

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS JURIDICAS
SEMINARIO DE GRADUACION EN CIENCIAS JURIDICAS AÑO 2009
PLAN DE ESTUDIOS 1993



**“VIOLACION AL DERECHO A LA SALUD ANTE LA PERSISTENCIA EN
EL COBRO DE CUOTAS VOLUNTARIAS Y LA FALTA DE
MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES NACIONALES”**

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN CIENCIAS JURIDICAS

PRESENTAN:
WENDY TRINIDAD CARDOZA CANTARERO
ROXANA JANNET CORDOVA PONCE
NORMA CLARIBEL GONZALEZ RUIZ

DIRECTOR DE SEMINARIO:
LIC. MARCO ANTONIO ALDANA

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2009

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

MASTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO

MASTER MIGUEL PEREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

MASTER OSCAR NOE NAVARRATE

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ

FISCAL GENERAL

DOCTOR MADECADEL PERLA JIMENEZ

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

DECANO

DOCTOR JOSE HUMBERTO MORALES

VICE-DECANO

MASTER OSCAR MAURICIO DUARTE

SECRETARIO

FRANCISCO ALBERTO GRANADOS HERNANDEZ

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE SEMINARIO DE GRADUACION

LICENCIADA BERTHA ALICIA HERNANDEZ AGUILA

DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO DE INVESTIGACION

LICENCIADO MARCO ANTONIO ALDANA

AGRADECIMIENTOS

Gracias antes que nada a Dios por permitirme culminar mi carrera ya que si no es por su voluntad esto hubiese sido posible.

A mi Padre ya que su apoyo económico y moral ha permitido cumplir esta meta ya que ha sido fundamental, y especialmente el de Mi Madre que me acompaño, apoyo y creyó siempre en mí que podría lograr y alcanzar las metas que me propusiera. Gracias Mama!!!

A mis amigas Normita y Rox que trabajaron para terminar con existo esta investigación. Ya que sin su apoyo y comprensión esto no se hubiera logrado.

A mi abuela Angélica por ser uno de los pilares más importantes de mi vida ya siempre me ha mostrado lo que verdaderamente es importante DIOS.

A mi amigo y compañero Karlo que siempre me apoyo y brindo su ayuda cuando la necesite gracias por eso sabes que siempre puedes contar conmigo.

Y las demás personas que me apoyaron y brindaron su ayuda en este largo camino.

Wendy Cardoza Cantarero.

AGRADECIMIENTOS

“Lo que hace triunfar a las personas es el hecho que tienen confianza en sí mismas y una gran determinación en sus propósitos” Susan Polis Schutz

A mis padres: José Antonio Córdova Torres y Nelly Esmeralda Ponce de Córdova, quienes me han apoyado desde los primeros días de mi vida; quienes han sido el mejor ejemplo de lucha incansable, los que desde pequeña me enseñaron a siempre luchar por lo que más amaba, así como ellos lucharon por mí.

A mis hermanos, Jenniffer y David, por haberme acompañado durante este largo viaje; quienes en mis momentos de desesperación me comprendieron y ayudaron.

A mis hermosas sobrinas, Natasha y Adriana; quienes me han dado la razón más importante para seguir adelante, quienes con sus bellas sonrisas han llenado de alegría mi vida, quienes se han convertido en la razón de mi existir.

A mi compañero de andanzas y mal andanzas, el que puede prever mis excusas olímpicas, quien me apoyo en este largo camino y tuvo que soportarme cuando nadie más lo hacía

A mis compañeras de Tesis, Wendy y Norma, por haber emprendido este viaje juntas.

A todos aquellos que de una u otra manera se vieron involucrados con mi formación como profesional; muchísimas gracias.

Roxana Jannet Córdova Ponce

AGRADECIMIENTOS

- ✚ **A DIOS Y A SU HIJO** agradezco de todo corazón a Dios **Jehová** en nombre de su hijo Jesucristo, Por haberme permitido una vez más el logro de mis metas, por ser mí guía, mi protector, en todos los mis pasos de la vida y por brindarme sabiduría para culminar exitosamente este esfuerzo.

- ✚ A mis amados padres Julio Cesar y María Consuelo por su apoyo, sacrificios, comprensión y amor en todos los momentos de mi vida, ya que sin ellos no hubiese logrado este triunfo.

- ✚ A mis queridas hermanas y mi hermano: Silvia, Karla, Michelle y Cesar por su apoyo, consejos y comprensión en los momentos que más los necesite. quienes me han acompañado siempre y que hoy comparten conmigo la alegría de este logro académico.

- ✚ A primitos quienes me brindaron su apoyo para cumplir este logro en vida.

- ✚ A mi novio Ernesto por brindarme su apoyo incondicional en lo espiritual y en lo material, por su amor, comprensión, y sobre todo por su gran paciencia por darme su apoyo en todo momento, a quien dedico este triunfo obtenido, te amo bebe.

- ✚ A mis compañeras de Seminario y amigas Wendy, Roxana por todo el apoyo que me brindaron para la elaboración de este informe, Wendy gracias por recibirme siempre en tu casa y mi gran amiga Maricely que siempre estuvo conmigo y se alegran de este triunfo.

✚ A nuestro Director de Seminario y Asesor Lic. Marco Antonio Aldana con mucho agradecimiento, respeto, admiración y paciencia en la conducción de nuestro trabajo de investigación.

Norma Claribel González Ruíz

INDICE

INTRODUCCION.....	i
-------------------	---

CAPITULO 1

EVOLUCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

1.1 EVOLUCION HISTORICA.....	1
1.1.1 Antecedentes Nacionales	4
1.2 EVOLUCION CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.....	6
1.3 RELACIÓN DEL DERECHO CONSTITUCIONAL Y EL DERECHO A LA SALUD.....	11
1.4 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO AUTÉNTICA GARANTIA CONSTITUCIONAL.....	16
1.5 LAS POLITICAS DE SALUD.....	18

CAPITULO 2

BASE TEORICA DOCTRINARIA DEL DERECHO CONSTITUCIONAL Y DEL DERECHO A LA SALUD

2.1 FUNDAMENTACIÓN DOCTRINARIA DEL DERECHO CONSTITUCIONAL	25
2.2 DEFINICIÓN DE DERECHO CONSTITUCIONAL.....	26
2.2.1 Concepto.....	26
2.2.2 Naturaleza Jurídica Del Derecho Constitucional.....	27
2.3 ÁMBITO DE PROTECCIÓN DEL DERECHO CONSTITUCIONAL	29
2.4 CONCEPTO Y SIGNIFICADO	32
2.5 CONTENIDO Y CLASIFICACIÓN DE LOS DERECHOS	

FUNDAMENTALES	35
2.6 EL LÍMITE DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES.	40
2.7 FUNDAMENTACIÓN DOCTRINARIA DEL DERECHO A LA SALUD	44
2.7.1 Teoría De Los Libertarios.....	45
2.7.2 Teoría De Los Partidarios Del Igualitarismo.....	45
2.7.3 Teoría De Los Economistas.....	46
2.8 DEFINICION DEL DERECHO A LA SALUD.....	47
2.8.1 Acepciones Doctrinarias Sobre La Salud.....	47
2.8.1.1 Acepciones Doctrinarias De Salud.....	47
2.8.1.2 Acepción Gramatical.....	47
2.8.1.3 Acepción Sociológica.....	47
2.8.1.4 Acepción Jurídica.....	48
2.8.1.5 Salud Como Bien Y Servicio	49
2.8.1.6 Acepción Institucional De La Salud.....	50
2.9 DEFINICION DE DERECHO A LA SALUD.....	51
2.9.1 Naturaleza Social Del Derecho A La Salud.....	52
2.9.2 El Objeto Del Derecho A La Salud.....	54
2.9.3 Los Sujetos del Derecho a La Salud.....	55
2.9.4 Características Del Derecho A La Salud.....	56
2.10 CLASIFICACIÓN	59
2.10.1 Ubicación Del Derecho A La Salud Dentro De La División Bipartita De Los Derechos Subjetivos	60

CAPITULO 3

RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD, SU GARANTIOZACION A TRAVES DE LA CONSTITUCION, LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y NACIONALES

3.1 RECONOCIMIENTO NACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.....	63
3.1.1 Constitución	64

3.1.1.1 Principio De Igualdad	65
3.1.1.2 Principio del Bien Público.....	68
3.1.2 Codigo De Salud.....	72
3.1.3 Ley Del Medio Ambiente	84
3.1.4 Ley Del Consejo Superior De Salud Pública Y De Las Juntas De Vigilancia De Las Profesion De Salud.....	85
3.1.5 Código Municipal.	85
3.1.6 Código Penal Salvadoreño.	86
3.2 GARANTIZACIÓN INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD	87
3.2.1 Sistema Universal	87
3.2.1.1 Carta De Las Naciones Unidas	88
3.2.1.2 Carta Internacional De Derechos Humanos.....	90
3.2.1.2.1 Declaración Universal De Derechos Humanos.....	91
3.2.1.2.2 Pacto Internacional De Derechos Económicos, Sociales Y Culturales.....	94
3.2.1.3 Constitución De La Organización Mundial De La Salud.....	97
3.2.2 Sistema Americano.....	98
3.2.2.1 Convención Americana Sobre Derechos Humanos.....	99
3.2.2.2 Carta De La Organización De Estados Americanos	101
3.2.2.3 Declaración Americana De Derechos Y Deberes Del Hombre.....	102
3.2.2.4 Convención Americana De Derechos Humanos.....	104
3.2.2.5 Protocolo Adicional A La Convención Americana De Derechos Económicos, Sociales Y	

Culturales.....	105
3.2.3 OTROS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES.....	108
3.2.4 CONVENIOS EN MATERIA DE SALUD SUSCRITOS POR EL SALVADOR.	110

CAPITULO 4

LA SALUD CONSIDERADA COMO UN DERECHO Y EL PAPEL DE LA CONSTITUCION PARA SU PROTECCION

4.1 LA SALUD CONSIDERADA COMO UN DERECHO.....	112
4.1.1 Enfoque Individualista.....	115
4.1.2 Enfoque Sociológico.	115
4.1.3 Enfoque Ecléctico.	116
4.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VIOLACION DERECHO A LA SALUD.....	119
4.2.1 Factor Económico.	120
4.2.2 Factor Político.	123
4.2.3 Exclusion Social.....	130
4.2.3.1 Dimensiones Del Acceso A La Salud.....	133
4.2.3.2 ¿Qué Ocurre Con El Acceso A La Salud En La Región De Las Americas	136
4.2.3.2.1 Factores Relacionados Con La Arquitectura De Los Sistemas.....	137
4.2.3.2.2 Factores Relacionados Con La Asignación De Recursos	140
4.2.3.2.3 Magnitud Y Distribución Del Gasto Público.....	142
4.2.3.2.4 Elementos Para Abordar El Problema	144
4.2.3.2.5 El Rol De Los Actores Extra Sectoriales	148
4.2.4. Factor Ecológico	149
4.3 RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y DE SUS FUNCIONARIOS ..	150

4.3.1 Presupuestos Para La Responsabilidad Del Estado.....	151
4.3.2 Tipos De Responsabilidad Del Estado.....	153
4.3.2.1 Responsabilidad Penal Y Civil.	154
4.3.2.2 Responsabilidad Subjetiva Y Objetiva.	155
4.3.2.3 Responsabilidad Subsidiaria, Solidaria Y Principal.	156

CAPITULO 5

VIOLACION AL DERECHO A LA SALUD ANTE LA PERSISTENCIA EN EL COBRO DE LAS CUOTAS VOLUNTARIAS Y LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES NACIONALES

5.1 FINANCIAMIENTO.....	160
5.2 COBERTURA Y CALIDAD.....	171
5.3 MEDICAMENTOS.....	181
5.4. LABOR DE LA PROCURADURIA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA GARANTIA DE LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL	190
5.4.1 Labor De Tutela Del Derecho Humano A La Salud	190
5.4.2 Labor De Promocion Del Respeto Y Goce Del Derecho Humano A La Salud	192
5.4.3 monitoreo De Casos De Violación Al Derecho A La Salud En El Sistema Nacional De Salud.....	200
5.4.3.1 Cobertura Y Calidad.....	200
5.4.3.2 Medicamentos Y Exámenes De Laboratorio.....	201
5.4.3.3 Reforma De Salud Y Privatización De Los Servicios	202

CAPITULO 6

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

6.1 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.	205
6.2 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	206
6.2.1 Representacion Grafica De Las Respuestas Proporcionadas Por Los Usuarios Encuestados.....	206
6.3 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	225
6.3.1 Interpretacion De Los Resultados En Relacion A Las Hipotesis	225
6.3.2 interpretacion De Los Resultados En Relacion A Los Objetivos.	235

CAPITULO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES.	237
7.1.1 conclusiones Generales.....	237
7.1.2 conclusiones Particulares.	239
7.2 RECOMENDACIONES.....	240
7.2.1 Recomendaciones Mediatas.....	240
7.2.2 Recomendaciones Inmediatas.....	241

BIBLIOGRAFIA.....	243
-------------------	-----

ANEXOS.....	249
-------------	-----

INTRODUCCION

La presente tesis constituye una Investigación donde se plantea un estudio sobre La Violación Al Derecho A La Salud Ante La Persistencia En El Cobro De Cuotas Voluntarias Y La Falta De Medicamentos En Los Hospitales Nacionales, el Objetivo general de la Investigación es establecer si verdaderamente se cumple este derecho o se viola las disposiciones constitucionales, los Tratados internacionales y leyes Secundaria.

En el presente documento, haremos referencia a la importancia de la obligación de los Estados de brindar servicios relativos a la protección y prevención del derecho a la salud, desde una normativa superior como la Constitución, es por ello que cabe retomar la percepción del mandato constitucional del Art. 65, que literalmente establece “La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento“, entendiendo a éste mandato como la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Tomando el Derecho a la salud como principal objetivo en lo referente al acceso de los servicios básicos de salud nos damos cuenta que este está condicionado a factores, económicos, políticos y sociales.

Por lo anterior se realizará un estudio sistemático sobre la falta de acceso a servicios de salud y medicamentos por parte de los

sectores pobres, problemática que se potencia mas no sólo al considerar la exigencia de pagos voluntarios en los centros de salud y la inexistencia de medicamentos para aliviar los padecimientos; sino además al tomar en cuenta que los mismos no pueden ser sufragados adecuadamente por los ciudadanos debido al encarecimiento en los precios de la canasta básica y de los servicios básicos.

OBJETIVOS

A. OBJETIVOS GENERALES

Identificar en qué medida la persistencia en el cobro de las cuotas voluntarias y la falta de medicamentos en los hospitales nacionales violenta el derecho a la salud.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer cómo afecta a la economía de los salvadoreños el pago de cuotas voluntarias y la falta de medicamentos para acceder al sector salud.
2. Determinar el papel que juega el Estado para garantizar el Derecho a la Salud de la población.
3. Conocer cuáles son las políticas que implementa el Estado para garantizar la gratuidad de la salud de los Salvadoreños.
4. Verificar cuál es el grado de vulneración del derecho a la salud ante la falta de acceso de medicamentos en los hospitales de la red nacional.
5. Identificar cuáles son las consecuencias ante la falta de medicamentos para los usuarios del sector salud.
6. Establecer si existe denegación de los servicios de salud ante la negativa del pago de las cuotas voluntarias en los hospitales de la red nacional.

CAPITULO 1

EVOLUCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD.

1.1 EVOLUCION HISTORICA.

Si hablamos de la evolución Histórica del Derecho a la Salud podríamos remontarnos a que el derecho a la salud se ha venido transformando de acuerdo a la época y a los cambios de la sociedad.

En la actualidad observamos que existe una constante lucha para preservar una calidad de vida y por ende un derecho a la salud con dignidad para los seres humanos.

La preservación de la salud de los habitantes de un pueblo o un grupo determinado, ha sido una de las prioridades de los gobiernos tanto democráticos como de otra naturaleza, que ha tenido como fin la conservación del bienestar de los pueblos, cumpliendo así, uno de los fines principales de los Estados, como una forma de protegerles de causas de deterioro de sus vidas.

El derecho a la salud, a través del tiempo ha venido evolucionando, con el pensamiento humano en cuanto al avance técnico y científico, así como las necesidades de los seres humanos en un medioambiente con nuevas condiciones.

Al pasar de los siglos, todos los pueblos, han sido afectados por enfermedades provenientes de epidemias o como consecuencia de la interrelación de las personas con el medioambiente que les rodea, en el que

se desconoció de herramientas científicas e investigativas sobre la gravedad de las dolencias, prevención y tratamiento.

La preservación de la salud, se manifiesta inicialmente por medio de la prestación de servicios de atención a los pobres, a cargo de ciertos órganos de gobierno e instituciones religiosas.

En la edad antigua, precisamente en el siglo IV antes de Cristo, los médicos egipcios remunerados por el Estado atendían a los pobres.

En los comienzos de la era cristiana la iglesia fundo, 325 hospitales para los pobres. Más tarde, las autoridades municipales se hicieron cargo de esos servicios.

En la edad media era obligatorio colocar carteles en las casas para alertar a la comunidad sobre casos de peste, lo que demuestra un reconocimiento embrionario del derecho a la salud.

Se logra visualizar un reconocimiento embrionario del derecho a la salud. Posteriormente en el siglo XVII en Inglaterra se promulgaron las leyes Isabelinas de socorro a los pobres, las cuales reconocían la responsabilidad pública con respecto a los pobres e indigentes y contenían disposiciones relativas a la atención a la salud.

Inglaterra lidero el movimiento a la salud, cuando la Reina Victoria organizó comisiones para investigar las condiciones de salud de la clase trabajadora. Se menciona que en 1832, el abogado Edwin Chadwick, fue nombrado como asistente de la Comisión Real encargada de investigar las condiciones reales de aplicación de la ley de los pobres.

Luego se creó el primer consejo de salud, reconociendo por primera vez en la humanidad, que la salud del pueblo era integralmente reconocida como importante acción administrativa del gobierno¹.

En general, se considera que las leyes que garantizan la salud de las personas, se originan en la Revolución Industrial.

A consecuencia de la mecanización y el aumento de la productividad, fue posible en esa época el proporcionar cierto grado de protección a la salud de los trabajadores, quienes durante los siglos habían sido considerados como elementos de trabajo fácilmente reemplazables.

En esta época surgieron las fábricas, la economía de mercado y las grandes ciudades, surgieron también los problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar la enfermedad y proteger la salud.

A finales del siglo XIX se producen varios hechos que impulsaron la sanción de leyes en materia de salud, los progresos de la ciencia, el aumento de los riesgos en la salud que requirieron la adopción de medidas de carácter social, la creciente interdependencia de los sectores de la sociedad y la expansión del ámbito de responsabilidades social respecto de la atención de la salud.

A principios del siglo XX, con la industrialización mundial se comenzó a gestar en los países desarrollados un complejo fenómeno estrechamente relacionado con una amplia corriente filosófica, cuyo núcleo de acción radicó

¹ Arévalo Romero, Leonor Elisa y otros, Violación al Derecho a la Salud por parte del Estado en la Atención a Pacientes infectados de VIH/SIDA, Tesis (s. e.), Universidad de El Salvador, 2004, Pág.

en lograr un mayor respeto por la dignidad del hombre, cambiando la filosofía de compasión por comprensión del derecho a la salud, como protección de la clase laborista en el creciente desarrollo económico².

1.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES

En el año de 1800 se fundó el primer hospital colonial que perteneció a la Intendencia de San Salvador, establecido en la ciudad de San Vicente llamado "Hospital Santa Gertrudis", haciendo énfasis que este pertenecía al territorio de El Salvador y el de la ciudad de Sonsonate al Reino Unido de Guatemala.

Dentro de los principales profesionales que comenzaron a practicar la medicina y la cirugía titulada se encuentra el doctor Santiago José Celis, médico de profesión, quien por otras razones llegó a ser prócer de la independencia de Centroamérica.

Con la Independencia de Centroamérica, se crearon Constituciones Republicanas y Democráticas con tendencia conservadora, donde se expresaba mantener la vinculación entre el Estado y la iglesia, que comprenden desde la primera Constitución, hasta la de 1883.

En lo que se refiere a las primeras constituciones, no hay ninguna disposición que se refiera al derecho a la salud, excepto en la Constitución de 1841, en

²Ascencio López, Francisco Alberto, El Amparo como Medio de Tutela para Garantizar el Derecho a la Salud, Cuando El Estado no cumple su Deber Constitucional, Tesis (s.e.),Universidad de El Salvador 2003, Pág. 33.

la cual en su artículo 62 establecía como objetivo del poder municipal "La Conservación, progreso, salubridad comunidad y ornato de su vecindario..."³

Posteriormente para finales del siglo XIX ya existían instituciones de caridad que se encargaban de proporcionar la atención gratuita, sin embargo a raíz de los problemas económicos y políticos de la época ya no pudieron mantenerse bajo ese modelo y paulatinamente se va trasladando este servicio al Estado, manteniendo éste, el sistema de Caridad, basado en pago de sueldos nominales y ofreciendo un servicio de baja calidad y poca cantidad; que al aumentar desproporcionadamente la demanda de salud, incrementa la asistencia de ésta, pagando aun más' el estado del ya deteriorado servicio, siendo en esos años el cobro de consulta por unidad de cincuenta centavos a dos colones por paciente visto.

Luego, en el año 1900 se crea el Consejo Superior de Salubridad como una institución nueva en El Salvador la cual dependía del Ministerio del Interior y tenía las atribuciones de emplear la fuerza del Estado para dar cumplimientos a sus disposiciones arbitrarias, esto fue altamente eficiente pero por razones políticas ajenas al Consejo perdió fuerza coercitiva y sus miembros se retiraron.

En el año 1920 se transformo en la dirección General de Sanidad dependiendo entonces del Ministerio del Interior. Posteriormente se emite el Código de Sanidad de la República de El Salvador mediante Decreto Legislativo No. 147 de fecha 30 de Agosto de 1930. Antes de la creación de esta normativa ya había sido creado el Hospital Rosales que comienza su

³ Se entendía por Poder Municipal el conjunto de vecinos que estuviesen en el ejercicio de los derechos ciudadanos; el Poder Municipal derivado estaba constituido y era ejercido por el Consejo Municipal a cuya cabeza se encontraba el Alcaide.

función asistencial en el año de 1902. Esta institución se creó con el objeto de brindar asistencia gratuita e interrumpida en sus principales áreas de apoyo y servicio.

