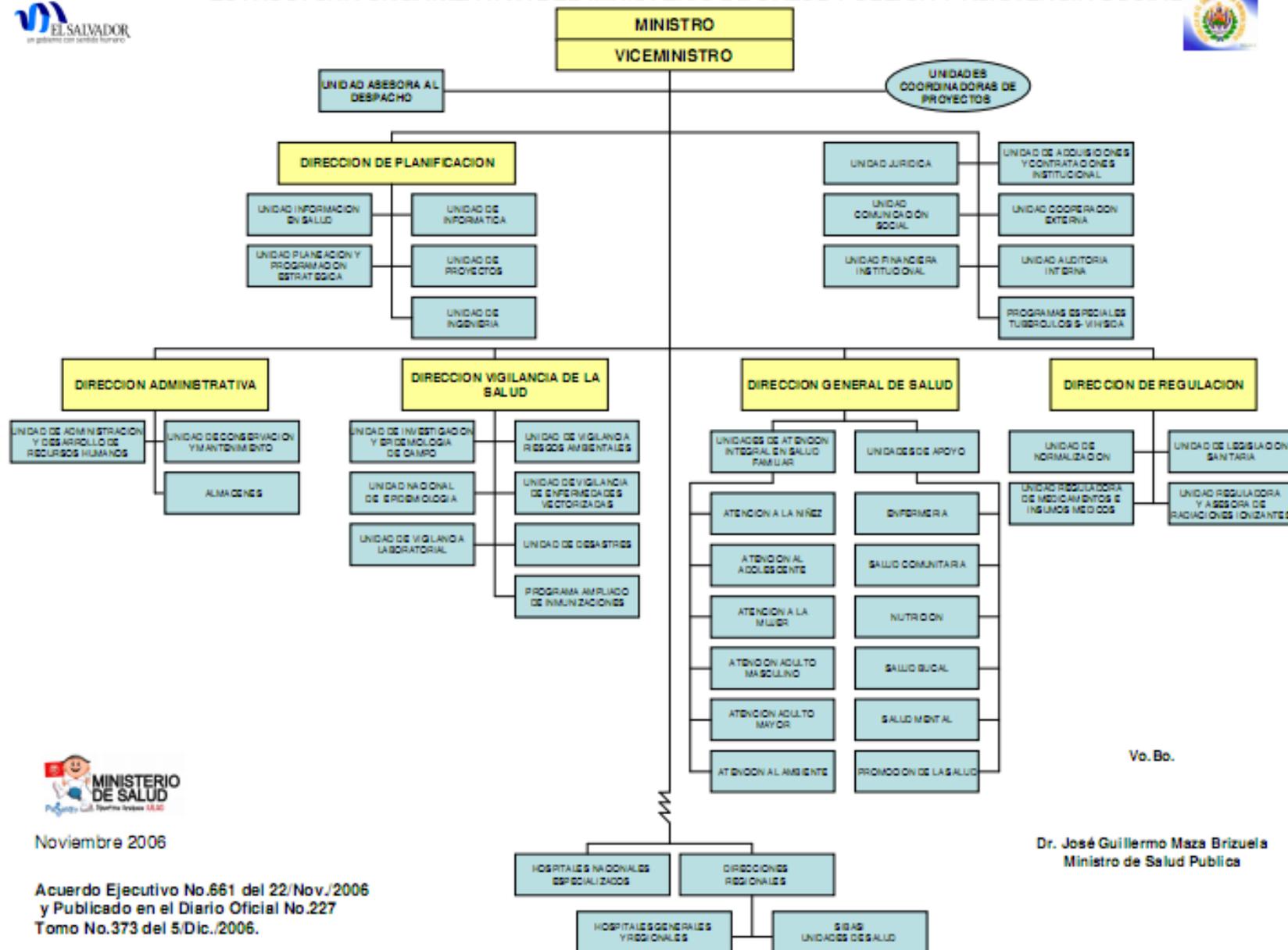
<http://www.es.wikipedia.org>

<http://www.csj.gob.sv/leyes>

<http://www.elsalvador.com>

# ANEXOS

## ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



Vo. Bo.