1.2 EVOLUCION CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.

Así como el derecho a la salud, ha ido evolucionando en una etapa con menor o mayor intensidad, también ha sido tomada en cuenta en menor o mayor medida en las constituciones de nuestro país. Para su conocimiento haremos una pequeña síntesis histórica de los antecedentes constitucionales y revisión de las Constituciones en nuestro país.

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

El movimiento de Independencia se inicio 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 las Cortes de Cádiz.⁴

Esa Declaración fue confirmada por los ayuntamientos de todas las Provincias de Centro América 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.

⁴ Gallardo Ricardo, Constituciones de El Salvador, Tomo II, Derecho Constitucional Salvadoreño, Diana Artes Gráficas, 1961, Madrid. Pág. 295.

El proceso término con la emisión de la Primera Constitución Federal en 1824.⁵ Por medio de la cual se constituyo La Federación Centro americana integrada por Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y El Salvador. La federación se disolvió en 1838 y se trato inútilmente de restablecer la 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, cuyas tendencias se agrupan en tres grupos:

- a) Constituciones Republicanas y Democráticas con tendencia conservadora, que se expresaba en mantener la vinculación entre el Estado y la Iglesia, que comprenden desde la primera constitución, hasta la de 1883.
- b) Constituciones liberales y laicas, en las cuales persiste la separación entre la iglesia y el Estado, a partir de la de 1885 que no llegó a entrar en vigencia; la de 1886, la cual proclama la separación absoluta entre la iglesia y el Estado e introduce el laicismo en todas las instituciones del Estado. Esta rigió hasta 1939 y fue restablecida en Julio de 1944 a Noviembre de 1945.
- c) 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, en la que 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 en general a la

⁵ *Ibíd.*, pág. 662.

legislación secundaria, la cual no debe llegar a vulnerar el principio fundamental, pero si puede limitarlo seriamente; se elevan a la categoría de derechos sociales, los que tienen que ver con la familia, entre ellos el derechos a la salud. Esta Constitución fue seguida por la 1962 y posteriormente por la de 1983 que es la actualmente vigente.

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 en su artículo 62 establecía como objetivo del Poder Municipal “La conservación, progreso, salubridad comunidad y ornato de su vecindario” Se entendía por Poder Municipal el conjunto de vecinos que estuviesen en el ejercicio de los derechos ciudadanos; el poder Municipal derivado estaba constituido y era ejercido por el Consejo Municipal a cuya cabeza se encontraba el Alcalde.

Las constituciones contenidas en el segundo grupo, a diferencia de las anteriores contienen disposiciones que directa o indirectamente se refieren a la salud.

Con las influencias de otras constituciones y tratados internacionales, El Salvador, busco armonizar su Constitución, en el contexto de la protección del derecho a la salud, creando la responsabilidad al Estado, para poder crear normas y políticas necesarias para su completo desarrollo.

La Constitución de 1939 consignado también en las reformas constitucionales de 1944, dispone en el apartado 21 del artículo 67 que al decretar anualmente el presupuesto de entradas y gastos de la Administración Pública, la Asamblea Nacional debe arreglar la inversión de rentas de modo que sea atendida preferentemente la salubridad, la

educación; en el artículo 105 entre los deberes del poder ejecutivo, establecía el de "Mantener la Salubridad Pública en el país y mejorar las condiciones higiénicas de sus habitantes", (numeral 8), y de " proteger la maternidad y la Infancia, organizando al efecto la Institución respectiva", (numeral 10).

En el Título X, que trataba al 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 indirecta.

La Constitución de 1945 modifico 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 avances logrados en la de 1939 y ampliándose la intervención estatal para proteger y fomentar la adquisición y conservación de la pequeña propiedad rural y la construcción de viviendas cómodas e higiénicas para la población rural y urbana.

En el año 1948 el Consejo General de Sanidad paso a depender del Ministerio de Asistencia Social, que en la actualidad se denomina Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Creada en 1950 como la institución rectora de la salud en El Salvador, actualmente Vigente.

En las Constituciones de 1950 y de 1962 se incremento notablemente el papel del Estado en la vida económica y social. Con respecto a la salud pública y asistencia social, la exposición de motivos de la Constitución de 1950, manifestaba que "se establece como una de las obligaciones primordiales del Estado la protección, conservación y restablecimiento de la salud porque se estima ésta como el don más preciado del hombre; la salud

de un pueblo 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"⁶.

Fue a partir de la Constitución de 1950 que se considero a la salud como un bien público. La expresión "bien público" inserta en el concepto del bien común como objetivo y finalidad de la actividad del Estado⁷.

Es por tal motivo que, aunque la Constitución de la República considerara el aspecto sanitario dentro de sus considerandos, no era más que una mención sin desarrollarlos en programas concretos ni leyes, herramientas que diesen cumplimiento a tal derecho ahí consagrado.

La salud pública en los años cincuenta, se inicia con la estrategia de la descentralización por medio de la creación de las regiones de Salud.

Desafortunadamente esta medida no alcanzo los frutos esperados, porque no se logro la descentralización presupuestaria y fiscal, pero marca una pauta importante como el comienzo de la corriente que considera a la población, el ser fin de la actividad del estado, gestando intentos de contemplación de derechos sociales.

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

⁶ Constitución de El Salvador, Asamblea Constituyente, El Salvador, 1950.

⁷ Bertrand Galindo, Francisco y otros, Manual de derecho Constitucional Tomo II, San Salvador, Talleres Gráficos UCA. Primera Edición Pág. 986.

Al Estado salvadoreño, le corresponde según este último mandato constitucional la indeclinable misión de formular los planes y políticas de salud, coordinadas con todos los demás aspectos que inciden en la misma, tales como: La educación, la economía, la conservación de los recursos naturales, el medioambiente, el trabajo, la libertad y el urbanismo. Esta importante tarea debe hacerse en base a una concepción humanista del Derecho y de la vida, y al reconocimiento de que el Estado no constituye un fin en sí mismo, sino un instrumento al servicio del hombre, origen y propósito de la actividad estatal y debe estar orientada a la consecución de la justicia de la seguridad jurídica y el bien común⁸.

1.3 RELACIÓN DEL DERECHO CONSTITUCIONAL Y EL DERECHO A LA SALUD

Hablar sobre el derecho a la salud requiere, desde nuestro punto de vista, exponer primeramente algunas consideraciones teóricas que nos permitan comprender a los llamados “derechos sociales”, dado que la salud, como garantía jurídica, se encuentra inmersa en el contenido fundamental de estos derechos.

La definición de los derechos sociales es una cuestión de enorme complejidad. Tradicionalmente, los criterios utilizados para definir a los derechos sociales han sido tan variados como heterogéneos dependiendo de los elementos que de ellos quiera resaltarse.

⁸ Ascencio López, Francisco Alberto, Op cit., Pág. 105.

Las opiniones de los juristas que se han ocupado del tema coinciden en señalar que es preferible identificar a los derechos sociales con los derechos prestacionales, es decir, con aquellos derechos que en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio⁹.

Es así que surge la idea del derecho social, considerándolo como una rama autónoma del sistema jurídico al lado de las tradicionales (público y privado), y cuya principal característica fuera la preeminencia de los intereses colectivos por encima de los intereses de los individuos, a través de leyes protectoras y programas creados por el Estado para el establecimiento de condiciones más justas de vida que beneficiaran a los sectores más desfavorecidos de la población¹⁰.

La noción de “derechos sociales” tiene una historia larga y de múltiples raíces, pero podríamos identificar su surgimiento a finales del siglo XIX, como respuesta al régimen liberal irrestricto nacido de las ideas políticas de la revolución francesa de 1789 y como respuesta, también, a una desigualdad cada vez más marcada entre los diversos componentes de ese sistema liberal.

El argumento de que la injerencia del Estado en cualquiera de las actividades del individuo afectaría enormemente el postulado fundamental de la libertad e

⁹ Cruz Parceró, Juan Antonio. “Los derechos sociales como técnica de protección jurídica”. Derechos sociales y derechos de las minorías. Op. cit. p. p. 90 y 91.

¹⁰ Esta nueva rama pugna por entender al derecho social como “el conjunto de leyes y disposiciones autónomas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos económicamente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales dentro de un orden justo.” Mendieta y Núñez, Lucio. El Derecho Social, 2ª ed., Porrúa, México, 1967, p.59.

igualdad entre los hombres, fue siempre la crítica acérrima a esta concepción jurídica.

Tuvieron que pasar varios años para que la concepción ultra liberal de los derechos comenzara a declinar en favor de una concepción menos individualista.

Así, sin desconocer los beneficios que se vislumbraban con el reconocimiento de los derechos de igualdad entre los hombres, los Estados se vieron en la necesidad de implementar reformas legales que impidieran los efectos negativos que en ocasiones se presentaban en el ejercicio de estos derechos de igualdad.

El concepto de justicia distributiva formulado por Aristóteles ilustra bastante bien lo dicho anteriormente.

Según el filósofo griego, la justicia consistía en un tratamiento igual en condiciones iguales y desigual en condiciones de desigualdad, en otras palabras, decía, el trato debe ser diferente en la medida en que difieren los hombres y los hechos, por lo que no puede hablarse de una igualdad de tratamiento absoluto sino proporcional¹¹

Una distinción clara entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos. Respecto a los primeros, el Estado toma una postura meramente abstencionista, limitándose a vigilar que los mismos se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras

¹¹ Aristóteles, *Ética Nicomaquea*. Política; tr. Antonio Gómez Robledo. 12ª edición, Porrúa, colección "Sepan Cuantos..." No. 70, México 1989; p. 157.

que en relación a los segundos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública.

Dicho en otros términos, “los derechos individuales imponen al Estado una obligación de no hacer, es decir, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el Derecho Social pueda ejercerse.”¹²

Pues bien, en opinión de diversos tratadistas el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta categoría de derechos y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada.

Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella. El sentido de la intervención estatal en el ámbito de la salubridad –como en cualquier otro derecho social- no es otro que el de superar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad y que impide a muchos un tratamiento médico adecuado, entre otros aspectos que este derecho contiene.

El principio de igualdad, entendido como tratamiento en función a las capacidades de cada individuo, se concretiza en el derecho a la protección

¹² Ruiz Massieu, José Francisco. “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud”. Soberón, Díaz Alfaro, et. all. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, p. 71.

de la salud al garantizar el Estado la superación de las necesidades de cada persona mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios necesarios para la atención de la salud.

Así, el derecho constitucional a la protección de la salud “es aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva que éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto.”¹³ Pero también significa, y esto es muy importante, la obligación (negativa) por parte del Estado, de no dañar la salud.¹⁴

Si tomamos en cuenta que filosóficamente el fin del Derecho es el goce pleno y que solo la salud es el medio para lograr el goce pleno de todos los derechos constitucionalmente garantizados y legalmente reconocidos, tenemos que concluir en la existencia de un derecho de la salud con fisonomía jurídica propia, imponiendo sus normas particulares como rama independiente del derecho en general¹⁵.

¹³ Escribano Collado, Pedro. El Derecho a la Salud. Cuadernos del Instituto García Oviedo, Universidad de Sevilla, España, 1976. p 44.

¹⁴ Abramovich, Víctor y Courtis, Christian. “Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales: estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales” en Abregú, M. y Courtis., C. (comps.) La aplicación de los tratados sobre derechos humanos por los tribunales locales, Buenos Aires., CELS.

¹⁵ OPS XVII Reunión OMS XIX Reunión “El Derecho De La Salud Como Rama Independiente Del Derecho En General” Puerto España Trinidad y Tobago Octubre 1967

1.4 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO AUTÉNTICA GARANTÍA CONSTITUCIONAL.

Hablar sobre la eficacia de los derechos sociales es, sin lugar a dudas, un tema difícil. Mientras que respecto a derechos tales como la libertad o la propiedad existe un entendimiento común, al que se ha llegado a través de una buena cantidad de estudios doctrinales y precedentes de los órganos jurisdiccionales, para los derechos sociales observamos una situación muy distinta, en razón a la falta de estudio sobre el tema o la escasa producción de criterios jurisprudenciales en esta materia.

Se ha dicho que no basta con la existencia del derecho a la salud como una idea, como simple expectativa o como plan de gobierno pendiente de instrumentar, sino que es necesario que éste se garantice a través de una norma subjetiva que haga efectivo el derecho en caso de incumplimiento por parte del obligado, que en este caso es el Estado, además de contar con un medio de control judicial que permita hacer exigible ese derecho, es decir, que ese derecho se haga justiciable.

Algunos autores coinciden en señalar que el derecho a la protección de la salud en El Salvador, consagrado en el artículo 65 constitucional, es una disposición de carácter programático, que establece simplemente directivas de acción para los poderes constituidos¹⁶.

Ese tipo de normas programáticas en una Constitución solamente representan el estímulo y guía de la acción de gobierno, pero de ninguna forma alcanzan a tener carácter vinculatorio.

¹⁶ Sobre normas programáticas, véase, entre otros, Biscaretti di Ruffia, Paolo. Introducción al Derecho Constitucional Comparado. FCE, México, 1975, pp. 321-322.

Los criterios antes señalados conducirían a sostener que en ningún caso el ciudadano podría tener acceso a la tutela jurisdiccional para hacer valer su derecho constitucional en juicio. Inclusive, hay quienes consideran que ante la imposibilidad de que el Estado se vea obligado coercitivamente a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, éste se vea sancionado por otros medios como la censura o el voto de castigo¹⁷.

Otros autores sostienen, en cambio,¹⁸ que si bien los derechos sociales no permiten reconocer desde la Constitución el otorgamiento de prestaciones, es decir, el reconocimiento de un derecho subjetivo oponible al Estado que garantice su exigibilidad, no por ello carecen de eficacia jurídica al punto de convertirse en meros enunciados programáticos.

Por nuestra parte coincidimos en señalar que aún cuando no pueda afirmarse que desde la Constitución Federal se otorgue al particular un derecho subjetivo que obligue coactivamente al Estado para hacer efectivo dicho derecho; en el preciso momento en que el legislador desarrolla los principios fundamentales en esta materia, o como lo dice expresamente el texto constitucional, “define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”, surge de esta forma el derecho del gobernado para exigir, siempre que se encuentre dentro de la hipótesis legal, el cumplimiento de su derecho constitucional, y en caso de que éste sea desconocido, podrá

¹⁷ “El ciudadano que ve frustrado su derecho constitucional a la protección de la salud tiene el recurso de imponer al agente estatal las supremas sanciones políticas que pueden darse en un sistema democrático: negarle el voto en las próximas elecciones; deteriorar la legitimidad de su mandato; censurar su gestión pública; acusarle de iluso, de demagogo, de utópico o de inconsistente.” José Francisco Ruiz Massieu, op. cit. p. 71-72.

¹⁸ Cossio Díaz, José Ramón. Estado Social y Derechos de Prestación. Centro de Estudios Constitucionales., Madrid, 1989. p. 235 y sigs.

acudir al juicio de amparo reclamando la violación a su derecho constitucional a la protección de la salud.

En otras palabras, el juicio de garantías habrá de “controlar la constitucionalidad de los actos de aplicación de leyes concernientes a esta materia, toda vez que, aún cuando el derecho fundamental se desarrolle en la ley, no se confunde con ella, permaneciendo como parámetro de constitucionalidad.”

Por otra parte, cuando el legislador decide crear una ley que desarrolle o amplíe el contenido del derecho a la protección de la salud, deberá salvaguardar la dimensión esencial de dicho derecho, ya que de no hacerlo así, el particular que se vea afectado con dicha norma podrá válidamente reclamarla en juicio de amparo alegando la inconstitucionalidad de la misma.

De esta forma podemos concluir que una vez regulado a nivel constitucional el derecho a la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo; sino, por el contrario, se ve obligado a regularlo conforme lo que dispone la propia Carta Magna, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegaren a violentar sus garantías individuales.

1.5 LAS POLITICAS DE SALUD

Al analizar las enormes irregularidades que existieron en la red hospitalaria durante la administración Saca, en nuestro sistema de salud en general, ineficiente, arcaico e insuficiente; que en lugar de velar por la conservación y restablecimiento de la salud de las personas, pone en riesgo a los pacientes, por la obsolescencia de los equipos, el desabastecimiento de medicamentos,

tan necesarios para la asistencia sanitaria, y por la falta de voluntad política de los altos funcionarios en resolver los problemas tan claros y tan elementales que están a la vista de todos.

Debemos analizar las políticas de salud y para ello, es preciso establecer previamente algunos conceptos. Primero el de Política: como Ciencia o Arte de lo posible. El objetivo de una política es controlar y dirigir cursos futuros de una acción. La Constitución de la República, es la fuente de todas las políticas públicas. Así, ella en el art. 1 establece: “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”; por ello, el Estado tiene la obligación de asegurar a sus habitantes, entre otros bienes públicos, el goce de salud. En consecuencia, el Art. 65 de la Carta Magna dice: “La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinara la política nacional de salud y controlara y supervisara su aplicación”.

Velar por la salud no significa meramente curar sino también propiciar la existencia de condiciones y requisitos necesarios para que ella se conserve, como la paz social, que todos los habitantes tengan acceso a la educación, a la vivienda, a la debida alimentación, al trabajo y, sumamente importante, a un ecosistema estable; en fin, a vivir bajo un régimen de gobierno que garantice la justicia social y la equidad. Este primer concepto es sumamente importante pues cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en que estas condiciones existan.

El segundo concepto que tenemos que tener en cuenta es que las políticas tienen que ver con la salud más que con la enfermedad; las políticas de salud

son el marco conceptual dentro del cual los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad, pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad.

La palabra política en el campo de la salud tradicionalmente ha presentado connotaciones peyorativas, tales como: Decisiones arbitrarias, medidas incongruentes, cambios sin consultar, interferencias, racionalizaciones absurdas en el manejo de las actividades de salud. Es decir que en la realidad no vemos que ese marco exista para favorecer la participación de gobernantes y gobernados a favor de la conservación y restablecimiento de la salud.

Por otra parte, si la existencia de políticas constituye el mejor antídoto contra los frecuentes cambios a que están expuestos los programas por el simple arbitrio de las autoridades de turno, deberían ser conocidas por todas y todos y además, de la contraloría gubernamental, ser objeto de auditoría social.

Porque las políticas se dan a varios niveles, desde el nivel legislativo (macro) como las decisiones que se toman a nivel (micro) en las instituciones de salud etc.

Por parte de los médicos, el profesionalismo y nuestro convencimiento de la necesidad de desempeñar actividades científicas a la par de nuestra responsabilidad social, ha contribuido a crear en el sector de salud una actitud crítica, frente a las disposiciones arbitrarias del poder político.

Una de las formas de realizar auditoria de salud, es mediante la medición de determinados indicadores que cambian de lugar a lugar. La situación de salud en el mundo tiene que describirse en términos de un espectro más que de un punto fijo debido a la gran variedad de condiciones sociales, políticas y económicas existentes entre los países.

El lugar que cualquiera de los países ocupa en espectro de la situación de salud depende de la interacción de una cantidad de determinantes que comprenden los riesgos específicos para la salud, como son las enfermedades infecciosas y las no infecciosas, las lesiones, los riesgos ambientales y ocupacionales y las dependencias; los determinantes de estos riesgos específicos en el medio ambiente social y en el físico y los factores genéticos.

Los determinantes de la situación de salud también comprenden los servicios de salud que han sido organizados, en cada país, para enfrentar los riesgos específicos, la prevención, la detección y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Existen determinantes generales que influyen tanto sobre los riesgos como sobre los servicios, como son el desarrollo económico - tanto de la industria como de la agricultura -, los niveles de vida de la población y el compromiso político-ideológico de cada país con el mejoramiento de los niveles de vida, los servicios preventivos, la detección y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.

Es importante que tengamos en cuenta que los sistemas de salud y el bienestar que generan a la población en países con la misma riqueza pueden variar sustancialmente, no solo por la inversión de su PIB en la Salud, sino también por la orientación social de sus sistemas políticos.

Nuestro país, tan pequeño y escaso de recursos, debe buscar insertarse en la economía mundial, comenzando por la integración centroamericana, como una necesidad de supervivencia, garantizando el crecimiento y el desarrollo de su población pensando a nivel del istmo. Y la integración en materia de salud, no se propicia.

La salud como un bien social determinante del desarrollo, debe ser sostenible dentro de un ambiente de paz y justicia social, con dominio del conocimiento, de la ciencia y de la técnica y la capacidad de utilizarlas para promover el desarrollo que queremos; la cultura, el cambio de valores para crear las condiciones que hacen posible el desarrollo y la protección del ambiente, que dará los recursos para el futuro de las nuevas generaciones. El reto es grande y quiere la ejecución de cambios profundos que permitan una mejor respuesta a la demanda a través de la integración del sector salud.

El Salvador con una población de 5, 744,113 habitantes y una densidad poblacional de 273 habitantes por Km², tiene concentrada en su ciudad capital, a la tercera parte de la población y cada año se concentra más en las zonas urbanas. A ello debemos añadir que el Estado no ha logrado optimizar eficientemente los recursos disponibles para mejorar las condiciones de vida de la población urbana y rural mayoritaria, de manera que hay déficit de servicios básicos que son fundamentales para lograr una vida digna para la familia salvadoreña.

La falta de empleo, agua limpia, alimentación, vestido, vivienda y acceso universal a la educación y a los servicios de salud, limita el desarrollo de las potencialidades humanas de los salvadoreños y lo que tenemos, es frustración, delincuencia, violencia familiar, depredación de los recursos naturales, enfermedades infecciosas por las condiciones de insalubridad y de

pobreza prevalentes, muertes violentas por accidentes de tránsito y de homicidios. Es decir un incierto futuro que obliga a la gente a irse del país, especialmente a los Estados Unidos de donde, desde hace años, han empezado a deportar a los inmigrantes.

”Cada año mueren en el salvador más de 36,000 personas por diferentes causas. En el salvador hay una esperanza de vida de 71 años, y mueren anualmente casi siete mil niños menores de 1 año, por causas prevenibles, de manera que por cada muerte infantil que ocurre, el país pierde 65 años potenciales de vida humana, de los cuales 50 años son de vida productiva. Asimismo, cada año se tiene la irreparable pérdida de 200 mujeres por complicaciones asociadas al embarazo. Y también por causas que pueden prevenirse con intervenciones de salud eficaces, oportunas y de bajo costo”¹⁹.

En el sector salud se cuenta con recursos humanos, materiales y financieros que no están eficientemente integrados, lo cual dificulta la capacidad de respuesta para la protección de la salud; y la comunidad como parte fundamental en el auto cuidado, no es tomada en cuenta en los procesos de gestión para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

La educación en salud de la población y de los trabajadores de salud no ha sido consecuente con las necesidades de cambio para la sostenibilidad de un sistema nacional más eficiente, eficaz y equitativo.

¹⁹ Tobar Ponce, Roberto German; La verdad sobre las políticas de salud. Diario Co Latino Miércoles, 14 de Enero de 2009.

La población quiere soluciones ágiles con calidez y respeto por parte de los servicios de salud en general, no maltrato ni problemas agregados a sus sufrimientos históricos, la población espera la oportunidad de ser parte de las soluciones no ser considerada como un problema por los empleados y funcionarios.

CAPITULO 2
BASE TEORICA DOCTRINARIA DEL DERECHO CONSTITUCIONAL Y
DEL DERECHO A LA SALUD

2.1 FUNDAMENTACIÓN DOCTRINARIA DEL DERECHO CONSTITUCIONAL

El derecho constitucional es un conjunto de normas y principios jurídicos que organizan al estado ,determinan sus órganos las relaciones de estos entre si y sus funciones así como los derechos fundamentales de los gobernados y de los grupos sociales frente al poder del estado y de quienes lo ejercen .

Este derecho constitucional se caracteriza

- a) Por ser fundamental, es decir que toma al estado en su unidad lo identifica en la comunidad internacional y trata en definitiva de establecer un conjunto institucional y normativo que haga posible la realización del bien común.
- b) Por ser coordinador de todo el ordenamiento jurídico que encuentra en el es decir como un tronco del que parten las diferentes ramas del derecho.
- c) Es materialmente autónomo ,por su peculiar contenido político
- d) Este es extensivo no todo derecho constitucional está contenido en la constitución ni todo el contenido de esta es el derecho constitucional

y por otra parte toda la normativa constitucional se afirma, se perfecciona se aclara en su aplicación .las leyes políticas de íntima relación con el derecho constitucional como son las de procedimientos constitucionales, electoral; el derecho constitucional de la corte suprema de justicia son prueba de ello .²⁰

2.2 DEFINICIÓN DE DERECHO CONSTITUCIONAL

2.2.1 CONCEPTO

Según Manuel Osorio derecho constitucional es aquella rama del derecho público que tiene por objeto la organización del estado y sus poderes la declaración de los derechos y deberes individuales y colectivos y las instituciones que los garantizan ²¹

Podemos mencionar que el Derecho Constitucional es la rama interna del derecho público relativa a la Constitución del Estado.

Esto ha sido sostenido por el famoso publicista francés Maurice Hauriou quien decía que el Derecho Constitucional “tiene por objeto la constitución política y social del estado” ²²

²⁰Beltrand Galindo, Francisco y otros Manual de derecho Constitucional T. I centro de información jurídica Ministerio de Justicia 4ta Ed, 2000 pag11.

²¹Osorio Manuel, diccionario de Ciencias jurídicas políticas y sociales 1999, editorial Claridad SA, Argentina, 1999 Pág. 317

²²Hauriou Maurice Principios Del Derecho Publico y constitucional ,versión castellana de Carlos Ruiz del Castillo Madrid 1927 Pág. 2

2.2.2 NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO CONSTITUCIONAL

Al hablar de la naturaleza de una rama jurídica civil, penal por dar algunos ejemplos es decir si esta es Derecho Público o Derecho Privado la doctrina no especifica en cuanto a si tal división es científicamente valida , ya que es difícil establecer una línea divisoria entre lo que sea público y lo que sea privado. además dependiendo de la mayor o menor extensión del “Ius Cogens” lo cual varia a través de la historia hay ordenamientos jurídicos o parte de ellos que en un tiempo pertenecieron al campo de lo que se llama derecho privado los cuales han pasado a ser considerados parte del derecho público y viceversa.

Todo derecho es tal en virtud de su reconocimiento por parte de la comunidad política o estado a través de la costumbre o por medio de la legislación y la cual según las ideas predominantes restringe o extiende el campo de las relaciones sobre las cuales los particulares pueden libremente establecer sus reglas de conducta obligatoria , pero por grande que esta área de libertad sea, siempre habrá zonas vedadas a la libertad jurídica de los particulares .²³

Tampoco existe unanimidad en relación a cual sea el criterio diferenciador, si es que admita la distinción Muchos son los criterios propuestos.

²³Beltrand Galindo, Francisco, otros Manual de derecho Constitucional T. I centro de información jurídica Ministerio de Justicia 4ta Ed, 2000 pag13.

En lo que al derecho constitucional respecta el planteamiento mismo del problema parece una cuestión bizantina es decir como discutir como algunos teólogos lo hicieron en la edad media.²⁴

En efecto si la división no se acepta y se admite en cambio la unidad del ordenamiento jurídico la discusión carece de objeto. El Estado se confundirán y todo derecho será a la vez público y estatal

Para Blcaretti di Ruffia nos presenta también el criterio formal de distinción de dos grandes ramas del derecho y nos dice que lo que cuenta es la forma exterior de la relación jurídica si esta gira en la órbita del derecho público tendrá implícita la posibilidad del procedimiento coactivo y su expresión casi siempre será la de un acto unilateral de poder en consecuencia la violación de una norma de derecho público traerá aparejada el ejercicio de una acción que compete al Estado a diferencia de las acciones por violaciones a normas de derecho privado se encuentran reservadas a los particulares .

Podemos decir que el derecho constitucional es un acto de imperio si bien puede surgir históricamente a través de una forma contractual sea por la costumbre o por un pacto escrito o constitución formal una vez tomada la decisión esta se vuelve obligatoria para todos y su violaciones desataran los mecanismos de derecho público e incluso cuando los individuos accionan para buscar la reparación de una inconstitucionalidad de la ley lo hacen como órganos estatales, como ciudadanos no como particulares .²⁵

El derecho constitucional siempre será ubicado en el rubro del derecho público ya que “atiende a situaciones y relaciones en las cuales

²⁴Kelsen Hans, Teoría General Del Estado

²⁵Idem .Ob. Cit. pàg . 13

necesariamente según el contenido de la mismas normas, está implicada la participación del Estado o de sus auxiliares en tanto que el derecho privado concierne a situaciones y relaciones que su participación es solo eventual “

2.3 ÁMBITO DE PROTECCIÓN DEL DERECHO CONSTITUCIONAL

El derecho constitucional, afirma es la parte de el derecho que regula las instituciones políticas del estado; su estudio se dirige a estudiar esas instituciones desde el punto de vista jurídico; es conocido que las normas institucionales, al sistematizarse y estructurado en una constitución; solo dejaran su carácter disperso.

El Derecho constitucional es: una rama del [Derecho político](#) cuyo campo de estudio incluye el análisis de las leyes fundamentales que definen un [Estado](#). De esta manera, es materia de estudio todo lo relativo a la [forma de Estado](#), [forma de gobierno](#), [derechos fundamentales](#) y la regulación de los [poderes públicos](#), incluyendo tanto las relaciones entre poderes públicos, como las relaciones entre los poderes públicos y los ciudadanos. Poder Clásicamente el poder se conoce como la potencialidad de hacer que un tercero haga o realice lo que se le solicita u ordena.

En ese sentido, un órgano tiene poder cuando posee capacidad de coerción para hacer cumplir sus mandatos imperativos. El poder político es aquella forma de poder a la que se atribuye el uso de la violencia legítima. El significado actual en las democracias liberales va ligado a la existencia de una legitimidad democrática, y a la atribución de capacidad dispositiva acorde al criterio de oportunidad política. Así, el concepto se contrapone al

poder que se atribuye a la Administración o a los órganos judiciales, pues éstos poseen una voluntad que ha de estar fundada en un texto legal, es decir, poseen una capacidad reglada cuyas decisiones jamás pueden basarse en criterios de oportunidad. Generalmente se obtiene este poder con importantes contactos o poder económico.

La Constitución es: un texto de carácter jurídico-político fruto del poder constituyente que fundamenta todo el ordenamiento, situándose en él como norma que recoge y crea los poderes constituidos. Además, tendrá el carácter de norma suprema, de manera que prevalecerá sobre cualquier otra que fuese posterior y contraria a ella. También tendrá el carácter de norma rígida, que supone que su modificación o derogación está sometida a unas condiciones especiales, recogidas en la propia Constitución.

No es infrecuente encontrar en la literatura académica el uso indistinto de la expresión derechos humanos y derechos fundamentales; términos que, en ocasiones incluso, se los asimila a las denominaciones derechos naturales, derechos públicos subjetivos, libertades públicas y derechos morales; lo cual determina la necesidad de establecer algunas precisiones conceptuales sobre el alcance de dichas expresiones, abocándonos por la pertinencia y frecuencia de su uso, a las dos denominaciones primeramente aludidas.

Así, Robles²⁶, estima que la expresión derechos humanos o derechos del hombre llamados clásicamente derechos naturales, y en la actualidad derechos morales, no son en realidad auténticos derechos -protegidos mediante acción procesal ante un juez- sino criterios morales de especial

²⁶Robles, Gregorio, Los derechos fundamentales y la ética en la sociedad actual, Ed. Civitas, S.A., Madrid, 1997, pp. 20 y ss.

relevancia para la convivencia humana, y que en todo caso, "una vez que los derechos humanos, o mejor dicho, determinados derechos humanos, se positivizan, adquieren la categoría de verdaderos derechos protegidos procesalmente y pasan a ser derechos fundamentales, en un determinado ordenamiento jurídico"; o lo que es lo mismo: los derechos fundamentales son derechos humanos positivados.

Pérez Luño²⁷, en esta misma línea, considera que el término "derechos humanos" debe quedar reservado para la moralidad y "derechos fundamentales" para la juridicidad.

Peces Barba²⁸, por su parte, estima que el término "derechos fundamentales" es más preciso que la expresión "derechos humanos" y "carece del lastre de la ambigüedad que ésta supone".

De nuestra parte, partiendo del orden normativo vigente, consideramos que es posible sostener que bajo la expresión "derechos fundamentales" se designa a los derechos garantizados por la Constitución y que en cambio, la denominación "derechos humanos", hace referencia a derechos garantizados por normas internacionales. Las primeras tienen como fuente de producción al legislador constituyente, y las segundas, a los Estados y organismos internacionales.

Conforme a esto, ambos son derechos positivos tendentes a salvaguardar unos mismos valores que, desde un punto de vista moral y político, se consideran básicos para la convivencia humana²⁹. Cabe aclarar sin embargo,

²⁷Pérez Luño, citado por Peces Barba, en Op. cit., pp. 36 y ss.

²⁸Peces-Barba Martínez, Gregorio, Curso de Derechos Fundamentales, Universidad Carlos III de Madrid Boletín Oficial del Estado, Madrid, 1999, pp. 36 y ss.

²⁹Diez Picazo, Luis María, "Aproximación a la idea de los derechos fundamentales", Revista Peruana de Derecho Constitucional, número 2, 2000, Lima, pp. 221 y ss.

que toda otra utilización de la expresión "derechos humanos" fuera del contexto señalado, tendría una connotación estrictamente moral.

2.4 CONCEPTO Y SIGNIFICADO

Resulta de rigor, al menos, conforme a nuestra tradición patria, el brindar un concepto de la disciplina o tema objeto de estudio. En este cometido, diremos con Luigi Ferrajoli, que derechos fundamentales son "Todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; entendiendo por derecho subjetivo cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica...³⁰".

Del concepto glosado se extrae que una de las notas caracterizadoras de todo derecho fundamental es el de ser un derecho subjetivo. Con esto quiere ponerse de relieve que el titular del derecho tiene la facultad de exigir su respeto y observancia, pudiendo acudir para ello al órgano jurisdiccional competente para en su caso reclamar, a través de los recursos que establece el respectivo orden jurídico, la protección de tales derechos y la reparación del menoscabo sufrido.

Sin embargo, conviene precisar, que los límites a los derechos fundamentales no sólo pueden provenir de preceptos limitadores que el legislador ordinario pueda crear con los que se vacíe el contenido esencial a

³⁰Ferrajoli, Luigi, *Derechos y Garantías*, Ed. Trotta S.A., Madrid, 1997, p. 37.

un derecho concreto, sino también a través de otras medidas legislativas que no limiten directamente derechos fundamentales, sino que, regulando otras materias establezcan unas condiciones inadecuadas para la realización efectiva de los derechos fundamentales o lo que es lo mismo, que tales normas se traduzcan en un muro de contención infranqueable para que la persona pueda ejercer los derechos que el orden constitucional le reconoce³¹; de ahí que los derechos fundamenta les no sólo garantizan derechos subjetivos de las personas, sino también principios objetivos básicos del orden constitucional, que influyen de manera decisiva sobre el ordenamiento jurídico en su conjunto, legitimando y limitando el poder estatal, creando así un marco de convivencia humana propicio para el desarrollo libre de la personalidad³².

Así, los derechos fundamentales como principios objetivos (preceptos negativos de competencia), limitan las atribuciones de los tres poderes. Este entendimiento se halla expresado en la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional Boliviano en la sentencia 004/2001, que declaró inconstitucional la reglamentación de los derechos fundamentales vía Decreto Supremo.

³¹ Así puede darse el caso que una norma no esté dirigida a limitar de manera específica el contenido esencial del derecho fundamental al trabajo por ejemplo, pero que, sin embargo, tal precepto al constreñir significativamente las fuentes de trabajo determinando con ello la desocupación masiva, lesiona el referido derecho.

³² Este es el entendimiento que asume la doctrina del Tribunal Constitucional Boliviano, expresada a través de la SC 52 2002, conforme al siguiente texto: "Que, desde una interpretación teleológica, se tiene que el reconocimiento constitucional de los derechos fundamentales persigue crear y mantener las condiciones básicas para asegurar el desarrollo de la vida del hombre en libertad, en condiciones compatibles con la dignidad humana; asignándole, como garantía de su eficacia, la calidad de derechos subjetivos; sin embargo, conviene precisar, que los derechos fundamentales, conforme a la normativa constitucional antes aludida, no sólo garantizan derechos subjetivos de las personas, sino también principios objetivos básicos del orden constitucional, que influyen de manera decisiva sobre el ordenamiento jurídico en su conjunto, legitimando y limitando el poder estatal, creando así un marco de convivencia humana propicio para el desarrollo libre de la personalidad; conforme a lo cual, el legislador está llamado a crear las condiciones propicias para el logro de los fines antes aludidos; en consecuencia, le está vedado actuar en sentido inverso".

Tal vez ninguno de los institutos jurídicos vinculados a los derechos del hombre, ha tenido tal nivel de receptividad en los textos constitucionales de las distintas latitudes del mundo como los derechos fundamentales³³.

En efecto, los que en sus orígenes fueron concebidos como mera propuesta, desde su configuración primigenia en el *Bill of Rights* de 1689 en Inglaterra; en la Declaración de Virginia de 1776, y fundamentalmente, según nuestro entendimiento, en la Declaración de los Derechos del hombre y del ciudadano de 1789 en Francia, contemporáneamente se constituyen en el sustrato básico imprescindible del Estado de Derecho; de tal manera que ahora, para que un Estado pueda adjetivarse como "de Derecho", deben llenarse al menos unos estándares mínimos exigibles; entre los que se encuentra, la subordinación de la legislación a un ordenamiento de valores que esa sociedad (expresada a través de un consenso básico: su Constitución); consenso que al menos debe abarcar: el reconocimiento de los derechos contenidos en la Declaración de la Naciones Unidas sobre Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos del 19 de diciembre de 1966³⁴.

Esto importa, claro está, una internacionalización de los derechos fundamentales, que a nuestro entender, es donde mejor se ha expresado, en términos de convivencia humana, la llamada globalización.

³³De Chazal Palomo, José Antonio y Saucedo Justiniano, José Luis, Declaraciones fundamentales y Derechos constitucionales, UPSA, Santa Cruz, 1998, p. VIII.

³⁴Lösing, Norbert, "Estado de Derecho y Debido Proceso Penal" en Anuario de Derecho Constitucional, Ed. Ciedla, 1998, p. 464.

Nos parece que avala el criterio de la globalización expuesto, el hecho de que las declaraciones de derechos en los instrumentos internacionales antes aludidos consagran, de manera más o menos uniforme, previsiones sobre los derechos: a la vida, a la libertad, a la seguridad, a la igualdad, a la propiedad, a la privacidad, a la libertad de opinión, reunión y asociación; derechos éstos que con algunas ligeras diferencias, se encuentran reconocidos por las distintas constituciones.

Esto también reafirma la validez de la tesis de que no hay Estado de Derecho sin el reconocimiento de los derechos fundamentales. Y es que como lo advierte Lösing³⁵, el principio Estado de Derecho se va desarrollando según se van desarrollando los derechos fundamentales y según va variando la interpretación de los mismos; lo cual determina la existencia de un flujo y reflujo permanente entre la interpretación de los derechos fundamentales y la interpretación del principio Estado de Derecho; o lo que es lo mismo: los derechos fundamentales son interpretados a la luz de los principios del Estado de Derecho y el Estado de Derecho se nutre de la interpretación de los derechos fundamentales.

2.5 CONTENIDO Y CLASIFICACIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES

El derecho comparado no muestra uniformidad ni en el catálogo ni en el contenido que los textos constitucionales dedican a los derechos fundamentales; sin embargo, no obstante esta diversidad, podría sostenerse

³⁵ *Ibídem*

que existe una base común de la cual parten todas las constituciones de nuestra órbita de cultura: la ordenación jurídica de la libertad³⁶. Conforme a esto, Peces Barba³⁷ considera que "La libertad es el referente central, bóveda del fundamento de los derechos fundamentales, al que apoyan, completan y matizan los otros valores: igualdad, seguridad jurídica y solidaridad". Precizando que esa categoría fundacional que tiene la libertad en la estructura de los derechos, "deriva de su conexión con los fines del hombre, expresados en la moralidad, y con posibilidad de ofrecer un ámbito de comunicación para el intercambio de razones sobre fines y objetivos"³⁸.

³⁶López Guerra, Luis, Introducción al derecho constitucional, Ed. Tirant lo Blanch libros, Valencia, 1994, p. 104. Aquí el citado profesor español, distingue tres generaciones de derechos fundamentales, a saber:

Una primera generación, correspondiente al constitucionalismo liberal (s. XVIII y XIX) en que el acento se pone, en los textos constitucionales, en derechos de clara dimensión individual: protección del individuo frente a amenazas externas por parte de los poderes del Estado, (derechos de libertad) y participación en la vida pública (derechos políticos).

Una segunda generación, (constitucionalismo social, a partir de la I Guerra Mundial), constituciones en que a los derechos anteriores se añaden otros que tienen en cuenta las relaciones de los individuos con su entorno social (relaciones laborales, económicas, etc.) y que suponen garantías de bienestar, o prestaciones materiales (educación, salud).

Derechos de la tercera generación, que protegen derechos colectivos, integrados por bienes antes considerados como sobreentendidos, y base de la misma vida, pero que comienzan a ser escasos, y cuya desaparición amenaza a la colectividad como un todo: derechos al medio ambiente, a un entorno sano, al patrimonio cultural, etc.

³⁷Peces Barba Martínez, Gregorio, Curso de Derechos Fundamentales (teoría general), Ed. Boletín Oficial del Estado y Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, 1999, p. 103.

³⁸ *Ibidem*. Conforme a este entendimiento, el profesor Peces Barba complementa su tesis, sosteniendo que existen tres modalidades de aplicación de la libertad, que fundamentan tres distintos tipos de derechos: 1) Es Libertad como no interferencia o protectora, cuando pretende que el hombre pueda actuar y decidir libremente el propio comportamiento. 2) Es libertad promocional cuando pretende satisfacer una serie de necesidades básicas que impiden o dificultan el ejercicio del primer tipo de libertad. 3) Es libertad participación cuando pretende favorecer la intervención en la formación de los criterios de decisión política, contribuir al proceso de formación normativa, y al restablecimiento de fines y objetivos y valores de la actividad del Estado.

Conforme a esto, a los derechos fundamentales les está dada la función de crear y mantener las condiciones básicas para asegurar el desarrollo de la vida del hombre en libertad, en condiciones compatibles con la dignidad humana; y es que "La libertad del individuo sólo puede darse en una comunidad libre; y viceversa, esta libertad presupone seres humanos y ciudadanos con capacidad y voluntad para decidir por sí mismos sobre sus propios asuntos y para colaborar responsablemente en la sociedad públicamente constituida como comunidad"³⁹.

Cabe subrayar sin embargo, que no obstante la universalización de los derechos fundamentales, la configuración constitucional de un derecho fundamental no es homogénea, sino que guarda correspondencia con la idiosincrasia de cada pueblo; y en ocasiones, se da que junto al núcleo de derechos reconocidos en prácticamente todas las constituciones contemporáneas (libertad de locomoción, derecho a la privacidad, inviolabilidad del domicilio) no faltan casos en que se reconocen como fundamentales, derechos difícilmente calificables como tales en otros contextos. En este sentido, se citan⁴⁰ como ejemplos emblemáticos: el derecho a la tenencia de armas previsto en la enmienda II de la Constitución de los EE.UU y el derecho a dictar libre testamento, previsto en el Art. 22 de la Constitución de El Salvador

³⁹Hesse, Conrado y otros, Manual de Derecho Constitucional, Madrid, Marcial Pons, 1996, p. 90

⁴⁰López Guerra, Luis, Op. cit., p. 104.