Dr. José Guillermo Maza Brizuela  
Ministro de Salud Pública

Noviembre 2006

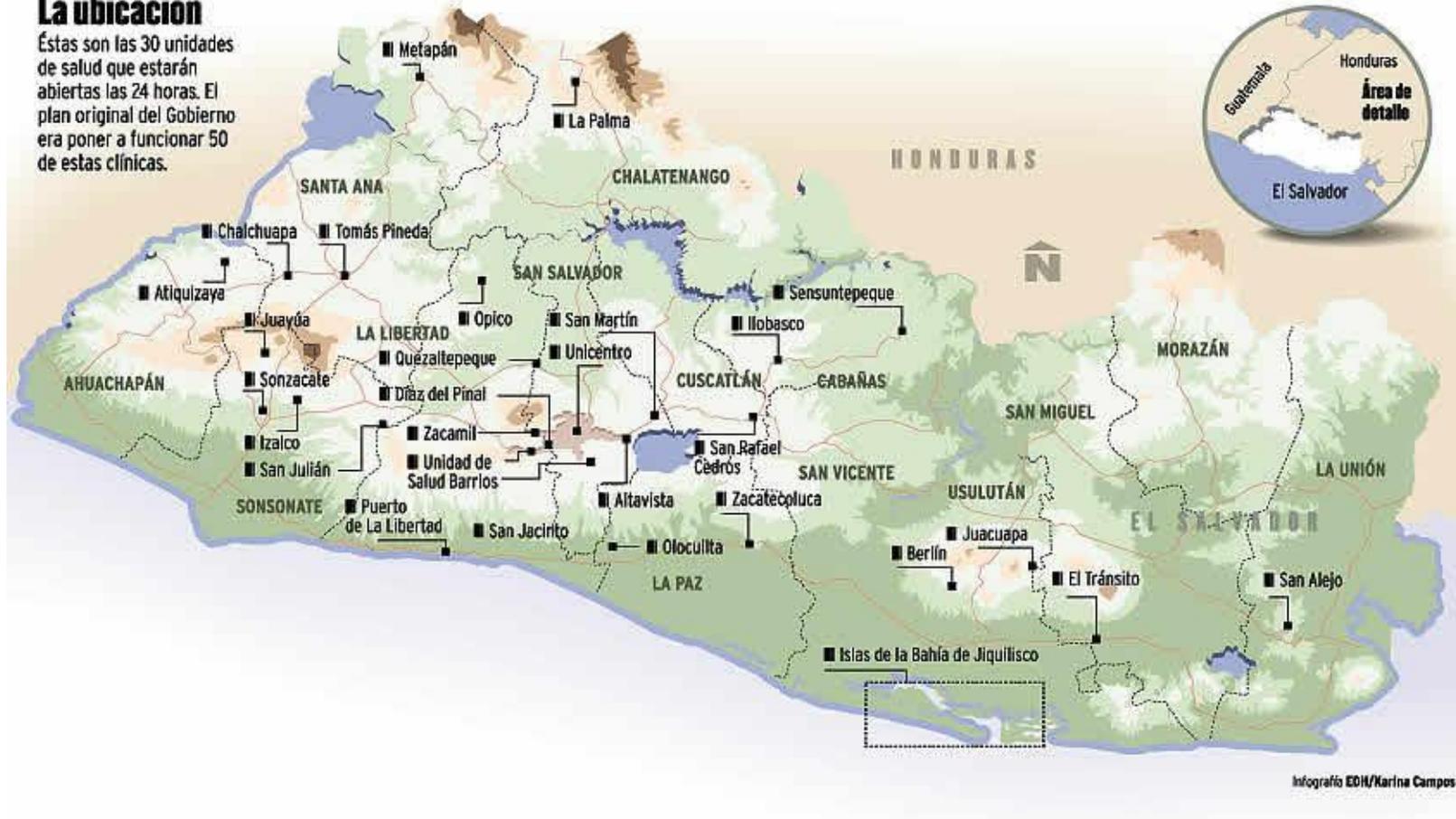
Acuerdo Ejecutivo No.661 del 22/Nov./2006  
y Publicado en el Diario Oficial No.227  
Tomo No.373 del 5/Dic./2006.