Por su función, la doctrina clasifica a los derechos fundamentales en: derechos civiles, derechos políticos y derechos sociales⁴¹, conforme a los cometidos siguientes:

- a) Los derechos civiles, llamados también derechos de libertad, cumplen la función de garantizar determinados ámbitos de libertad de actuación del hombre, en los que le está vedado al Estado intervenir; pues se trata de ámbitos inviolables, sujetos sólo a la autodeterminación del hombre. La nómina de estos derechos, en la época del surgimiento de los derechos fundamentales, se estructuraba bajo la idea de los derechos de libertad personal y propiedad. Conforme a esto, en la nomenclatura de nuestra Constitución, los derechos civiles estarían integrados por los derechos: a la libertad de expresión o de opinión y difusión de las ideas, de asociación, al trabajo, comercio, industria u otra actividad lícita; a enseñar, a la libertad de locomoción, a la propiedad privada, a la integridad física y a la vida.
- b) Los derechos políticos, llamados también derechos de participación, tienen por finalidad garantizar la participación y acceso del ciudadano a la gestión pública; entre los que figuran: el derecho al sufragio, derecho de acceso a los cargos públicos, derecho de petición; sin embargo, corresponde precisar que sólo el último de los nombrados está incluido en el catálogo de los derechos fundamentales reconocidos por el Art. 18 constitucional, lo que no impide, sin embargo, que tales derechos sean reconocidos como derechos fundamentales vía jurisprudencial.

⁴¹Por todos, Díez-Picazo, Op. cit., p. 226

- c) Los derechos sociales, denominados también derechos de prestación, los cuales tienen por finalidad garantizar condiciones de vida del ser humano en dignidad; encontrándose entre ellos: el derecho a la seguridad social, a la educación, a una remuneración justa por el trabajo; derechos que en su integridad se hallan reconocidos por nuestra Constitución, como derechos fundamentales.

Como quedó expresado precedentemente, la doctrina viene configurando, aunque de manera incipiente aún, un cuarto grupo de derechos fundamentales: los llamados "derechos difusos"⁴² (o derechos de la tercera generación), integrados por los derechos al medio ambiente, a un entorno sano y al patrimonio cultural, entre otros.

No cabe duda que el reconocimiento de los derechos fundamentales en los textos constitucionales es un logro importante; sin embargo, como advierte López Guerra, "el efectivo ejercicio de los derechos de libertad y participación sólo cobra sentido si se dan unas condiciones materiales previas" puesto que si la persona humana no dispone de unos medios básicos que garanticen un mínimo vital en condiciones de dignidad, pocas serán las esferas propias que puedan protegerse de injerencias exteriores ilegales o arbitrarias. De este modo, por ejemplo, no es susceptible de protección el derecho a la

⁴²La Sala Cuarta de Costa Rica, diseña las notas características del derecho difuso, señalando que "Se trata, de intereses individuales, pero a la vez, diluidos en conjuntos más o menos extensos y amorfos de personas que comparten un interés y, por ende, reciben un beneficio o un perjuicio, actual o potencial, más o menos igual para todos, por lo que con acierto se dice que se trata de intereses iguales de los conjuntos de personas que se encuentran en determinadas situaciones, y a la vez, de cada una de ellas. (Así: Sala Constitucional N. 2331-96, del 14 de mayo de 1996).

inviolabilidad del domicilio del que no tiene casa, o el derecho a la libertad personal, del que depende de otros para su mera subsistencia⁴³.

2.6 EL LÍMITE DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES.

El problema del límite a los derechos fundamentales es una de las cuestiones más discutidas en el derecho contemporáneo, sobre el cual aún no existe uniformidad de criterios en la doctrina; no es previsible tampoco que lo haya en un futuro próximo. Las opiniones se hallan posicionadas en dos frentes más o menos irreductibles: la teoría relativa y la teoría absoluta.

Sin embargo, antes de adentrarnos en el análisis de las posiciones aludidas, conviene sentar algunas premisas básicas que nos ayuden a entender mejor la problemática en estudio. Así, cuando se habla de límites normativos en general, estos pueden ser materiales y formales.

Los primeros, establecen contenidos normativos que limitan, en diversos niveles, la producción normativa, la aplicación y el ejercicio del derecho; en cambio, los límites formales, se refieren a las competencias o atribuciones otorgadas a los órganos jurisdiccionales o administrativos para limitar, en determinados supuestos preestablecidos, el ejercicio de derechos o la

⁴³López Guerra, Luis, Op. cit., pp. 108 y ss. Peces Barba, a esta problemática la vincula con la eficacia de los derechos, es decir con la "existencia o posibilidad de existencia real de esos derechos para algunas personas", sobre quienes pesan límites de hecho y no derecho, como el analfabetismo, la pobreza.

suspensión temporal de los mismos⁴⁴. Conforme a esto, los límites de cada derecho, considerados en general, se encuentran en la Constitución y en las leyes de desarrollo, y los límites en la aplicación de los derechos en un supuesto concreto, aparecerán en la resolución que resuelva el asunto en cuestión.

La teoría relativa parte de la idea de que la protección a los derechos fundamentales no es absoluta, y que por tanto es posible restringir un derecho fundamental cuando tal limitación se halle razonablemente justificada, justificación que debe encontrar apoyo explícito en la Constitución o bien pueda extraerse implícitamente de ésta⁴⁵, en cuanto responde a la "necesidad de proteger o preservar no sólo otros derechos constitucionales, sino también otros bienes constitucionalmente protegidos. Esta ponderación se sustenta en el llamado "test de razonabilidad" o "principio de proporcionalidad", en palabras de la doctrina alemana. Esta ponderación se realiza a través de tres etapas, a saber:

- a) El examen de la adecuación del precepto limitador del derecho al bien que mediante él se pretende proteger.
- b) El examen de la necesidad de la lesión del derecho para el fin pretendido, al no existir otro medio menos gravoso
- c) El examen de proporcionalidad entre la lesión al derecho y el fin que se persigue⁴⁶. Para esta teoría, el contenido esencial no es una

⁴⁴Peces Barba, Op. cit., p. 590.

⁴⁵Martínez-Pugalde, Antonio Luis, La Garantía del contenido esencial de los derechos fundamentales, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1997, p. 22.

⁴⁶ Ibídem

medida preestablecida y fija; no es un elemento estable ni una parte autónoma del derecho fundamental⁴⁷.

A su vez, las teorías absolutas parten de la idea de que todo derecho fundamental estaría integrado por una parte nuclear, que sería su contenido esencial⁴⁸, y una parte periférica, que sería su contenido accesorio. La primera esfera (el contenido esencial) que es la parte que no puede ser limitada por el legislador, constituyéndose en el límite de la permisión limitadora que le da la Constitución al legislador ordinario. Conforme a esto la parte nuclear estaría vedada a toda limitación, lo que no ocurre con la parte accesorio, que podría ser afectada por la regulación, pero con la condición de que siempre esté debidamente justificada.

De nuestra parte, nos parece que de la expresión "contenido esencial", no puede extraerse que cada derecho fundamental esté integrado por un contenido nuclear (esencial) y otro periférico (accesorio), y de ello entender que la esfera vedada al legislador ordinario sea la primera y no la segunda; pues, este entendimiento no sólo presentaría infranqueables problemas hermenéuticos sino que, fundamentalmente, no encuentra respaldo alguno en el texto ni en el sentido de protección de cada derecho fundamental. Y es que, el contenido esencial del derecho no puede ser otro que el derecho mismo en sus caracteres propios que lo describen e identifican como tal; o

⁴⁷Martínez-Pugalde, Op. cit., p. 20

⁴⁸El contenido del "contenido esencial" quedaría reducido a todo aquello que queda en el derecho en cuestión, después realizada la ponderación, con aquellos bienes o derechos que justifican la limitación.

dicho en otras palabras, el contenido esencial de un derecho, es el derecho en sí mismo, sin añadidos ni mermas.

La protección que brinda la Constitución a los derechos fundamentales no es absoluta sino relativa, está expuesta a límites. En efecto, tal limitación, en unos casos, está contenida de manera explícita en el mismo texto Constitucional (Así, el derecho de propiedad, el derecho al trabajo); en otros casos, el límite no está establecido en el texto del derecho pero es implícito; y se fundamenta en el derecho de los demás, derivado de la coexistencia del hombre en sociedad, (Así, el derecho a la libertad de expresión, a la libertad de enseñanza, entre otros). Nos parece que avala esta tesis (del límite implícito), entre otros supuestos, los siguientes: la Constitución salvadoreña no impone ningún límite explícito al derecho a la libertad de expresión (lo propio ocurre en la mayoría de las constituciones iberoamericanas), y sin embargo, los códigos punitivos de la generalidad de los países de esta órbita de cultura, sancionan toda expresión injuriosa, así como otros atentados al honor.

Conforme a esto, los límites posibles a un derecho fundamental deben inferirse antes que nada, del texto de la propia Constitución, en el marco de una interpretación sistemática; en la que se tomen en cuenta los criterios axiológicos y teleológicos internos y externos de la norma constitucional misma⁴⁹.

⁴⁹Esta posición se adscribe en parte a la tesis sostenida por el Prof. Martínez Pugalde (Cfr. Martínez-Pugalde, Op. cit., pp. 41 y ss.).

En lo que se refiere a las limitaciones al ejercicio concreto de un derecho, atribución que es otorgada a los órganos jurisdiccionales y administrativos, conviene precisar que además de los contemplados de manera explícita en la Constitución; el abuso del derecho se configura como un importante límite externo al ejercicio concreto de un derecho fundamental.

Este límite implícito se extrae del contexto del orden constitucional y jurídico en general, en los que subyace el mismo, y bajo cuya óptica debe interpretarse el ejercicio de los derechos fundamentales y las garantías constitucionales; pues, "...son criterios de interpretación del ejercicio de los derechos, que lo limitan en el mismo momento de su ejercicio"⁵⁰, y se sustenta en el hecho de que un derecho "...es de todos y un uso abusivo del mismo, puede dificultar la acción de otros para ejercer también el mismo derecho"⁵¹, lesionando con ello el principio de igualdad.

2.7 FUNDAMENTACIÓN DOCTRINARIA DEL DERECHO A LA SALUD

La obligación del Estado de proporcionar atención médica individual a los ciudadanos, constituye un tema altamente controvertido. A continuación haremos referencia a las teorías más relevantes en consideración con el derecho a la salud, y que constituyen un resumen extraído de la obra de Avenis Donabedian, denominada *Aspects Of Medical Care Administration; Specifying Requeriments For Healt Care*. Harvard University.

⁵⁰Peces Barba, Gregorio, Op. cit., pp. 605-606

⁵¹Ibídem

2.7.1 TEORÍA DE LOS LIBERTARIOS

Consideran que la atención médica constituye una recompensa al éxito individual, y atribuyen suprema importancia a la libertad del individuo y a la eliminación de la fuerza. Según esta teoría, la salud es solamente una necesidad más del individuo, como serían la vivienda, la educación y la recreación. El individuo debe decidir como utilizar sus recursos para satisfacer esas necesidades. Los libertarios están de acuerdo en aplicar las reglas del mercado libre al área de la atención de la salud.

2.7.2 TEORÍA DE LOS PARTIDARIOS DEL IGUALITARISMO

Sostienen una postura opuesta a la de los libertarios, estos ponen de relieve la igualdad de oportunidades y redefinen la libertad como la oportunidad de estar en igualdad de condiciones para efectuar una elección. “Donabedian” explica esa doctrina señalando que la salud es un requisito para el éxito, y que la competencia para ser justa debe garantizar a todos los competidores un nivel de salud razonablemente igual. De ahí que el acceso a la salud no debe basarse en la capacidad económica del individuo. Además, las características de la enfermedad y de la atención médica están fuera del alcance –tanto intelectual como económico- del individuo y requieren de acción colectiva ya sea pública o privada. Y que por estas razones, los principios de la economía de mercado no deben aplicarse a la salud y la intervención de la sociedad es necesaria para asegurar la equidad.

2.7.3 TEORÍA DE LOS ECONOMISTAS

Consideran que el derecho a la salud al igual que los alimentos, la vivienda y la educación, es un bien primario, o sea, algo que todos necesitan y deben tener. Tal como señala “Fein”, la frase: “el derecho a la salud, encierra mucho más que la posibilidad de permitir que las personas compren servicios de atención médica si los encuentran, si los desean y si disponen de los medios necesarios para hacerlo. El derecho a la salud implica una preocupación por el suministro de servicios y por la eliminación de las barreras económicas que impiden su utilización”⁵²

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

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

⁵² Avenis Donabedian, Aspects Of Medical Care Administration. Edic. 1993 Págs. 1-7.

2.8 DEFINICION DEL DERECHO A LA SALUD

2.8.1 ACEPCIONES DOCTRINARIAS SOBRE LA SALUD

2.8.1.1 ACEPCIONES DOCTRINARIAS DE SALUD

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

2.8.1.2 ACEPCIÓN GRAMATICAL

Una definición gramatical y general de la lengua española de salud es "Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones. Libertad o bien público o particular de cada uno."⁵³

La cual no refleja características suficientes para poder tener una noción completa sobre el concepto salud como interés de nuestro estudio.

2.8.1.3 ACEPCIÓN SOCIOLÓGICA

Para la sociología, la salud es entendida como el normal desenvolvimiento de las funciones psicológicas y biológicas humanas, donde la salud es objeto de la protección del derecho.

⁵³Diccionario Océano, Grupo Editorial Océano, Edición 1990 Barcelona, España.

En sentido más amplio, dentro del concepto de protección de la salud moral de los individuos o la sociedad, también puede comprenderse la incriminación como delitos de los actos de corrupción, ultraje al pudor, escándalo público, etc.⁵⁴

Dentro de las diferentes acepciones sociológicas más representativas de los países asiáticos, podemos encontrar como ejemplo la acepción china de la salud.

2.8.1.4 ACEPCIÓN JURÍDICA

Manuel Osorio en su diccionario desarrolla una definición de salud, entendiéndola como salud pública, que en una de sus acepciones representa el estado sanitario en que se encuentra la población de un país, una región o localidad, que en otro sentido del mismo, hace referencia al conjunto de servicios públicos o privados que tienen por finalidad mantener o mejorar el buen estado sanitario tanto en lo que se refiere a la sanidad preventiva como medicina curativa⁵⁵.

⁵⁴Diccionario de sociología, ir. Reimpresión, México, 1984.

⁵⁵Osorio, Manuel, Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales, 1984, editorial Claridad SA, Argentina, 1984.

2.8.1.5 SALUD COMO BIEN Y SERVICIO

La salud es considerada como un bien público⁵⁶ o social del cual no se puede excluir a ningún ser humano en la prestación de este y la inclusión de nuevos individuos no afecta a los que ya se benefician de ella. Sin embargo, la salud puede ser catalogada como un bien público, cuasi públicos y privado. Aunque existen otras clases de bienes como bienes sustitutos, inferiores, suntuarios, etc.

Bien y servicio público: Es público cuando no es excluyente y/o no hay competidores en el consumo o sea que un individuo los puede utilizar o consumir sin que disminuya el consumo o el beneficio de los demás. No excluyente significa que sería imposible o demasiado difícil negar el consumo a los individuos una vez que el bien está disponible, En pocas palabras el costo marginal para beneficiar a un nuevo consumidor es igual a cero.

Seguridad social: La O.I.T. presenta la seguridad social como la cobertura de los infortunios sociales de la población. En la Declaración de Santiago de Chile, de 1942, se proclama que la seguridad social debe promover las medidas destinadas a aumentar la posibilidad de empleo; o mantenerlo a un alto nivel a incrementar la producción y las rentas nacionales y distribuir las

⁵⁶Se entenderá en ésta ocasión como, bienes públicos a Aquellos que satisfacen necesidades sociales y cuyo beneficio se extiende de manera indivisible a toda la comunidad, independientemente de que los individuos deseen o no su adquisición o disfrute, ya que pueden ser proporcionados a todos los individuos a un costo no superior al que costaría proporcionárselo a un solo individuo. Se caracterizan porque: generan externalidades; forman parte de los esquemas de preferencia de los individuos; por su oferta conjunta; por su ausencia de rivalidad; y la imposibilidad de excluir a nadie de su uso y disfrute vía precio (se consumen por todos en partes iguales y una persona puede consumirlos sin reducir las cantidades disponibles para los demás, lo que se llama consumo conjunto). Suele aceptarse que no pueden ser prestados eficientemente a través de los mecanismos ordinarios del mercado, por lo que para el suministro de estos bienes es conveniente la intervención (previsora, reguladora, pero no necesariamente productora) del Estado. Definición retomada de CORTES Martínez, Ariel Emilio, "Introducción a la economía de la salud", Colombia, Pág. 7.

equitativamente y a mejorar la salud, alimentación, vestuario, vivienda y educación general y profesional de los trabajadores y de sus familias.

2.8.1.6 ACEPCIÓN INSTITUCIONAL DE LA SALUD

La salud como condición positiva: Es un concepto relativamente moderno; por muchos años la salud se definió negativamente, como la ausencia de enfermedad. La definición moderna más aceptada de la salud es la que figura en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que dice: " La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"⁵⁷. Siendo ésta la acepción aceptada por la doctrina médica.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): "el derecho a la salud debe entenderse como el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud"⁵⁸, ésta, como una definición amplia e integral de la concepción de salud, partiendo de los diferentes factores necesarios para el goce de una vida en relación al derecho de dignidad de las personas.

Las últimas dos definiciones retomadas por instituciones intrínsecamente relacionadas entre si para la protección de los Derechos Humanos,

⁵⁷La Salud Américas, Organización Panamericana de la Salud, Revista- Tomo 3 Año XVII. Agosto 1998.

⁵⁸"Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador". Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, Mesa Permanente de Salud, San Salvador, Marzo 2004, Pág.42.

parecieran divergir la una de la otra; aunque al analizarles, se puede entender que la primera es de carácter más técnico que la segunda que retoma el derecho a la salud en una acepción más abierta e integral.

Entre las diferentes formas de interpretación que se adopte, positiva y amplia, negativa y estrecha, incluyen un concepto de relatividad, que depende de las percepciones individuales y culturales, de lo que es normal y habitual en cada país.

Para efectos de nuestra investigación, retomamos la concepción de la salud como un derecho, que debe ser protegido por los estados, para el desenvolvimiento básico y pleno de las actividades humanas.

En la investigación y difusión de la temática de la salud, ya sea como un derecho humano o como un bien o servicio, en sus acepciones, es una obligación de, los Estados, el brindar servicios relativos a la protección y prevención del derecho a la salud sin que exista alguna marginación o dismunición de gozar de su pleno derecho, desde una normativa superior como la Constitución.

Es por ello que cabe retomar la percepción del mandato constitucional dentro de la definición de salud pública, entendiendo a ésta como la actividad encaminada a mejorar la salud de la población.

2.9 DEFINICION DE DERECHO A LA SALUD

Es un derecho social que tiene toda persona humana a que se le garantice y proteja respecto a la salud, como una obligación del Estado a proporcionar

dicho beneficio; la salud, comprende el bienestar físico, mental y social como aspectos para ejercer normalmente todas las funciones del ser humano.⁵⁹

Entendido este como la rama del Derecho que regula las relaciones jurídicas que tienen 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.

2.9.1 NATURALEZA SOCIAL DEL DERECHO A LA SALUD.

El concepto del derecho a la atención de la salud reconocido de distintas maneras por constituciones, leyes y reglamentos, surgió a consecuencia de la revolución industrial.

Tal como lo señala Dupuy, con la industrialización y la posibilidad de disponer de medios más eficaces para diagnosticar y tratar enfermedades. La naturaleza social de la salud implica cuatro dimensiones de importancia crítica que son la igualdad y universalidad de la atención, integración, participación y eficiencia, las cuales estudiamos a continuación:

La igualdad exige un compromiso por razones de justicia social, para remediar los casos de iniquidad profundamente arraigados y un esfuerzo para que cada persona de una sociedad determinada pueda ejercer su

⁵⁹Asamblea Legislativa De La República De El Salvador. Decreto No. 38 de fecha 15 de diciembre de 1983, Constitución de la República de El Salvador. Pág. 19.

derecho a la salud, ofreciéndole un acceso igual y adecuado a los servicios necesarios.

La integración se refiere simultáneamente: a) Las medidas de salud, los niveles de atención y la continuidad de la atención, y b) La salud en el proceso de desarrollo.

El primer aspecto amplió 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 aspecto, 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 y la sociedad, individuos, grupos, comunidades y organizaciones. Esta relación permite crear una conciencia cívica de la salud y de la responsabilidad que tenemos todos de conservarla, fomentarla y facilitar la participación consiente y responsable de las comunidades en las decisiones, la ejecución y evaluación de los programas y actividades de salud.

La participación incluye elementos de gran importancia como son: El ejercicio del poder en la sociedad, la unión de la libertad individual, la responsabilidad social y la función del Estado en cuanto a su responsabilidad, ya que el logro de la salud como categoría social de la naturaleza global, exige fomento y estímulo de la atención a la salud del individuo y de la comunidad por medio del Estado.

La eficiencia permite ampliar los recursos disponibles de la manera más apropiada para que sean adecuados en la prestación del servicio salud que permite atender verdaderamente las necesidades reales y crecientes de la población.

2.9.2 EL OBJETO DEL DERECHO A LA SALUD.

El objeto del derecho a la salud: ha tenido como finalidad la de 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 esta es inherente al concepto de la persona humana, que tiene dignidad en el sentido de 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 del medio ambiente, para mantener óptimas las condiciones ambientales, tales como la Ley Forestal, la Ley de Administración de Acueductos y Alcantarillados, la Ley de Urbanismo y Arquitectura y la Ley Agraria (art. 69).

La protección de la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que debe ser prestado por una ó varias instituciones debidamente coordinadas, como a manera de ejemplo la Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (art. 50 Cn); La protección de la familia, como la base fundamental de la sociedad (art. 32 Cn).

Con fundamento en estas disposiciones se debe formular una política impulsada por el Estado y como un instrumento al servicio del hombre, origen y propósito de la actividad estatal y reorientada a la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

2.9.3 LOS SUJETOS DEL DERECHO A LA SALUD.

El sujeto obligado de conformidad a la constitución 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 a fines 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 ⁶⁰.

De lo anterior se puede concluir 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.

2.9.4 CARACTERÍSTICAS DEL DERECHO A LA SALUD

Los derechos humanos en general cuentan con características específicas, que les diferencia de simples definiciones doctrinarias y legales que otras áreas del derecho podría poseer; contando con algunas como inviolabilidad, universalidad, de ser inherentes, ser intransferibles, imprescriptibles, interdependientes, entre otros.

El derecho a la salud, es poseedor de las antes dichas características generales por su misma naturaleza y clasificación como un Derecho

⁶⁰Recasens Siches, Luis. “Tratado General de Filosofía del Derecho”.Editorial Porrúa, S.A. 9ª Edición, México. Año 1986, Pág. 55.

Humano, pero se debe tomar en cuenta características propias del Derecho Humano a la salud.

a) Derecho Progresivo

Al referirse los derechos económicos, sociales y culturales a necesidades básicas se entiende que éstas requieren ser atendidas privilegiadamente por los Estados, encontrándose sujetas sus obligaciones en este sentido a la *progresividad* es decir, al compromiso de adoptar medidas de orden interno así como relativas a la cooperación internacional para la plena efectividad de estos derechos, sin que medie condición o limitación alguna en el mismo.

b) Derecho Interdisciplinario

El derecho a la salud, dentro de las definiciones expuestas, le es imposible crear una doctrina o disciplina totalmente aislada del resto de los Derechos Humanos, involucrando áreas como la dignidad, la libertad, igualdad, equidad, necesarias para el cumplimiento pleno de éste derecho.

En esta lógica, la salud se encuentra estrechamente vinculada a la posibilidad de satisfacción de otros derechos fundamentales como la alimentación, el abrigo, la vivienda y otros servicios sociales así como del trabajo y la educación, más allá de la mera asistencia médica, la que entonces pasa a ser solamente uno de los factores constitutivos del derecho humano a la salud.

c) Salud Como Bien Público

Como antes mencionamos, la salud es un bien público porque materializa una de las posibilidades privilegiadas de cumplimiento político del reconocimiento jurídico de la dignidad humana como valor esencial. Es así que se considera el rol del Estado indispensable para el cumplimiento del derecho a la salud, como ente único garantizador de éste.

d) Equidad

La equidad se refiere, entonces, al acceso a servicios de salud pero, sobre todo, a distribución de establecimientos, recursos y capacidades, ingreso, ambientes saludables, oportunidades, poder, conocimiento y participación, así como financiamiento solidario.

En otras palabras, dedicación estatal diferenciada de creación de oportunidades en los diferentes sectores de la población para el acceso a la salud desde políticas públicas integrales (que cubran la prevención, curación y rehabilitación) en los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) y que contribuyan a la no-exclusión del goce de tan esencial derecho, sobre todo con el involucramiento de la comunidad, al crearse mayor capacidad para la participación en procesos de toma de decisiones, elaboración de políticas y redistribución del poder y del bienestar.

Es necesario definir operativamente la equidad, y que sirva así para llevar adelante los objetivos de la OPS y de los gobiernos de la Región, que consideran que; "Podemos pensar así que la equidad en la salud encierra por lo menos tres imperativos, ya que implica; igual acceso a la atención para

igual necesidad, igual utilización de recursos para igual necesidad, igual calidad de atención para todos"⁶¹.

2.10 CLASIFICACIÓN

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

El Derecho a la salud esta enmarcado dentro de los derechos de segunda generación que a través del tiempo han venido evolucionando y adoptando características propias de acuerdo a los contextos históricos vividos desde su nacimiento, como guerras, crisis laborales, etc.

Los derechos sociales les corresponden a las personas en función de las actividades que desarrollan o por pertenecer a alguna categoría especial de individuos, ya sea por la edad o por algún otro motivo que sea tomado en cuenta por la ley. (Derechos a la educación, a una vivienda digna, al trabajo en buenas condiciones, a la salud, a la seguridad social, etcétera).

Es en tal sentido que al ubicar la protección de la salud en la Constitución de El Salvador, le encontramos dentro del capítulo II de los derechos sociales de

⁶¹Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador", Op. cit., Pág.26.

la misma, que establece la salud como un bien publico, responsabilizando al Estado salvadoreño de la protección de ésta.

2.10.1 UBICACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD DENTRO DE LA DIVISIÓN BIPARTITA DE LOS DERECHOS SUBJETIVOS

Consideraciones en cuanto así el derecho a la salud es un derecho individual o social.

En nuestra legislación se reconocen derechos individuales y derechos sociales. “Los primeros son en esencia (aunque no de modo exclusivo), derechos de libertad, de estar libre de agresiones, restricciones e ingerencias

Indebidas, por parte de otras personas, pero de modo especial por parte de las autoridades públicas. Por eso principalmente (aunque no de manera exclusiva) consisten en una serie de especie de barrera o cerca que defiende la autonomía del individuo humano frente a los demás, y, sobre todo, frente a las posibles ingerencias indebidas de los poderes públicos, sus órganos y sus agentes, y principalmente del Estado y de los demás entes públicos. Consisten principalmente en un ser libre, en un estar libre, frente a los demás y frente al Estado.

En cuanto a los derechos sociales, estos tienen por objeto actividades positivas del Estado, del prójimo y de la sociedad, para suministrar al hombre ciertos bienes o condiciones, el contenido de este tipo de derechos consiste en “un hacer”, un “contribuir”, un “ayudar”, por parte de los órganos estatales”.

Recasens Siches dice: que “hay que reconocer que todos, absolutamente todos los derechos son sociales, porque lógicamente todo derecho supone una relación entre dos o más personas. En efecto, no hay derecho subjetivo que no tenga como correlato el deber jurídico de otra persona, pero en algunos casos y durante un tiempo transitorio no se haya determinado el sujeto pasivo de una variación jurídica, es decir, la persona obligada a cumplir con el deber jurídico correlativo de un derecho subjetivo de otra persona, de esta manera todos los derechos son sociales, pero cuando se habla de “derechos sociales” como diferenciados de los derechos individuales, entonces las palabras “social” e “individual” adquieren cada una de las dos otra significación más concreta y específica. Se llaman derechos individuales aquellos que el hombre tiene a que se le reconozca, respete y garantice una esfera de acción propia del individuo, la cual éste puede decidir libremente, por ejemplo: la libertad de opinión y de expresión etc.⁶²

En cambio, los derechos sociales, tienen predominantemente por objeto o materia un compartimento de cooperación positiva por parte de otras personas, y especialmente de la sociedad organizada. Estos derechos sociales son también individuales, porque el titular del mismo es el individuo. Pero se llaman sociales estos derechos, porque ellos versan sobre las aportaciones, contribuciones, que son suministradas por el Estado u otros entes públicos.

Entre estos derechos encontramos; el derecho al trabajo, las condiciones que fomenten y defiendan la salud, el derecho a la educación, etc.

⁶²Recasens Siches, Tratado General de filosofía del Derecho, Op. Cit. Cf. Pág. 600.

La salud propiamente dicha es considerada al mismo tiempo un derecho individual y social. Caracterizan a la salud como un derecho individual, primero, la expectativa y posibilidad de tener acceso a servicios de salud públicos o privados para atención o tratamientos; segundo que los alimentos sean saludables, que la vivienda y el vestuario sean sanitarios, etc.

Estas actividades están dentro de la esfera propia del individuo, pero también la salud es vista como un derecho eminentemente social, que es el que interesa aquí, en cuanto que corresponde no solo al Estado sino también a la comunidad organizada tomar un papel activo en las decisiones, ejecuciones y evaluaciones de los programas y políticas de salud.

Dicha integración hace referencia a la responsabilidad intersectorial, la cual se traduce en una relación mutua entre los servicios y sistemas de salud, la comunidad, grupos, etc., esta relación permite crear una conciencia cívica de la salud y de la responsabilidad que tenemos todos de fomentarla y conservarla.

Finalmente estas aportaciones y contribuciones de toda la sociedad en la salud pública hacen que la misma sea considerada como un derecho social.

CAPITULO 3
RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD, SU GARANTIZACION
A TRAVES DE LA CONSTITUCION, LOS INSTRUMENTOS
INTERNACIONALES Y NACIONALES

3.1 RECONOCIMIENTO NACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

El régimen jurídico de la protección de la salud en El Salvador ha tenido siempre un lugar preponderante en la discusión académica, política, y social ; por un lado, a que constituye la respuesta a una necesidad fundamental del individuo y, por otro, a la enorme complejidad que reviste tanto en los aspectos económicos, técnicos, asistenciales, jurídicos y humanos.

Así el derecho constitucional a la protección de la salud “es aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto.”

Dentro de nuestro sistema normativo existen instrumentos jurídicos, que regulan el Derecho a la Salud así como también órganos destinados a velar por cumplimiento

El marco jurídico encierra el derecho a la salud; iniciando con los principios Constitucionales que en la ley primaria están plasmados, para analizar la forma como estos tratan de proteger y fomentar la salud.

Asimismo, hemos realizado un análisis de las leyes secundarias, por ejemplo el Código de Salud, que recoge los principios constitucionales, brindando al Consejo Superior de Salud Pública y al Ministerio de Salud y Asistencia

Social, atribuciones y funciones necesarias para proteger, fomentar y desarrollar la salud.

Luego dentro del mismo marco jurídico analizamos aquellos tratados Internacionales que protegen éste derecho, así como los principios que protegen el derecho a la salud como un derecho Internacional, que es inherente a todo ser humano independientemente de la raza, credo ó país de origen.

Hemos realizado un estudio de las leyes primarias así como las secundarias, para determinar la relación que existe entre ellas, como la eficacia y aplicación en la vida diaria que en alguna medida, están vinculadas con la salud y observar si dicha política nacional de salud esta a pegada a éste marco jurídico, respetando los principios constitucionales y las leyes secundarias

3.1.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR DE 1983

Para dar inicio al marco legal, comenzaremos diciendo que los principios del Derecho Constitucional, son un conjunto de normas y disposiciones jurídicas que regulan el ejercicio del poder sancionador y preventivo del Estado.

Considerando la importancia del derecho a la salud encontramos en la Constitución de nuestra 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, encierran los aspectos más generales y la forma como el Estado, a través de los organismos correspondientes, tienen la obligación de proteger y fomentar este derecho.

3.1.1.1 PRINCIPIO DE IGUALDAD

En nuestra constitución actual que procede de 1983, encontramos regulado el Derecho a la salud, en el artículo 1, el cual dice: "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, la seguridad jurídica y del bien común.

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".

Del primer inciso se colige que la razón de ser del Estado salvadoreño es la persona humana, por lo tanto todo su actuar y obrar se dirige a brindarles lo que le corresponde a cada uno de ellos (justicia); a brindarles la garantía de la aplicación objetiva de la ley (seguridad jurídica); y a brindarles un beneficio material y/o espiritual para todos (bien común).

Asimismo según nuestra Constitución todos los salvadoreños deben ser iguales ante la Ley, tanto en el aspecto normativo como en su aspecto práctico.

Lo anterior se ve reflejado en uno de los fines del Estado, cuando en el antes citado artículo 1 Inciso 2º, expresa que el Estado está obligado a proteger el Derecho a la Salud, como uno de sus fines; esta finalidad, la desarrolla a través del Ministerio de Salud y Asistencia Social y del Consejo Superior de Salud Pública, utilizando como base para este desarrollo una política nacional de salud, que varía de acuerdo a las políticas implementadas por los gobiernos de turno, pero que siempre deben de respetar los principios

establecidos en la Constitución de nuestra República, los cuales van dirigidos a proteger la salud de todos los salvadoreños, sin distinción alguna.⁶³

Es obligación del Estado salvadoreño brindar a su población el disfrute de la salud, la cual se traduce en el acceso equitativo e igualitario de los servicios de salud pública, ya sea preventiva o curativa, sin un costo y con el objeto de proteger a las personas económicamente débiles (justicia social).

El derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta rama del ordenamiento jurídico y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada.

Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella.

El sentido de la intervención estatal en el ámbito de la salubridad –como en cualquier otro derecho social no es otro que el de superar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad y que impide a muchos un tratamiento médico adecuado, entre otros aspectos que este derecho contiene.

Asimismo la salud como uno de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, enfrenta muchos desafíos con unas connotaciones muy

⁶³ Asamblea Legislativa De La República De El Salvador. Constitución de la República de El Salvador, año 1983, Editorial AHORA, Edición 1986. Pág. 16 y 17.

particulares, pues las mencionadas limitaciones de recursos, que implican una satisfacción incompleta del derecho, pueden llevar a situaciones en las que se pone en riesgo la integridad, o incluso, la vida del individuo, por lo que podemos afirmar que el derecho a la vida y a la integridad física y moral están íntimamente relacionados con el derecho a la salud, ya que la salud (sea física, psíquica y/o moral) es condición esencial para vivir, para la integridad y para el buen desenvolvimiento de los individuos de la sociedad salvadoreña, tal como lo tipifica el artículo 2 inc 1° de la Cn, que expresa: "toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral... y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos". Por su parte el inc. 1 del artículo 11 de la Constitución dice: "Ninguna persona puede ser privada del derecho a la vida..."

En este punto, el derecho a la salud dejaría de ser un derecho prestacional para convertirse en un derecho fundamental, pues de su desconocimiento se derivaría la afectación de un derecho de primera generación como es el derecho a la vida o el derecho a la integridad personal.

En cualquiera de las dos circunstancias, a saber, la salud como derecho prestacional o como derecho fundamental, es inevitable que los recursos con que cuenta la sociedad sean una limitante a la garantía del derecho.

De otro modo, la sociedad estaría dedicando recursos ilimitadamente a satisfacer una sola de sus necesidades (la salud), desconociendo que hay otras necesidades como (vivienda, transporte, alimentación, etc.) que también necesitan ser satisfechas. Esto, evidentemente, no ocurre y los recursos dedicados a salud siempre son finitos

3.1.1.2 PRINCIPIO DEL BIEN PÚBLICO.

Los artículos 65 a 70 de la Constitución amplían el rubro de la salud pública y de asistencia social en la Sección Cuarta del Capítulo Segundo que trata de los Derechos Sociales: asimismo da las bases para que leyes secundarias desarrollen sus principios y den vida a las instituciones públicas que tienen la obligación de prestar los servicios de salud pública. A continuación se explicarán dichos artículos.

Artículo 65 Cn Establece que "La salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación".

Según el artículo 65, el Estado debe establecer la política nacional de salud y 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 éstos presten servicios relativos a la salud en clínicas, consultorios, hospitales o farmacias.

La expresión salud-bien público que utiliza este artículo debe de interpretarse en el sentido de que la salud es un interés vital que atañe a toda la población, por lo tanto debe ser "respetada" no sólo por los que están obligados a prestarla, sino por todos los que conformamos la población salvadoreña; así lo confirma la segunda parte del inciso primero de este mismo artículo,

cuando determina que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

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

La sociedad toda, íntegramente considerada debe propiciar el logro de ese estado de salud.

Ahora bien, en la misma Constitución se encuentra tipificado, específicamente en el artículo 1, la obligación que tiene el Estado de asegurar a los habitantes de la República, entre otros bienes, la salud.

En este postulado la salud implica un derecho que se tiene frente al Estado, tal y como se explicó anteriormente. Este concepto de salud-derecho resulta contrario al concepto de salud-bien público, porque en este último, tanto el Estado como las personas están obligados a velar por su conservación y su restablecimiento. Esto quiere decir, que los individuos mismos tienen la obligación de preservar su salud.

Además el inciso 2° del artículo 65 de la Constitución establece con claridad que la política nacional de salud es determinada, controlada y supervisada por el Estado: confirmándose que la conservación y restablecimiento de la salud es un deber de carácter público y por lo tanto, una obligación estatal, a la cual se suma desde luego el esfuerzo de la comunidad.

Artículo 66 Cn "El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituye un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible".

Es decir que el Estado tiene el deber como principal responsable de la atención de los servicios de salud y como consecuencia está obligado a proveerlos gratuitamente a personas de escasos recursos económicos y comprendiendo al conglomerado en su totalidad cuando se trate de prevenir enfermedades que se propaguen con facilidad.

El objeto de gratuidad de este artículo es el de prever con anticipación una epidemia o endemia; es más, dicha disposición es de carácter imperativo, porque, obliga a los enfermos a someterse a un tratamiento para restablecerle su salud o darle alivio; y con el fin de proteger la salud del pueblo.

En este último caso corresponde al Estado, la función de control y vigilancia, para que no se vulnere, este derecho.

Lo anterior no obstaculiza que esa promoción y protección sean realizadas o prestados por entes descentralizados, como es el caso del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ó por particulares.

También queremos hacer énfasis que el artículo 66 Cn. Expresa que la salud es gratuita para todas las personas y que aun estando regulado en nuestra constitución de la República, esto no se ha venido respetando, ya que en la mayoría de los Hospitales de la Red Pública se cobraban las famosas cuotas voluntarias, con lo que se llega a la conclusión que la salud

no era en todo tan gratuita, habiendo una constante violación al derecho de la salud, lo cual se abordara detenidamente en los siguientes capítulos.

Los artículos 67, 69 y 70 de la Constitución desarrollan los principios de la calidad técnica del personal médico, del control de la calidad de los productos de uso médico en general y el de la asistencia médica a los indigentes.

El artículo 67 de Cn. hace referencia a que todos los servicios de salud pública deben ser prestados por profesionales acreditados y competentes tales como médicos, enfermeras, anestesistas.⁶⁴

En cuanto al artículo 68, éste desarrolla las normas por las cuales deben regirse los entes públicos encargados de velar por la salud del pueblo.

En dicho artículo se dispone que un Consejo Superior de Salud Pública velara por la salud del pueblo. El Consejo es el Organismo Superior que conoce de las Juntas de Vigilancia, que son autónomas, pero actúan bajo su supervisión, así mismo esto lo llevara a cabo junto con la ayuda del Ministerio de Salud pública y Asistencia social.

El artículo 69, del mismo cuerpo de Ley expresa: “El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de productos químicos, farmacéuticos y veterinarios por medio de organismos de vigilancia”.

⁶⁴ Constitución Explicada, Editorial FESPAD, séptima edición, año 2004, pag.68.

Además el Estado controlará la calidad de los productos alimenticios y las condiciones Ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar de todos los salvadoreños.

Es decir que el Estado está obligado a garantizar el control de la calidad de las medicinas para uso humano y también animal, así como los demás productos químicos que se produzcan o distribuyan. El código de Salud establece que dicho control será ejercido por el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La ley de protección al consumidor establece que el control de calidad de los productos alimenticios debe ser ejercido por la dirección general de protección al consumidor.

El artículo 70, de la Carta Magna también expresa: “Que el Estado tomará a su cargo a los indigentes que por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo, esto es desarrollado a través de diferentes instituciones”.

Según este artículo todos los niños, ancianos y los discapacitados que no deben o no pueden trabajar el Estado les debe proporcionar las condiciones mínimas para una digna: alimentación, vestido, vivienda, educación recreación etc.

3.1.2 CODIGO DE SALUD

En el análisis del presente código hacemos un pequeño resumen acerca de las instituciones que regulan dicho código, haciendo más énfasis en las disposiciones que indican la gratuidad de los servicios de salud y a la vez en

las políticas de salud, como disposiciones generales en lo pertinente a los medicamentos.

El código contiene un título preliminar denominado Disposiciones Generales, y contiene un capítulo único el cual contiene 6 artículos.

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

Este primer capítulo del código regula todos aquellos principios bajo los cuales se va a regir la salud pública y vemos como en su primer artículo se desarrolla el artículo 65 de la constitución el cual expresa “La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.” el tener como prioridad velar por la salud de los habitantes de la república la salud se considera como un interés propio de toda la colectividad y que por lo tanto se ubica por encima de los intereses de los particulares por lo que el estado debe intervenir en la formación, planificación, vigilancia, organización de todas las políticas de salud y en la regulación de todos los organismos estatales, autónomos y todos los funcionarios y autoridades de la administración pública, así como los particulares sean estas personas naturales o jurídicas tal como lo especifica

el art. 2 código de salud el cual obliga a todos los sujetos mencionados a prestar toda su colaboración con las autoridades de salud pública.

En cuanto al artículo 3 del código de salud, este menciona quienes pueden desarrollar las actividades de salud, y luego el art. 4 del código de salud establece que el consejo superior de salud pública y el ministerio de salud pública y asistencia social van a regirse por dicha normativa, es decir que deben sujetarse a las disposiciones de este código de salud, el artículo 5 hace referencia a todas las carreras que se entenderán forman parte del ejercicio directamente con la salud y el artículo 6 manifiesta que debe entenderse por Consejo Superior de Salud Pública y por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y por juntas de vigilancia.

Luego tenemos el título I denominado del consejo de las juntas, en el cual el primer capítulo se le denomina “ naturaleza e integración del consejo y de las juntas” dicho capítulo contiene del artículo 7 al artículo 13 del código de salud y como su mismo nombre lo indica, dicho capítulo regula la formación e integración del Consejo Superior de Salud pública, es importante desarrollar de este capítulo el artículo 7 ya que nos explica que debemos entender por consejo superior de salud pública, y por juntas de vigilancia dicho artículo dice 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 gozarán de autonomía en sus funciones y resoluciones. El artículo 10 habla acerca de la elección de los representantes de los gremios para integrar el consejo superior de salud pública y las juntas, el art. 12 del código de salud especifica los requisitos para ser miembro propietario o suplente del consejo o de las juntas.