FOSALUD, son 20 unidades de salud las que abrirán las 24 horas y 40 las que abrirán sus puertas incluso los fines de semana, de acuerdo con el ministro de Salud, Guillermo Maza. Se encuentran distribuidas por todo el territorio nacional

## La ubicación

Éstas son las 30 unidades de salud que estarán abiertas las 24 horas. El plan original del Gobierno era poner a funcionar 50 de estas clínicas.





## ENTREVISTAS A MINISTERIO PÚBLICO

Unidades de Muestra Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tendencia %
1. Frecuencia de denuncias recibidas	Frecuentemente	Frecuente	Diariamente	Todos los días							40%
					Regularmente	15 al mes					20%
							Pocas veces	Poca frecuencia			20%
									No reciben denuncia	No reciben denuncia	20%
2. Delitos denunciados con más frecuencia	Posesión y tenencia, Tráfico ilícito							40%			
					Posesión y tenencia	Posesión y tenencia	Posesión y tenencia	Posesión y tenencia			40%
									Mala Praxis	Mala Praxis	20%
3. Eficiencia del proceso utilizado	Es eficiente	Es eficiente	Es eficiente	Si es eficiente	Es eficiente						50%
						No es eficiente	No es eficiente	No es eficiente	Deficiente	No es eficiente	50%
4. La regulación normativa existente es suficiente	Es suficiente	Es suficiente									20%
			No es suficiente	No es suficiente	No es suficiente	No es suficiente	No es suficiente	No es suficiente	No es suficiente	No es suficiente	80%
5. El Código penal recoge todos los delitos relativos a la salud	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	100%
6. Existe diferencia entre el Código Procesal Penal aprobado con el vigente	Ninguna diferencia										10%
		No conozco lo suficiente	Desconozco	No sabe							30%
					Si, en delitos de posesión y tenencia	Si, en delitos de posesión y tenencia	Si, en cuanto a delitos relativos a drogas	Si, existe diferencia	Si existe diferencia	Si existe diferencia	60%
7. Existe trabajo en conjunto con el MSPAS y su institución	Supongo, pero desconozco										10%
		Si tienen conocimiento	Si, siempre	Si							30%
					No	No	No	No	No	Ninguno	60%
8. Calificación de las funciones que desarrolla el CSSP	Hasta el momento malo	Malo									20%
			Lo desconozco	Lo desconozco							20%
					Bueno	Bueno	Son Buenos				30%
								Aceptable	Regular	Regular	30%
9. Las penas que determina el Código Penal están acorde al bien jurídico protegido	No, son angostas	No siempre	No están acorde	No							40%
					Si, por lo general	Si	Si por principio de proporcionalidad	Si			40%
									Depende de la afectación	Debería ser más gravosa	20%
10. Mecanismos y estrategias necesarias para la protección del Derecho	Faltan leyes	Leyes insuficientes				No	No				40%
			Desconozco	Desconozco	Desconozco						30%
								Si	Si, de alguna manera	Si se ha proporcionado	30%