El capítulo II Denominado “atribuciones del consejo” que contiene desde el artículo 14 al 17 del código de salud , este desarrolla las atribuciones que tiene el consejo entre estas tenemos “Son atribuciones del Consejo:

- a) Velar por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;
- b) Vigilar el funcionamiento de todos los organismos, instituciones y dependencias del Estado, cuyas actividades se relacionan con la salud del pueblo, presentando al Ministerio las recomendaciones para su perfeccionamiento señalando específicamente las anomalías que deban corregirse; entre otras ya que este artículo llega hasta el literal x), en cuanto al literal a) del artículo 14 antes citado este se refiere a que es una obligación del Consejo Superior de salud Pública velar por la salud del pueblo por la de todos sus habitantes, este artículo 14 del código de salud tiene relación con el art. 65 Cn. El artículo 1 del código de salud. El literal b) del artículo 14 anteriormente citado tiene una relación con el artículo 2 del código de salud junto con el artículo 68 de la constitución ya que en dicho artículo se establece que el Consejo Superior de Salud Pública es la institución del estado que vela por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., además se encargan de vigilar el funcionamiento de todos los organismos, instituciones y dependencias del Estado cuyas actividades se relacionan con la Salud del Pueblo, este presenta al ministerio recomendaciones y señala anomalías que deben corregirse, no obstante es de señalar que dicho consejo superior de salud pública se encarga de vigilar que se cumplan con los requisitos mínimos para prestar un servicios de salud en la práctica se ha podido constatar que no obstante la importancia de la labor encomendada al Consejo Superior de Salud Pública, tanto en la Constitución como en el Código de Salud, éste en la realidad realiza una función únicamente administrativa, sin mayor trascendencia y sin preocuparse por desarrollar una actitud más activa, para

vigilar y controlar en una forma más eficiente todas aquellas profesiones que tiene relación con la salud.⁶⁵

El Consejo Superior de Salud Pública, se limita únicamente a conformar, organizar y vigilar las profesiones que en una u otra forma están vinculadas con la protección, fomento y prevención de todo lo que atañe a la salud, pero sin estar de cerca en la prestación de los servicios que éstas brindan a la comunidad; razón por la que tampoco ejerce control, pues como se verá más adelante, en muchos casos de enfermedades que se pueden prevenir ó controlar no se hace por la mala capacitación ó mala disposición de los profesionales, que por motivaciones mercantilistas, se preocupan más por el aspecto económico que por el aspecto social y humano.

Todas las atribuciones encomendadas al Consejo Superior de Salud Pública, en el Artículo 14 del Código de Salud, están encaminadas a velar por la salud del pueblo.

Este objetivo se persigue tanto cuando se le encomienda vigilar a todas las profesiones como las de medicina, odontología, laboratorio, etc., a través de las Juntas de Vigilancia, para asegurar que el país tenga profesionales con capacidad y ética, como cuando se pretende garantizar la existencia de droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, clínicas, etc. que cumplan con los requisitos mínimos para prestar un servicio que responda a ese objetivo.

⁶⁵ Coto Hernández, Américo Roberto, Tesis “La Obligación Constitucional Del Estado Salvadoreño De Garantizar Salud Gratuita a los Habitantes del Área Urbana del Municipio de San Salvador Período 1999 – 2001” San Salvador, Agosto Del 2001, PAG.110.

El capítulo III denominado “ atribuciones de las juntas” contiene un solo articulo el 17 en cual desarrolla las obligaciones de las juntas.

El capítulo IV denominado el patrimonio y control fiscal, dicho capitulo desarrolla cual es la constitución del patrimonio del Consejo asimismo contiene 3 secciones, dentro de la sección 2 se regula que el Consejo Superior de Salud Publica estará sujeto a una auditoria interna.

El capitulo v denominado” fiscalización de la corte de cuenta de la república” y contiene desde el articulo 21 hasta 22. El presupuesto del consejo estará sujeto a fiscalización.

El capítulo VI que trata del ejercicio de las profesiones correspondiente así como sus actividades técnicas y auxiliares.

El capitulo VII denominado “ Requisitos para la autorización del ejercicio profesional, contiene desde el articulo 30 al 32 y este desarrolla los requisitos para conceder las autorizaciones ya sean estas de carácter permanente, temporal o provisional, para el ejercicio de las respectivas profesiones y sus actividades especializadas técnica y auxiliar.

El capitulo VIII denominado “Obligaciones, derechos, y prohibiciones, contiene 3 secciones, y va desde el articulo 33 al 39 desarrollándose todo los derechos, obligaciones, y prohibiciones de los profesionales técnicos, auxiliares higienistas y asistentes relacionados con la salud.

En este capítulo se encuentra regulado lo referente a la gratuidad de los servicios y en cuanto esto el articulo treinta y tres, literal Cn. del Código de Salud lo regula así: Son obligaciones de los profesionales, técnicos,

auxiliares, higienistas, relacionados con la salud: colaborar gratuitamente cuando sus servicios fueren requeridos, por las autoridades de salud y demás instituciones y demás organismos relacionados con la salud, en caso de catástrofe, epidemia u otra calamidad en general.

La gratuidad de los servicios médicos están regulados en la constitución de la república no obstante en el código de salud se ha retomado esta disposición para garantizar a los habitantes de El Salvador el gozar de su derecho a la salud.

Es decir que no se le niegue dicho acceso a las personas por no tener los recursos económicos, cuestión que hoy está en discusión ya que en el mandato del presidente Antonio Saca se cobraban las famosas cuotas voluntarias y con el nuevo presidente Mauricio Funes el decreto la abolición de estas no obstante en el diario Co-latino se publico la noticia de que el sindicato general de trabajadores de enfermería de el salvador (SIGESAL) denunció que las autoridades del hospital rosales siguen cobrando las famosas cuotas voluntarias y a la vez la deficiencia de medicamentos.⁶⁶ Pero lo anterior será desarrollado más adelante.

Con respecto al Capitulo IX denominado “ Registro” este capítulo contiene desde el artículo 39 “A” al artículo 39 “C” que se refiere a la inscripción de todo medicamento nacional o extranjero.

El título II denominado” Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social “ este título es de gran relevancia para el desarrollo de nuestra tesis por lo que analizaremos algunas disposiciones de este capítulo el artículo 40 del código

⁶⁶ Diario Co Latino, SIGESAL denuncia anomalías dentro de Hospital Rosales, Miércoles, 23 de Julio de 2008.

de salud expresa que “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. “ es decir es el ministerio el que tiene la facultad para crear panificar y llevar a cabo las políticas de salud y a la vez dictar las normas que deben acatarse en las actividades relacionadas con la salud.

La Política y el Plan Nacional de Salud, serán estudiados más adelante; por el momento solo veremos la responsabilidad que tiene el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cuanto a la protección, promoción y restauración de la salud de todos los salvadoreños.

Una de las atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es precisamente orientar la política gubernamental en materia de salud; así a través de todo el código, se encuentran regulaciones que tienden a proteger la salud.

El Ministerio, en cumplimiento de la Sección Tres, “Higiene Materno-Infantil, Preescolar y Escolar” contiene desde el artículo 48 al artículo 50, regula el desarrollo de programas en las comunidades para capacitar a parteras que puedan ayudar a aquellas mujeres que por cualquier motivo no pueden asistir a un Centro hospitalario ó a una Unidad de Salud; así también se regula el desarrollo de programas preventivos de enfermedades a través de charlas educativas, impartidas en las escuelas de gobierno a todos los menores, educando a padres de familia para que esta educación sea integral y surta los efectos deseados.⁶⁷

⁶⁷ Código de Salud Salvadoreño. Año 1988. Pág. 31.

También se norma el desarrollo de programas de salud bucal en la sección cuatro del código de salud y contiene un solo artículo que es 51, este programa tiene como finalidad prevenir las caries y las pérdidas de dientes a temprana edad; éstos programas los desarrolla el Ministerio de Salud, en coordinación con la empresa privada y universidades del país, en las que existen facultades de Odontología, como por ejemplo cuando se realizan programas de higiene buco-dental, en las comunidades, en las que participan estudiantes de odontología que están prestando sus servicios sociales en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, proporcionando éste transporte, instalaciones en su caso, logístico, enfermeras y médicos, y por el sector privado la empresa transnacional “Colgate”, que proporciona cepillos dentales, pastas, flúor y todo aquel material necesario para éstas campañas; esto lo hace con el fin de promocionar sus productos como para desarrollar una labor social.

Así como el ejemplo anterior, se realizan campañas de prevención de enfermedades, de capacitación a parteras, de higiene y salubridad en general, que se llevan a cabo entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la empresa privada, colegios y universidades del país.

El código también, regula todas aquellas acciones como la salud mental, la nutrición, el saneamiento del medio ambiente, el agua, los baños públicos, basura y otros desechos, alimentos y bebidas, etc., que en un momento dado puedan representar un peligro al convertirse en focos de infección y producir enfermedades y epidemias, ocasionando con ello problemas en la población.

El Código de Salud, acatando los principios constitucionales, de que la salud es un bien público y uno de los fines primordiales del Estado, establece ciertos controles de calidad a las profesiones médicas o que tiene relación

con la medicina; éstos controles los ejerce el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio de sus dependencias o departamentos.

El Código de Salud, encomienda asimismo al Ministerio de Salud, la misión de promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación para las personas con incapacidades en los aspectos físicos, psíquicos, educacionales, profesionales y económicos, con el fin de integrarlos como miembros activos de la comunidad; esto se trata de llevar a la práctica a través del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

Asimismo en Título III y contiene desde el artículo 278 al 288, se regula las infracciones, sanciones, competencias y Procedimientos, en caso, de que cualquier persona realiza actos que atente contra la salud del pueblo, en este capítulo se describen cuales son las conductas acciones u omisiones que se consideran como delito así el artículo Art. 278 establece que debe entenderse por Infracción contra la salud y dice que es toda acción u omisión que viole las disposiciones, prohibiciones y obligaciones establecidas en el Código de salud y sus Reglamentos.

Así mismo establece que las infracciones a las disposiciones del Código de salud y sus Reglamentos, se clasifican en tres categorías: graves, menos graves y leves y a la vez establece el tipo de sanción que se impondrá correspondiente a la gravedad de la infracción que se cometa.

Cuando se trate de infracciones leves el art. 280. Establece que serán sancionados con amonestación oral privada, los profesionales de salud y propietarios de establecimientos que cometan las infracciones leves establecidas en el Art.286 ejemplo de infracción leve es “No cumplir con el turno establecido por el Consejo”; Es decir cuando algunos de los miembros

del sector salud no cumplan con los horarios que requiere su trabajo, Si antes de transcurrir el término de un mes de la primera sanción, el infractor se acreditare otra infracción leve, la amonestación será por escrito.

Cuando la falta fuere de las establecidas en el Art. 285 del código de salud o fuere una falta menos grave a las disposiciones de los reglamentos respectivos, se impondrá al infractor la pena de multa. Es ejemplo de una sanción grave 1) expedir certificados, constancias, dictámenes u otros documentos falsos sobre el estado de salud o causas del deceso de una persona.

También se establece en el artículo 282 del código salud que las faltas grave, serán sancionados con la suspensión en el ejercicio profesional, ejemplo de estas las encontramos reguladas en el art. 284 del código de salud. Constituyen infracciones graves contra la salud: 1) Provocar y causar daño, impedimento temporal o permanente, o la muerte de una persona por error, negligencia, impericia, abandono inexcusable o malicia durante el ejercicio de su profesión.

El capítulo II denominado "Competencia y Procedimiento, la sección I denominada competencia, En este capítulo se establece todo el procedimiento que se debe seguir cuando exista una infracción además de quienes son competentes para conocer el Art. 289 del código de salud establece que será El Consejo, las Juntas y el Ministerio; quien conocerá de las infracciones que contravengan las disposiciones del Código de salud y sus Reglamentos y de cualquier otra infracción que atente contra la salud pública.

EL Consejo será competente para conocer en Primera Instancia de las infracciones que por este Código y sus Reglamentos le compete y en Segunda Instancia de las resoluciones pronunciadas por las Juntas y el Ministerio.

En el artículo 291 se establece que las Juntas conocerán en Primera Instancia de las infracciones que se cometan en contravención a este Código y a los reglamentos respectivos. y el Ministerio de Salud Pública y sus dependencias conocerán en Primera Instancia de las contravenciones a las infracciones que de conformidad a este Código y a sus Reglamentos le compete y en Segunda Instancia de las resoluciones de sus dependencias.

En el artículo 293 de este código de salud está establecido el procedimiento. Las sanciones establecidas en este código se sustanciarán en forma sumaria. Asimismo Toda persona tiene derecho a denunciar cualquier infracción de las contempladas en el Código de Salud y en los Reglamentos respectivos.

EL Artículo. 296 establece que de las sentencias definitivas pronunciadas por las Juntas y el Ministerio se admitirá el recurso de apelación para ante el Consejo, dentro del plazo de tres días a contar del siguiente de la notificación. Caso no se recurriera de la sentencia se remitirán las diligencias en revisión al Consejo con noticia de los interesados a más tardar dentro de los tres días siguientes a la notificación.

El capítulo III Denominado “De Los Recursos” En este capítulo se desarrollan los tipos de recursos que se pueden interponer así tenemos el recursos de rectificación, Recursos de Queja, recurso de apelación, recurso de hecho. Etc.

3.1.3 LEY DEL MEDIO AMBIENTE

El derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado es un derecho conexo con el derecho a la salud, es decir, están íntimamente vinculados el uno al otro; por eso es necesario abordarlo aquí, aunque de manera breve.

El sistema jurídico salvadoreño como protector de los intereses de la sociedad no puede permanecer indiferente ante el derecho que tenemos todas las personas a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado que mejore la calidad de vida y la salud de las presentes y futuras generaciones; con este objetivo se ha creado la Ley del Medio Ambiente; la cual, tutela la protección, conservación y recuperación ambiental; normando la gestión del medio ambiente tanto pública como privada, y determinando que dicha gestión no es solo una obligación del Estado y los municipios sino también de los habitantes en general. Tal y como lo apunta el artículo uno de dicha Ley.

En el sentido anterior podemos decir que los daños al ambiente y consecuentemente a la salud de la colectividad salvadoreña le atañen a toda la sociedad, revelándose la vital importancia que tiene el derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, a efecto de evitar enfermedades de fácil propagación como el paludismo, el dengue clásico o hemorrágico, entre otros.⁶⁸

⁶⁸ Asencio López, Francisco Alberto, tesis “El Amparo Como Medio De Tutela Para Garantizar El Derecho A La Salud, Cuando El Estado No Cumple Con Su Deber Constitucional De Satisfacerlo” San Salvador, año 2003.-Pag. 99

3.1.4 LEY DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA Y DE LAS JUNTAS DE VIGILANCIAS DE LAS PROFESIONES DE SALUD.

Esta ley tiene el objetivo, la organización y el funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública y de los organismos legales que vigilaran en el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo, a que se refiere el artículo 68 de la Constitución.⁶⁹

3.1.5 CÓDIGO MUNICIPAL.

Este Código en su artículo 4, numeral 5°, expresa que la promoción, y desarrollo de programas de salud, como saneamiento ambiental, prevención y combate de enfermedades, será competencia de la Municipalidad. Otra función o competencia del municipio es la prestación del servicio de aseo, barrido de calles, recolección y disposición final de basuras, según el numeral 19 del artículo indicado; así también en el numeral 20, se establece la prestación de servicio de cementerios y servicios funerarios y control de los cementerios y servicios funerarios prestados por particulares.

Estas regulaciones del Código Municipal, están acordes y en relación con las funciones encomendadas por el Código de Salud, lo cual confirma que este derecho es uno de los fines y objetivos del Estado, garantizado en nuestra Constitución, al ser regulado tanto en un Código de Salud, para ser desarrollado por Instituciones del Ejecutivo, como por el Código Municipal, para que éste intervenga activamente a promover, desarrollar y vigilar todas las acciones que tiene que ver con este derecho.⁷⁰

⁶⁹ Ley Del Consejo Superior De Salud Pública Salvadoreño. Pág. 1

⁷⁰ Código Municipal Salvadoreño. año 1986. Pág. 4-6.

Existen muchas más leyes secundarias que tienen que ver con la salud, como la ley de Inspección Sanitaria de la Carne, Ley de Farmacias, Ley Reguladora del Comercio de Medicamentos, Ley General de Cementerios, etc., que en sus apartados tratan precisamente de promover, la salud, evitando enfermedades y epidemias; requisitos y controles exigidos en la Constitución para garantizar la protección al derecho a la salud a que tenemos todos los salvadoreños. No analizaremos éstas leyes, sólo las mencionaremos, por cuanto algunas de éstas leyes en la práctica no se cumplen, parcial ni totalmente, quedando únicamente como letra muerta.

3.1.6 CÓDIGO PENAL SALVADOREÑO.

Nuestra Constitución establece en el artículo 1, que es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura y la justicia social; asimismo el artículo 66 de dicho cuerpo de ley establece que el Estado dará asistencia gratuita a los habitantes en general. Sin embargo, hemos hecho la comparación con el Código Penal Salvadoreño y este no reconoce ninguna disposición que sancione el cobro por servicios de asistencia a la salud; de lo cual se deduce:

Que el Código Penal solamente regula los delitos relativos que atentan contra la salud pública y esto comprende a los productos químicos, medicinales, alimenticios y aguas, (art. 271 C. Pn. y siguientes.); quedando desprotegidos los habitantes de la República contra los cobros que realizan las instituciones nacionales, pues no existe una ley o reglamento que regule el pago de dicho servicio. Si bien es cierto, existe para las instituciones nacionales un patronato que regula el cobro y gastos de los hospitales, esta

es una clara violación al bien jurídico protegido por la Constitución Salvadoreña.

3.2 GARANTIZACIÓN INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

3.2.1 SISTEMA UNIVERSAL

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

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

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

Sobre la Tortura; los convenios relativos a las discriminaciones, que se refieren a las condiciones del ejercicio de tales derechos, como la Convención sobre la Prevención del Crimen de Apartheid, o a los convenios relativos a la protección de ciertas categorías de grupos humanos, como la mujer, los refugiados o los combatientes, entre otros”⁷¹

En síntesis, el reconocimiento que en el orden internacional han tenido los derechos no sólo sociales, sino también económicos y culturales es el fruto de una larga evolución histórica, derivada de la naturaleza dinámica de los derechos del hombre y motivada por un afán constante por descubrir y consagrar fórmulas de protección de la dignidad humana.

3.2.1.1 CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS⁷²

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

La Carta es también un tratado internacional que codifica los principios fundamentales de las relaciones internacionales, desde la igualdad soberana de los Estados hasta la prohibición de la utilización de la fuerza en las relaciones internacionales”⁷³

⁷¹ Roberto Mayorca Lorca, Op. Cit. Pág. 79-80

⁷² La carta de Naciones Unidas se firmo el 26 de junio de 1945, en San Francisco, al terminar la Conferencia de Naciones Unidas sobre Organización Internacional, y entro en vigor el 24 de octubre del mismo año. El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia es parte integrante de la Carta.

⁷³ ABC de las Naciones Unidas, Departamento de Información Pública de las N.U. Nueva York, 1998 Pág. 242.

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

En el sentido anterior se expresa el artículo cincuenta y cinco de la Carta de la ONU, a saber: “Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y el bienestar necesario para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y a la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá”:

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

De la lectura anterior se concluye que dicha Organización se limita únicamente a la promoción y cooperación internacional en la solución de los puntos arriba mencionados, esta afirmación es sustentada también por el párrafo tres del artículo uno, y artículo cincuenta y seis de la Carta. En

consecuencia los Estados no se comprometen a observar o respetar los derechos humanos, ya que asumieron la obligación vaga y ambigua de promover el respeto universal de los mismos

3.2.1.2 CARTA INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS⁷⁴.

“Tres años después de fundadas las Naciones Unidas, la Asamblea General erigió el primer pilar que sostiene el edificio jurídico del siglo XX en materia de derechos humanos, es decir la Carta Internacional de Derechos Humanos”⁷⁵. Dicha Carta fue creada en base al artículo sesenta y ocho de la Carta de Naciones Unidas, a saber: “El Consejo Económico y Social establecerá Comisiones de orden económico y social, para la protección de los derechos humanos, así como las demás comisiones necesarias para el desempeño de sus funciones”.

Es así como en el Consejo Económico y Social estableció a principios de mil novecientos cuarenta y seis la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, decidiendo esta Comisión el crear tres grupos de trabajo. El primero se ocupó de elaborar una declaración de principios, el segundo de elaborar un pacto con obligatoriedad y el tercero sobre sus aplicaciones. Es así como se presentó a la Asamblea General de la ONU el diez de diciembre de mil novecientos cuarenta y ocho el proyecto de la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual fue aprobada por consenso.

⁷⁴ Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948. debieron pasar 18 años para que la Asamblea General aprobara y abriera a firma los tratados que actualmente integran la Carta Internacional de Derechos Humanos: los Pactos internacionales de Derechos Humanos y el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Transcurrieron 10 años más para que los dos Pactos entraran en vigencia en 1976. El Protocolo Facultativo lo hizo 3 años después.

⁷⁵ ABC de las Naciones Unidas, Op. Cit. Pág. 244.

“La Carta Internacional de Derechos Humanos esta integrada por: La Declaración Universal de Derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Humanos Civiles y Políticos con su Protocolo facultativo y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”⁷⁶

3.2.1.2.1 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (10 DE DICIEMBRE DE 1948).

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

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

⁷⁶ Carta Internacional de los Derechos Humanos, Marco A. Segastume Gemmell, Cuadernos Educativos 5, Colección Derechos Humanos CSUCA, Pág. 1

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

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...” proclama el artículo 1 de la Declaración, y el 28 añade que “toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”.

La Declaración Universal constituye la primera proclamación completa de los derechos del individuo por parte de una Organización Internacional de carácter mundial. La importancia jurídica y política que ha adquirido en el curso de los años aún no tiene paralelo en ningún otro instrumento internacional sobre derechos humanos.

En este tratado, se sientan las bases para que todas las naciones, reconozcan a través de la libertad, la justicia y la paz, que la familia humana, tiene iguales derechos e inalienables.

Uno de los objetivos de este tratado es que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la presión, así como el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones. La Declaración sobre Derechos Humanos, proclamada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el diez de diciembre de 1948, ha sido la base para que surjan nuevos pactos que se refieren a proteger los derechos de libertad, progreso, salud, ciencia, cultura, etc., que los pueblos tienen, para que éstos gocen de ellos sin ningún tipo de restricciones ni limitaciones.

“La Declaración Universal proclama y reconoce la importancia no solo de los derechos civiles y políticos, sino también los derechos económicos, sociales y culturales. La interrelación de interdependencia conceptual de esos derechos desde la aprobación de la Declaración se ha convertido en el principio básico de los esfuerzos de la ONU en el área de los derechos humanos.

En cuanto al derecho a la salud está expresamente reconocido en el artículo 25 número 1 de la Declaración, el cual 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,... por último destacamos que los derechos que proclama la Declaración no son absolutos, ya que la misma autoriza a los Estados a sancionar leyes que limiten el ejercicio de estos derechos con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática. Párrafo 2, artículo 29. Pero esa autoridad que la Declaración da a los gobiernos para imponer esas limitaciones están restringida por la norma establecida en el artículo 30, el cual dice: “nada en la presente Declaración, podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno a los Estados, a un grupo o a una persona, para entender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y las libertades proclamadas en esta Declaración”.

Como se ve aquí se habla específicamente de proteger y asegurar el derecho a la salud, como una forma para que la familia goce de bienestar en todos los aspectos, porque como ya se ha expresado antes, una sociedad sin salud no puede en ningún momento alcanzar grado de desarrollo alguno; ya

que por estar atendiendo problemas de salud en muchas naciones, se han tenido que descuidar otros derechos y otras áreas que son vitales para el desarrollo, como son la educación, la ciencia, el desarrollo tecnológico, económico y político, que son vitales para que una sociedad salga del subdesarrollo o para que se mantenga estable en sus programas de acción para un desarrollo progresivo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en cuanto a la salud, se refiere, pretende que los países signatarios, creen en sus respectivos países, las condiciones necesarias para que sus miembros gocen de una salud digna, equitativa y con las mayores garantías para que no exista discriminación de ninguna índole para garantizar la salud a sus habitantes.

3.2.1.2.2 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

“El Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales a igual que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos tuvieron por objeto transformar los principios proclamados en la Declaración Universal en obligaciones dimanadas de tratados. Ello significó que hubo que traducir la noble retórica de la Declaración al lenguaje preciso de la ley y hubo que estipular con considerable detalle las excepciones, las limitaciones o restricciones al ejercicio de los derechos contenidos en ella”.⁷⁷

El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contienen una lista más extensa y completa en los mismos, que la Declaración Universal. En el

⁷⁷ Los Pactos Internacionales, fueron aprobados por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966. fue necesario que transcurriera otro decenio para que 35 Estados (el número requerido para que los Pactos entraran en vigor), los ratificaron. En la actualidad, más de 80 países son parte de los mismos.

se reconocen los derechos al trabajo, a formar sindicatos y/o afiliarse a ellos, a la seguridad social, a la protección de la familia a un nivel de vida adecuado a disfrutar del más alto grado posible de salud física y mental entre otros.

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

- a) 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.
- b) Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:
 - i. La reducción de mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - ii. El mejoramiento en todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - iii. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, la lucha contra ellas; y
 - iv. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El contenido del precepto legal que nos antecede es el fundamento esencial del derecho a la salud; en el orden universal desde luego no solo porque el Pacto crea obligaciones jurídicas para los Estados Partes, sino también porque el mismo establece los mecanismos de control internacional. En cuanto a las obligaciones jurídicas creadas por el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales podemos decir:

No es una obligación jurídica inmediata de acatar sus disposiciones como lo es el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, sino que es una obligación que requiere una aplicación progresiva, por oposición a la inmediata, y solo obliga al Estado Parte a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga para lograr progresivamente por todos los medios apropiados la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales que este Pacto reconoce. Art. 2, párrafo 1.

Sin embargo, el mero hecho de que las obligaciones asumidas por los Estados sean progresivas y dependan de sus recursos disponibles no significa que no sean exigibles. Son tan exigibles jurídicamente como los derechos garantizados en el Pacto de los Derechos Civiles y Políticos, por cuanto ambos instrumentos crean obligaciones jurídicas para los Estados que se adhieren a ellos.

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

3.2.1.3 CONSTITUCION DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

“La OMS desempeña un papel particularmente importante en la promoción de la observancia del derecho a la salud proclamado en el Art. 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esta disposición se redactó en estrecha colaboración con dicho Organismo Internacional, que también ha formulado específicamente varios de sus programas a fin de facilitar a Los Estados partes cumplir las obligaciones derivadas del mencionado artículo 12”⁷⁸.

“En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) coopera con la OMS. En la formulación y ejecución de sus programas”⁷⁹.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece entre sus principios, que la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social, así mismo determina en su Art. 1 que la finalidad de la OMS es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud; y para lograr esa finalidad la OMS realiza las siguientes funciones tipificadas en su artículo 2; a saber:

- a) Actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional.
- b) Establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de

⁷⁸ La Constitución fue aprobada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en New York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, por los representantes de 61 Estados.

⁷⁹ Roberto Mayorca Lorca. Op. Cit. Pp. 76 – 77

salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organismos que se juzguen conveniente;

- c) Ayudar a los gobiernos, “a su solicitud”, a fortalecer sus servicios de salubridad entre otros.

Por último destacamos que la Organización Mundial de la Salud no es un organismo de jurisdicción, ya que sus actividades sólo se limitan para fomentar, promover y proteger la salud de todos los pueblos, tal como lo apunta su constitución.

3.2.2 SISTEMA AMERICANO.

La existencia de sistemas regionales como lo son el Europeo, Africano y el Americano, puede atribuirse a la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos, a las dificultades con las que tropezó la ONU para redactar los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y a la noción de que, en general, sería más fácil aplicar los derechos proclamados por la Declaración Universal por medio de los organismos regionales que por medio de la ONU, se consideraba que los Estados partes en los grupos regionales compartían a menudo muchas tradiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales. Las organizaciones regionales por ende podrían avanzar más rápidamente que la ONU en la elaboración de regímenes eficientes de protección de los derechos humanos.

En cuanto al Sistema Americano sus Estados han llegado, en proceso evolutivo, a estructurar un sistema regional de promoción y protección de los derechos humanos en el que se reconoce la existencia de los mismos, se

han establecido normas de conducta tendientes a protegerlos y se crean órganos destinados a velar por su observancia.

Este Sistema Americano se inició formalmente a raíz de la novena Conferencia Internacional Americana, celebrada en Bogotá en abril de 1948, en la que tuvieron su origen la Carta de la OEA, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre y la Carta Internacional de Garantías Sociales. La Culminación de este proceso lo constituye la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ó Pacto de San José Costa Rica, y su Protocolo Adicional o Protocolo de San Salvador.

3.2.2.1 CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (22 DE NOVIEMBRE DE 1969).

En esta convención, se trataron varios aspectos, y se tomaron acuerdos sobre diferentes factores que son importantes para cualquier sociedad que quiera superarse y alcanzar un desarrollo económico- social, fundados en el respeto de los derechos esenciales del hombre.

En esta convención, se trató el derecho a la salud, de una manera general; así en el capítulo III, referente a Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículos 26, titulado “Desarrollo Progresivo”, se expresa: “Los Estados partes, se comprometen a adoptar providencias, tanto en el ámbito interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la

medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.”⁸⁰

Como vemos en esta convención, no se tomo el derecho a la salud de una forma especifica, sino que se habló genéricamente de derechos sociales, abarcando así al derecho a la salud, que esta inmerso dentro de los derechos sociales; pero sí es importante analizar esta convención, porque trata la forma como los gobiernos, deben de adoptar las medidas pertinentes, para que todos los seres humanos gocemos de los derechos más elementales como son los del área social.

Prácticamente, en esta convención se viene a reafirmar lo expuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948 y que más adelante se analizará.

Decimos esto de reafirmar, por que cuando en esta convención se habla de los mismos derechos y garantías que una persona debe tener, según la Declaración Universal de Derechos Humanos, no se toca un punto nuevo, simplemente se moderniza y se actualizan términos, acordes a la evolución de todas las sociedades y países que conforman la Declaración Americana.

Con todo esto, esta convención, viene a reafirmar que todos los seres humanos, tenemos iguales derechos ante cualquier sociedad, frente a derechos tan vitales como lo son los derechos sociales, que van invivitos en cada persona, derechos que no se pueden renunciar ni delegar por su misma naturaleza.

⁸⁰ Misión De Observadores De Las Naciones Unidas En El Salvador. “Normas Nacionales e Internacionales Sobre Los Derechos Humanos”. marzo 1993. Pág. 85.

3.2.2.2 CARTA DE LA ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS

“La Carta de la OEA proclama en su preámbulo la justicia social y el respeto de los derechos esenciales del hombre; asimismo dentro de los principios que la inspiran proclama los derechos fundamentales de la persona humana, sin hacer distinción de raza, nacionalidad, credo o sexo”⁸¹. Pero a diferencia de la Carta de la ONU, posee disposiciones concretas acerca de los derechos no solo sociales sino también económicos y culturales.

El Art. 16 contempla el principio de la autodeterminación, señalando que “en este libre desenvolvimiento el Estado respetará los derechos de la persona humana y los principios de la moral universal”. Además del preámbulo, el principio y el artículo recién citado y que hace referencia a los derechos humanos de manera general, posee la Carta de la OEA. Un capítulo especial, el VII, denominado “normas sociales”; estas normas sociales se refieren al trabajo en condiciones que aseguren la vida, la salud y a otros aspectos conexos”⁸². No obstante la Carta carece de una concepción clara y sistemática de estos derechos, a saber: En efecto el artículo cuarenta y cuatro literal a) dice que, “todos los seres humanos, sin distinción de raza, sexo, nacionalidad, credo o condición social, tienen derecho al bienestar material y a su desarrollo espiritual, en condiciones de libertad, dignidad, igualdad de oportunidades y seguridad económica”. El mismo artículo, en el literal b) determina que el trabajo es tanto un derecho como un deber, agrega que este trabajo “debe presentarse en condiciones que, incluyendo un régimen de salarios justos, que aseguren la vida, la salud y un nivel de vida decoroso para el trabajador y su familia. Las expresiones “Asegurar la vida,

⁸¹ Carta de la Organización de los Estados Americanos, Cap. II “Principios” Art.5 Letra J.

⁸² Este capítulo especial de normas sociales fue una adición al texto original de la Carta de 1948, adición que se hizo a través del Protocolo de Buenos Aires, aprobado en 1967 y vigente desde 1970.

la salud y un nivel de decoroso” No son ciertamente claras y sólo cabe interpretarlas en armonía con el resto de disposiciones que rigen la materia, concretamente con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que explícitamente, reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado.

Ahora bien junto al reconocimiento de estos derechos se establecen en el capítulo VII metas hacia las cuales debe orientarse las políticas económicas de los Estados. Hay que destacar que sólo se trata de metas y no de derechos, en todo caso, y por tratarse de un documento cuyo objeto ha sido reglamentar las relaciones entre los Estados Americanos, es meritoria la dedicación que les ha concedido a los derechos sociales.

3.2.2.3 DECLARACION AMERICANA DE DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE.

“La Declaración” contiene prácticamente todos los derechos que se desarrollan tanto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos.

Su preámbulo, no obstante, no menciona en ningún momento expresamente a los derechos sociales y económicos. En sus 38 artículos aparecen los derechos políticos y civiles entremezclados con los económicos, sociales y culturales sin percibirse un orden o sistema. Los segundos se contienen en los artículos 4, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 22 y 30, la mayoría de las veces conjuntamente con alusiones a los primeros.

El artículo 11 de la Declaración Americana proclama el Derecho a la Salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los derechos públicos y los de la comunidad.

Cabe destacar que el artículo 11 habla del derecho a que se aporten medidas para proteger la salud, pero limitadas esas medidas por los recursos públicos o de la comunidad”.⁸³

Finalmente cabe hacer notar que la Carta no alcanzó la inspiración de ser adoptada en forma de Convención, pero ha adquirido especial relieve gracias a lo dispuesto en el artículo 1 del “Estatuto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”⁸⁴, el cual dispone: “La Comisión Interamericana de Derechos Humanos es un órgano de la OEA creado para promover la observancia y la defensa de los Derechos Humanos y para servir como órgano consultivo de esta materia. 2 Para los fines de este estatuto, por derechos humanos se entiende:

- a) Los definidos en la Convención Americana de Derechos Humanos con relación a los Estados partes en la misma.
- b) Los concentrados en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, con relación a los demás Estados miembros”

Lo anterior significa que para aquellos Estados que son miembros de la OEA pero que no han ratificado el Pacto de San José, deben entenderse por derechos humanos los contenidos en la Declaración Americana.

⁸³ Aprobada en abril de 1948 en la Novena Conferencia Interamericana celebrada en Bogotá, Colombia. Esta Declaración no es un tratado.

⁸⁴ Aprobado por la resolución número 447 de la Asamblea General de la ONU celebrada en octubre de 1979.

3.2.2.4 CONVENCIÓN AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS O PACTO DE SAN JOSE COSTA RICA.

“Es el documento sobre derechos humanos más reciente en Latinoamérica tanto su suscripción como su entrada en vigencia son posteriores a los pactos de la ONU. De sus 82 artículos, únicamente los artículos 6, 16, 17, 19, 20 y 42 se refieren a los derechos económicos, sociales y culturales.

Lamentablemente estas disposiciones carecen de una concepción clara y sistemática y además en ningún momento instituye el derecho a un adecuado nivel de vida, como centro de los derechos económicos y sociales”⁸⁵

En definitiva, puede afirmarse que la Convención Americana prácticamente carece de preceptos relativos a los derechos económicos, sociales y culturales. Esta carencia tiene su explicación y para comprenderlo lo escribimos a continuación.

En materia de derechos económicos, sociales y culturales la Convención Americana se remite expresamente a la Carta de la OEA artículo 26, también su preámbulo y el artículo 42. La Convención se remite también a la Declaración de Derechos y Deberes del Hombre y al Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales, artículo 29 letra d) de la Convención.

En consecuencia, se dice que hay una coexistencia entre los documentos básicos en materia de derechos económicos, sociales y culturales; en

⁸⁵ Aprobada y suscrita en Noviembre de 1969, entró en vigencia el 18 de julio de 1978.

Latinoamérica son: La Carta de la OEA y la “Declaración Americana”⁸⁶ quedando el Pacto de San José reducido principalmente al ámbito de Derechos Civiles y Políticos

En cuanto al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y la Convención Americana se dice que hay una coexistencia entre ambos. Esta concepción fue aceptada por la Comisión de Derechos Humanos en el Informe correspondiente al decimoctavo período de sesiones, celebrado en abril de 1968. Por lo tanto este Pacto internacional es otro documento básico en materia de derechos económicos, sociales y culturales de Latinoamérica y el resto del mundo.

3.2.2.5 PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES O PROTOCOLO DE SAN SALVADOR.

Como consecuencia a que la Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica no desarrolla expresamente los derechos económicos, sociales culturales, la OEA, a través de sus organismos correspondientes, emprendió la tarea de elaborar un Protocolo Adicional a dicha convención que los contenga. Siendo este el “Protocolo Adicional a la

⁸⁶ La Declaración Americana, aunque más sistemática y precisa que la Carta de la OEA debe entenderse solo en carácter complementario pues a pesar de la validez que tiene no ha sido sometida a la ratificación de los Estados; por lo tanto, en caso de conflictos, debe primar el texto de la Carta. Esta carta tiene vigencia de manera autónoma y, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, desde febrero de 1967, fecha en que se introdujeron las reformas correspondientes a través del Protocolo de Buenos Aires. Aunque para ser más precisos, su vigencia en estas materias debe contarse para cada país desde el momento de las respectivas ratificaciones. En cambio la Declaración Americana no tiene vigencia autónoma sino indirecta, concebida por el artículo 29 d) de la Convención Americana. Que entro en vigor en julio de 1978 y por el Art. 1 del estatuto de la Comisión de Derechos Humanos; aprobada en octubre de 1979, de lo cual resulta que esta Declaración Americana, en cuanto a su efectiva vigencia, es mucho más reciente que la Carta reformada de la OEA.

Convención Americana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador⁸⁷

Este Protocolo consta de un preámbulo y de veintidós artículos. En la parte preambular se explica las razones por las cuales los Estados deben adoptar un Protocolo Adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales.

Los cinco primeros artículos de la parte dispositiva contienen cláusulas generales, que son usuales en este tipo de instrumentos, los cuales se refieren respectivamente a la obligación de los Estados de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de recursos que dispongan a fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que reconoce el Protocolo; a la obligación de no establecer discriminaciones; a la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno que permitan hacer efectivos los derechos establecidos en el Protocolo entre otros.

Los artículos seis a dieciséis establecen los derechos económicos, sociales y culturales objeto de protección. Al establecerse estos derechos el Protocolo ha tomado como punto de partida el núcleo fundamental constituido por los derechos al trabajo, la salud y la educación. A ellos se han agregado otros derechos conexos o vinculados directamente con estos o con las medidas tendientes a su concesión práctica.

En lo que concierne al derecho a la salud, este ha sido precisado en el artículo diez del Protocolo, en su elaboración se han tomado como base los criterios expuestos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización

⁸⁷ Aprobado por decreto legislativo número 320 y publicado en el Diario Oficial número 82, Tomo 327 de fecha 5 de mayo de 1995.

Panamericana de la Salud. En el artículo once se ha incluido el derecho a vivir en un medio ambiente sano.

En el artículo doce se ha incorporado un importante derecho conexo al de la salud, este es: El derecho a la alimentación.

Art. 10. DERECHO A LA SALUD.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a) La atención primaria de salud, entendiendo como tal asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; y
 - f) La satisfacción de las necesidades de la salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Art. 11. DERECHO A UN MEDIO AMBIENTE SANO.

1. Toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos.
2. Los Estados partes promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente.

Art. 12. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN.

1. Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.
2. Con el objeto de hacer efectivo este derecho y ha erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia.

3.2.3 OTROS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS QUE TIENE RELACION CON EL DERECHO A LA SALUD.

“Dentro del Sistema de la ONU existe un gran número de instrumentos referidos a la protección de los Derechos Humanos, que complementan la Carta Internacional de Derechos Humanos. Estos instrumentos se refieren a varios tratados de la ONU sobre derechos humanos, entre los cuales se encuentra la Convención y la Sanción del Delito de Genocidio y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de

Discriminación Racial, esta última establece un régimen más riguroso que el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”⁸⁸

Estos instrumentos hacen referencia al derecho a la salud. Por ejemplo, el Art. 5 de la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, los Estados partes se comprometen: “A prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes... e)... IV) el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

Asimismo pueden encontrarse disposiciones similares en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. El Art. 12 párrafo 1, dispone que los Estados Partes “aportaran todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

En fin, los tratados de la ONU sobre Derechos Humanos son numerosos y sería una tarea demasiado extensa enumerarlos aquí, por lo tanto se han desarrollado los más generales y algunos específicos.

⁸⁸ Uribe, Diego. Los Derechos Humanos y el Sistema Americano. Madrid, 1972, Pág. 109

3.2.4 CONVENIOS EN MATERIA DE SALUD SUSCRITOS POR EL SALVADOR CON OTROS ESTADOS U ORGANISMOS INTERNACIONALES.

Nuestro país a celebrado diversos convenios con países amigos, así también con Organismos Internacionales en beneficio de la salud del pueblo salvadoreño, entre los cuales tenemos:

El Convenio suscrito por el Gobierno de la República de El Salvador y el Gobierno de la República Federal de Alemania, denominado “Programa Básico de Salud en la Región de Oriente, 1994-1995” y Ratificado en los años 1996-1997, convenio particular (especifico) a través de la firma “ KFW ” (Instituto de Crédito para la Reconstrucción, Frankfrankfur/Mains.) con una aportación financiera por un valor hasta 15 Millones de Marcos, para contribuir al mejoramiento de la salud de la población de la zona oriental del país, aumentando la accesibilidad y calidad de los servicios, así como también mejorar los servicios de salud para la población.

El Convenio Macro del Gran Ducado de Luxemburgo, que apoya varios proyectos de salud, suscrito en 1997.

El Convenio Macro del Gobierno de la República Federal de Alemania, documento que ampara cualquier proyecto que se va ha ejecutar, en términos generales apoya cualquier gestión o donativos posteriores, siempre que se ampare en lo que se va a realizar, suscrito en 1964.

Notas Verbales que se toman como Convenios, el GTZ, la ayuda en dinero del Gobierno de Alemania, se ejecuta a través de GTZ. ♦ Nota Verbal Proyecto “PASS” (Proyecto de Apoyo al Sector Salud), firmado en 1995.

El Proyecto Salud Reproductiva, firmado en 1996.

Convenio de la U.E. (Unión Europea) apoya una serie de actividades en salud a nivel nacional.

Cooperación técnica y financiera con los países: Suiza, Japón, España.

Convenio con "A.I.D." (Agencia Internacional para el Desarrollo), Proyecto Salvadoreños Saludables, ratificado agosto de 1998.

Los convenios que realiza el Estado salvadoreño, con países amigos y Organismos Internacionales, están siempre condicionados así: el país debe de dar una contra parte para ejecutar el proyecto, el tiempo de duración de la ejecución del proyecto, el monto a trasladar, las etapas del proyecto, duración del proyecto y los componentes que abarca; tomando en cuenta la Infraestructura, el equipamiento y la capacitación de personal.

Asimismo están involucradas las ONG'S, en el sentido de ejecutar los proyectos a través de una Unidad Ejecutora que es la que canaliza la administración de la aportación económica, como requisito para una mejor transparencia del manejo de los fondos, ya sea con personal externo, nacional o mixto.

CAPITULO 4

LA SALUD CONSIDERADA COMO UN DERECHO Y EL PAPEL DE LA CONSTITUCION PARA SU PROTECCION

4.1 LA SALUD CONSIDERADA COMO UN DERECHO

Se basa en las premisas de que la salud es una necesidad, que el acceso a la salud debe ser gratuito, que la atención en salud debe concentrarse en donde el impacto de la desigualdad social es mayor y no en donde es más rentable en términos económicos, que debe privilegiarse la inversión en salud y educación, y que es indispensable asignar recursos para formar al personal de salud. También existe un amplio lugar para las ciencias sociales, desde las cuales se puede documentar que cuando la salud no se considera un derecho se reproducen la desigualdad social y la pobreza⁸⁹.

Nos enfrentamos pues ante un problema de valores: la salud como necesidad, que admite que la salud es un derecho fundamental, o la salud como aspiración, que presupone que solo puede obtenerse a cambio de algo, con lo cual se convierte en un servicio monetarizado y privatizable. Pero la salud, al igual que la educación, no es un bien material que se puede intercambiar o que siempre se puede comprar, a pesar de que haya una asociación entre el mayor poder adquisitivo y una mayor longevidad o nivel de estudios.