## ENTREVISTAS A MEDICOS

Unidades de Muestra Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tendencia %
1. Se cuenta con equipo médico suficiente y necesario	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	100%
2. Se encuentran en óptimas condiciones los establecimientos de salud	No, no está de acorde a la población.	No fueron construidas con la visión futurista	No, son antiguos y deficientes	No, son escasos	No	No	No	No			80%
									Si, a nivel de unidades de salud	Si	20%
3. Son suficientes los programas de salud	No se cumplen a cabalidad	No hay programas de salud mental	No tengo conocimiento	No se cumplen las metas	No	No					60%
							Probablemente	Son suficientes pero no eficaces			20%
									Si	Si	20%
4. Son justos los fondos designados a cada programa	Desconozco	Desconozco	Desconozco	Desconozco	Desconozco	Desconozco					60%
							No	No	No, por eso no se concluyen muchos programas	No es suficiente	40%
5. Que programa de salud recomienda	Programa de salud en centros penitenciarios	En centros penitenciarios									20%
			Educación sexual, mortalidad, materno infantil, salud mental	Salud mental y educación sexual							20%
					Medicina preventiva, promoción de salud y club de aeróbicos	Promoción de salud y medicina general					20%
							No responde	No responde			20%
									Ninguno hasta que revisen las actuales	Ninguno hasta que se optimice su resultado	20%
6. Cantidad necesaria de centros asistenciales y de especialización	Si	Si									20%
			Hay faltantes	No son suficientes faltan centros de especialización							20%
					No	No	No	No	No	No	60%
7. Es suficiente el recurso humano	No	No	No	No	No y se tienen muchos médicos en el país	No y hay médicos graduados	No y hay demanda	No es suficiente	No y faltan mas enfermeras	No	100%

8. La asignación anual de presupuesto es suficiente	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	100%
9. Que mecanismos y estrategias utilizan	Campañas de salud	Campañas de educación en salud				Campañas de salud y visita domiciliar		Campañas públicas de salud		Campañas médicas	50%
			Descentralizar los servicios médicos y medicina familiar	Capacitación de parteras y medicina familiar							20%
					Se atiende a toda la población		Promotores de salud.		Horarios de atención amplios		30%
10. Como califica al CSSP	Deficiente	Malo									20%
			Regular	Regular	Regular	Regular	Limitado				50%
								Bueno	Bueno	Bueno	30%

**ENTREVISTAS AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

<b>Unidades de Muestra</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Tendencia %</b>
<b>Preguntas</b> 1. Mecanismos y estrategias utilizadas para garantizar el acceso de atención a la población	Propaganda			Propaganda							20%
		Boletines informativos			Brindando información				Brindando información	Brindando información	40%
			Por medios de comunicación se brinda la información					Propaganda en medios de comunicación			20%
						Unidad de comunicación	Programas educativos				20%
2. Porcentaje de población con acceso a la salud	70%	70%	70%	70%	70%	70%					60%
							80%	80%	80%	80%	40%
3. Porcentaje de programas de salud en ejecución	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%				70%
								20% Fosalud			10%
									50% Rhessa		10%
4. Son suficientes los fondos designadas a cada programa	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	100%
5. designación anual del presupuesto al sector salud	Bajo	Bajo	Bajo					Poco	Poco	Poco	60%
				Muy bajo	Muy bajo	Muy poco	Muy poco				40%
6. Inversion en zonas geográficas prioritarias	Necesario	Necesario	Necesario								30%
				Politizada	Partidaria	Partidaria					30%
							No están cubiertas	No llegan los promotores de salud			20%
7. Eficiencia de la regulación en materia de salud vigente										En ejecución	20%
	No	No	No	No y es necesaria							40%
					Es buena	Eficiente	Si es eficiente				30%
8. Creación de leyes secundarias								Es dispersa	Insuficiente	Incompleta	30%
	Si	Si	Si	Si	Si						50%
						Seria bueno	Es bueno	Es necesario	Es necesario		40%
9. Que opina de las funciones del CSSP										Urgente	10%
								Es un ente burocrático			10%
		Tiene áreas que no controlan	Funciones muy aisladas		Descuidados	Descuidados			Tienen poco control	Descuidados	60%
10. Como califica las funciones de las juntas de Vigilancia			Elefantes blancos								30%
	Regular	Regular				Regular			Algunas eficientes	Algunas eficientes	50%
11. Procesos de vigilancia de la salud											30%
	No hay interés				No hay interés				Hay desinterés		30%
		No son transparentes	Poca transparencia			Poca transparencia					30%
				Deficientes			Deficientes			Deficientes	30%
								Poca conciencia		10%	