⁸⁹ Arachu Castro. Profesora de Medicina Social en el Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambio Social del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. Directora del Instituto para la Salud y la Justicia Social de Partners In Health, e Investigadora en Antropología Médica en la División de Medicina Social y Desigualdades en Salud del Departamento de Medicina del Hospital Brigham and Women's de Boston. Presentando en la Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. Sesión Plenaria: Orden Económico Internacional y la Salud. Cuenca. Ecuador 18 de julio de 2005. Rev. Cubana Salud Pública 2006;32 Facultad de Medicina. Universidad de Harvard

Si admitimos que la salud es una necesidad y no un servicio, cualquier mecanismo de financiación de salud que no tenga como objetivo el acceso gratuito a la salud se derrumba como un castillo de naipes. Y ésta es la segunda idea. Hay muchos argumentos que se presentan bajo el nombre de justicia o equidad en la financiación de la salud (*fairness* en inglés), pero que en realidad están proponiendo una jerarquía en los servicios de salud. Si alguien tiene la mala fortuna de accidentarse o contraer una enfermedad que requiere una atención costosa, o que se ha catalogado como no costo-efectiva, se encuentra en una situación equivalente a no tener derecho a la atención en salud. He aquí una nueva idea, sobre la desigualdad y la ley de la atención inversa. Fue Julian Hart quien la introdujo en 1971, cuando, en referencia al sistema británico de salud, escribió nada menos que en la revista médica *Lancet* que “la disponibilidad de la buena atención médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida.

Esta ley de la atención inversa opera de forma más completa ahí en donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos en donde esa exposición es menor. La distribución mercantil de la atención médica es una forma social primitiva e históricamente desfasada, y cualquier retorno a ella contribuirá a exagerar más la mala distribución de los recursos médicos”⁹⁰, escribió Hart. No fueron voces proféticas que entraron en oídos sordos, aunque a veces nos lo parezca. Depende de nosotras, promotoras, epidemiólogas, médicas, antropólogas, juristas, políticos, economistas, estudiantes, seguir mostrando la fuerza de la desigualdad social en la salud y remediar esa desigualdad asignando recursos donde son más necesarios y no donde son más rentables en términos estrictamente económicos.

⁹⁰ Hart JT. “The inverse care law”. *Lancet* 1971 405-12.

Para que el acceso a la salud sea gratuito y esté allí donde es más necesario, se requiere transformar las prioridades presupuestarias de muchos gobiernos. Esta cuarta idea, que propone privilegiar la inversión en salud y educación, no es meramente un presupuesto ideológico. Gracias a muchas personas, se está acumulando la evidencia de que los recortes de fondos del sector público no sólo aumentan la desigualdad sino que no logran el crecimiento económico que se había esperado, y que se suponía a subsanar los problemas de acceso a la atención en salud y educación. Recortar los fondos de los llamados sectores sociales en aras del crecimiento está más cargado de ideología que nuestro interés colectivo en convertir el acceso a la salud en un derecho.

Existe un grupo de profesionales en derecho constitucional, y opinan, que la salud en El Salvador no es un derecho; el argumento que utilizan para esgrimir su enfoque es que la Carta Magna salvadoreña, no denomina a la salud expresamente como un derecho, no lo hace, ni en el articulado pertinente, ni en ningún otro artículo de la misma, cabe hacer notar, que los autores de esta obra se inclinan por el criterio que expresa que la salud en El Salvador sí constituye un derecho; en este sentido las siguientes líneas están encaminadas a ratificar el enfoque últimamente mencionado.

La definición de derecho es expuesta por tres tendencias, a saber: Primero, la tendencia individualista; segundo la tendencia sociológica y, tercero la tendencia ecléctica, esta última tendencia trata de conciliar el criterio individualista y el sociológico.

A continuación se retomaran algunas definiciones que destacados autores han formulado para exponer lo que debe entenderse por derecho; atendiendo desde luego los criterios o tendencias arriba apuntados.

4.1.1 ENFOQUE INDIVIDUALISTA.

“Son varios los autores que se han expresado acerca del sentido Individualista del derecho. Si nos atendemos a la apreciación de Kant “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 libertar”.

A su vez Ahrens, lo define como “El conjunto de las 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”. Y para Josserand “es la conciencia y voluntad colectiva que sustituye 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”.

4.1.2 ENFOQUE SOCIOLÓGICO.

Este es el criterio opuesto al precedente, uno de cuyos partidarios es Doguit, 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 del interés común cuya violación produce contra el autor de dicha violación una reacción colectiva”. La Fur, a su turno, sostiene que “el derecho no es otra cosa 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”.

4.1.3 ENFOQUE ECLÉCTICO.

Entre una y otra tendencia, individualista y sociológica, surge un criterio ecléctico pues algunos autores, como Canastán, tratan de conciliar ambos criterios y para conseguirlo este lo define como “el sistema de normas de principios éticos susceptibles de sanción coercitiva que regula la organización de la sociedad y las relaciones de los individuos y agrupaciones que viven dentro de ellas, para asegurar la consecución armónica de los fines individuales y colectivos”.

Después de haber expuesto las definiciones anteriores se aclara que “no es el caso entrar a considerar cual de estas tres tendencias es la más acertada, lo que interesa destacar aquí es, primero, que para todas ellas el derecho tiene siempre por objeto el cumplimiento de los fines humanos”⁹¹; dichos fines giran alrededor de la vida, es decir, de la existencia de la persona, la cual debe ser digna como es el vivir en un cuerpo saludable ya que la vida en un cuerpo enfermo es una vida menos plena y que exige en nombre de la dignidad humana, el auxilio exterior para realizarse en este sentido, todo el actuar del Estado debe encausarse a la realización de los fines humanos como lo es la salud, tal y como lo apunta el artículo uno de la Constitución, a saber: “El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que esta organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común”. “Esto quiere decir que la

⁹¹ Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Osorio Manuel. Cf. Pág. 308 y 309.

razón de ser del Estado salvadoreño es precisamente el elemento subjetivo que lo integra”⁹².

Segundo, las anteriores definiciones tienen la característica común de la coerción, es decir, “el empleo habitual de la fuerza legítima que acompaña al derecho para hacer exigible sus obligaciones y eficaces sus preceptos”⁹³. “este elemento coactivo hace referencia al derecho positivo, destinado a gobernar la convivencia social, es inadmisibles que no necesite de la coacción; es decir, la posibilidad de su imposición frente a quienes traten de desconocerlo. De otro modo sería letra muerta, porque carecería de eficacia, lo que equivale al reconocimiento de su inexistencia. Es esa la opinión de Ihering cuando señala que la coacción ejercida por el estado constituye el criterio absoluto del derecho, ya que una regla de derecho desprovista de coacción jurídica es un contrasentido, es un fuego que no quema, una antorcha que no ilumina”⁹⁴. En este sentido toda norma jurídica es imperativa aun aquellas de carácter interpretativo o explicativo, ya que nos ordenan en que sentido debe entenderse o interpretarse tal o cual norma jurídica.

Este es el criterio que engendra el inciso segundo del artículo uno de la Constitución, cuando dice: “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. El elemento exterior de la coacción pública esta presente en las categorías, es obligación del Estado asegurar. Estas palabras son un imperativo categórico, es decir, son un

⁹² Este artículo fue ampliamente desarrollado en el Capítulo III de este trabajo. Aquí solo es retomado brevemente.

⁹³ Supra. Pág. 188.

⁹⁴ Supra. Pág. 310

mandamiento legal inherente al Estado, que impone absolutamente y sin condición alguna al mismo, y a sus servidores la observancia y el respeto de los conceptos vertidos en el artículo uno del cuerpo legal en mención. En este orden de ideas no se pueden negar que de fondo la constitución reconoce a la salud como un verdadero derecho.

A continuación se expone otra razón por la cual se afirma que la salud constituye un derecho. Este argumento consiste en recordarnos en que la Carta Magna llama derecho social a la salud pública y asistencia social, esto lo hace en el Capítulo II, Sección Cuarta, artículos 65 al 70.

Aunque se le critique de superficial o simplista a este argumento no se puede negar o ignorar su existencia, lejos de esto tiene más solidez y fundamento que el razonamiento usado por los que niegan a la salud como un derecho.

Para acentuar aún más esta proposición se recurre al artículo 247 inciso primero de la constitución, el cual tipifica que “toda persona puede pedir amparo ante la Sala de lo Constitucional... por la violación de los derechos que otorga la presente constitución”.

Como se puede observar, el artículo recién citado nombra derechos a todos aquellos conceptos jurídicos constitucionales que son objeto de protección tal y como se ha venido afirmando en el transcurso de ese trabajo; en el cual se ha hablado sobre la protección del derecho a la salud por medio del amparo cuando el Estado no cumple con su deber constitucional de satisfacerlo, y en efecto, esto opera en la realidad como lo es el reciente proceso de amparo 348-99 en el cual el impetrante solicitó el control constitucional de las actuaciones del Director del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, porque este negó el suministro de los medicamentos necesarios para el tratamiento

del actor quien padece del virus de inmunodeficiencia adquirida, en la cual el impetrante obtuvo una sentencia favorable por habersele violentado sus derechos a la vida y la salud.

Por todo lo anterior cabe ratificar una vez más que la salud pública en El Salvador constituye un verdadero derecho constitucional. Decir pues, que la salud no es un derecho solo porque el cuerpo del articulado pertinente de la constitución no lo expresa claramente, es un argumento pobre y miope; ya que la constitución no se limita a su texto, sino que además ella comprende una serie de elementos que se derivan de la inteligencia según la letra y la razón de sus disposiciones.

Y los que opinen en contrario a esta razonamiento no solo se niegan así mismos un derecho, sino también a las presentes y futuras generaciones incluyendo a sus estirpes.

Finalmente, y en este mismo sentido se expresan los actuales Magistrados de la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia; ellos a igual que los autores de esta obra sostienen que la salud es un verdadero derecho en El Salvador sus opiniones han sido plasmadas en el capítulo V, de esta obra.

4.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VIOLACION DEL DERECHO A LA SALUD.

Sabemos que bajo ninguna circunstancia es justificable que haya una violación en un derecho constitucional, mas aun tratándose de un derecho vital como lo es la salud, pero tampoco se puede ocultar que esto exista a

pesar de reconocerse los avances que recientemente se han logrado en materia de reforma en el sector salud; lo cierto es que aun prevalecen circunstancias que propician que dichas violaciones subsistan; a continuación trataremos algunos factores, que si bien no son los únicos sí consideramos que son los mas constantes para propiciar violaciones al derecho en referencia.

4.2.1 FACTOR ECONÓMICO.

La estabilidad de la economía nacional, así como su administración ordenada y prudente, crea oportunidades de trabajo reduciendo así los niveles de pobreza, siempre y cuando esa riqueza producida por todos los salvadoreños sea equitativamente distribuida; distribuida en el sentido presupuestario para que el Gobierno en turno cumpla con sus funciones sociales más elementales como lo son la salud, educación, saneamiento y protección del medio ambiente, entre otros; sólo así la persona podrá alcanzar un nivel de vida que lo dignifique. Tal y como lo apunta el artículo 101 de la Constitución.

“La salud debe ser gratuita por mandato constitucional, pero en países en vías de desarrollo como el nuestro es necesario que exista una cuota porque esta cuota ayuda a la sostenibilidad del sistema”, aseguró en 2006 el director del Hospital Rosales, Carlos Cornejo Fortiz.⁹⁵

El principal temor de los hospitales y unidades de salud es el déficit económico. En el Hospital Rosales, desde que trabajan sin “las donaciones”

⁹⁵ El Faro: Los hospitales sin sus “cuotas”: déficit de atención obligatorio Publicada el 12 de junio 2006

de los usuarios, los ingresos han bajado en un ochenta por ciento, mientras que en el Hospital de niños “Benjamín Bloom” y el hospital San Rafael, el déficit es de un cincuenta por ciento.

Dos millones de dólares al año se recaudaban en el Rosales a través de las cuotas voluntarias y novecientos mil dólares en el hospital Bloom. El director del Bloom, Ulises Quevedo Iraheta, calcula que, en lo queda del año, dejarán de percibir unos seiscientos mil dólares.

Los fondos de las cuotas eran utilizados, en un setenta por ciento, para la compra de insumos médicos (jeringas, gasas, hilo para suturas, etc), el resto para medicamentos y en algunos hospitales, como el Rosales y el Zacamil, para pago de plazas. En el Hospital Zacamil, ciento cincuenta plazas dependían de la cuota voluntaria, mientras que en el Rosales son entre ciento cincuenta y doscientas plazas. El ministro Maza asegura que, en el país, unas mil quinientas personas han sido contratadas con el fondo de las cuotas. Por el momento, el pago de estas plazas saldrá de las donaciones que den los pacientes, ya que se ha descartado, según el ministro, cualquier tipo de despidos.

Las cuotas proporcionaban doce millones de dólares anuales. En lo que va del año se han recaudado cinco millones. El déficit, por lo tanto, es de unos siete millones. El presidente Saca habló de un refuerzo económico que se le proporcionará al ministerio de Salud y que podría ser de siete millones, aunque no precisó de dónde saldrán esos fondos. Dijo que podría ser del ministerio de Hacienda y o del mismo ministerio de Salud.

Ena García, directora de planificación del Ministerio de Salud en 2006, calculo en \$12,7 millones el monto que entraba cada año a los centros por la

vía de las “cuotas voluntarias”. Este año, ese fondo, toda vez que hay un porcentaje de población que sí colabora, será ostensiblemente menor.

El golpe financiero, al tiempo que obligó a maniobrar de urgencia a las autoridades sanitarias para la búsqueda de recursos con Hacienda, -Salud recibió \$600 mil mensuales, la mitad de lo requerido-, dejó al descubierto la raíz del problema: un estancamiento de fondos públicos en los hospitales para medicamentos e insumos médicos⁹⁶.

Para Noviembre de 2008, el Hospital Zacamil mantenía plazas con fondos propios, pese a que a finales de 2005 el Ministerio de Salud giró órdenes expresas de que se cancelara esta práctica. Arévalo Mata, director del hospital Zacamil, reconoció que las cuotas voluntarias servían para cancelar los salarios de 150 empleados, entre administrativos, técnicos y médicos. “Estamos ante una crisis económica. No hay mecanismos para recuperar los fondos”, explicó.

Para este personal, no hay garantía de permanencia. El director confirmó que cuentan con fondos para cubrir estos salarios durante un mes más. De ahí en adelante, la incertidumbre. Ni si quiera el ministro Maza pudo determinar el futuro de los empleados pagados con fondos propios de los hospitales.⁹⁷

Los 30 hospitales de la red pública incluyen en sus presupuestos anuales un apartado llamado ingresos por prestación de servicios. Este fondo se genera con los aportes de los pacientes. La cantidad que deben reunir los nosocomios este año es de 18.2 millones de dólares.

⁹⁶ Publicada 17 de agosto de 2006 , El Diario de Hoy

⁹⁷ Publicada 16 de Noviembre del 2008, La Prensa Grafica: Director Zacamil: “Estamos ante una crisis económica”

Un 59% de usuarios de hospitales públicos considera que los cobros son una violación al derecho que tienen, según la Constitución de la República, a recibir atención médica gratuita. Estos fueron los resultados que arrojó una investigación realizada por la Defensoría del Consumidor⁹⁸.

El ejercicio se efectuó a finales del año 2007 en los hospitales Bloom, Maternidad y Zacamil, en San Salvador. Y también en el San Juan de Dios, de Santa Ana.

4.2.2 FACTOR POLÍTICO.

Debemos analizar las políticas de salud y para ello, es preciso establecer previamente algunos conceptos. Primero el de Política: como Ciencia o Arte de lo posible. El objetivo de una política es controlar y dirigir cursos futuros de una acción. La Constitución de la República, es la fuente de todas las políticas públicas. Así, ella en el art. 1 establece: “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”; por ello, el Estado tiene la obligación de asegurar a sus habitantes, entre otros bienes públicos, el goce de salud. En consecuencia, el Art. 65 de la Carta Magna dice: “La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinara la política nacional de salud y controlara y supervisara su aplicación”. De igual manera, el Código de Salud enuncia en sus Art. 40 y 41 que es el Ministerio de salud publica y asistencia social es el organismo encargado de determinar,

⁹⁸ Publicada 16 de Noviembre del 2008, La Prensa Grafica: Cuotas “voluntarias” se seguirán cobrando. Hospitales públicos aplican cuota fija

planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; y de dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.⁹⁹

El segundo concepto que tenemos que tener en cuenta es que las políticas tienen que ver con la salud más que con la enfermedad; las políticas de salud son el marco conceptual dentro del cual los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad, pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad.

Velar por la salud no significa meramente curar sino también propiciar la existencia de condiciones y requisitos necesarios para que ella se conserve, como la paz social, que todos los habitantes tengan acceso a la educación, a la vivienda, a la debida alimentación, al trabajo y, sumamente importante, a un ecosistema estable; en fin a vivir bajo un régimen de gobierno que garantice la justicia social y la equidad, por medio de políticas a favor de la gran mayoría de habitantes.

La palabra política en el campo de la salud tradicionalmente ha presentado connotaciones peyorativas, tales como: Decisiones arbitrarias, medidas incongruentes, cambios sin consultar, interferencias, racionalizaciones absurdas en el manejo de las actividades de salud. Es decir que en la realidad no vemos que ese marco exista para favorecer la participación de

⁹⁹ Política Nacional De Salud, Acuerdo Ejecutivo No788, del 21 de agosto de 2008, Diario Oficial 162, T.380, 1 de septiembre de 2008

gobernantes y gobernados a favor de la conservación y restablecimiento de la salud.

Por otra parte, si la existencia de políticas constituye el mejor antídoto contra los frecuentes cambios a que están expuestos los programas por el simple arbitrio de las autoridades de turno, deberían ser conocidas por todas y todos y además, de la contraloría gubernamental, ser objeto de auditoría social. Porque las políticas se dan a varios niveles, desde el nivel legislativo (macro) como las decisiones que se toman a nivel (micro) en las instituciones de salud etc.

Según la Política Nacional de Salud contenida en el acuerdo ejecutivo Acuerdo Ejecutivo No788, del 21 de agosto de 2008, Diario Oficial 162, T.380, 1 de septiembre de 2008, la finalidad de esta es: proveer las líneas estratégicas que faciliten a los Miembros y Colaboradores del Sistema Nacional de Salud impulsar y coordinar acciones concretas para la atención de las prioridades y retos en salud, mediante la implementación de intervenciones que contribuyan a alcanzar mejores indicadores de salud y un mejor desarrollo humano de los habitantes de El Salvador.

Mediante la implementación de las directrices incluidas en la Política Nacional de Salud, se articularán los esfuerzos entre los Miembros y Colaboradores del Sistema Nacional de salud para la construcción de consensos y disponibilidad de recursos en función de las prioridades y retos nacionales en salud definidos, a fin de responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población.

Así mismo podemos mencionar que los principios y valores que lo rigen son:

a) Universalidad.

Responsabilidad del Estado de garantizar bajo un enfoque de derecho, el acceso a la salud con calidad para toda la población, sin distinciones geográficas, sociales, económicas, culturales y de género.

b) Equidad.

La distribución de los servicios de salud y de los recursos asignados para tal fin, se realizarán de acuerdo con las necesidades de los habitantes de El Salvador.

c) Acceso.

El acceso a los servicios de salud, sin importar el proveedor, es un derecho humano fundamental de todos los habitantes de El Salvador.

d) Integralidad.

Se garantiza un conjunto de intervenciones en las diferentes etapas de la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud, dirigidas al individuo, familia, comunidad y su entorno, según el nivel de atención y fases de la vida, identificando e implementando acciones sobre los diversos factores determinantes que inciden en la salud.

e) Ética.

La ética en salud se orienta al respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, al logro del bienestar humano y la justicia social. Los trabajadores de la en salud están obligados a brindar un trato digno y justo a todos los usuarios de los servicios, garantizando como norma el trato

humano, amable y cálido al paciente; asimismo, el paciente debe brindar respeto al personal de salud.

f) Solidaridad

Principio por el cual se asegura la protección de la salud para toda la población, mediante un modelo de financiamiento que garantice el acceso al sistema nacional de salud, con énfasis en aquellos grupos con menos recursos.

g) Inclusión en salud

Entendida como el acceso de grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos o grupos de la sociedad ya disfrutan.

h) Corresponsabilidad

Entendida como la construcción de la responsabilidad compartida entre las diferentes instituciones públicas y los usuarios del sistema en la recuperación y mantenimiento de las condiciones de salud de la familia salvadoreña.¹⁰⁰

Por parte de los médicos, el profesionalismo y nuestro convencimiento de la necesidad de desempeñar actividades científicas a la par de nuestra responsabilidad social, ha contribuido a crear en el sector de salud una actitud crítica, frente a las disposiciones arbitrarias del poder político. Una de las formas de realizar auditoria de salud, es mediante la medición de determinados indicadores que cambian de lugar a lugar. La situación de salud en el mundo tiene que describirse en términos de un espectro más que

¹⁰⁰ Ibidem .Ob. Cit.

de un punto fijo debido a la gran variedad de condiciones sociales, políticas y económicas existentes entre los países.

El lugar que cualquiera de los países ocupa al respecto de la situación de salud depende de la interacción de una cantidad de determinantes que comprenden los riesgos específicos para la salud, como son las enfermedades infecciosas y las no infecciosas, las lesiones, los riesgos ambientales y ocupacionales y las dependencias; los determinantes de estos riesgos específicos en el medio ambiente social y en el físico y los factores genéticos.

Los determinantes de la situación de salud también comprenden los servicios de salud que han sido organizados, en cada país, para enfrentar los riesgos específicos, la prevención, la detección y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Existen determinantes generales que influyen tanto sobre los riesgos como sobre los servicios, como son el desarrollo económico - tanto de la industria como de la agricultura -, los niveles de vida de la población y el compromiso político-ideológico de cada país con el mejoramiento de los niveles de vida, los servicios preventivos, la detección y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.

Es importante que tengamos en cuenta que los sistemas de salud y el bienestar que generan a la población en países con la misma riqueza pueden variar sustancialmente, no solo por la inversión de su PIB en la Salud, sino también por la orientación social de sus sistemas políticos.

Nuestro país, tan pequeño y escaso de recursos, debe buscar insertarse en la economía mundial, comenzando por la integración centroamericana, como

una necesidad de supervivencia, garantizando el crecimiento y el desarrollo de su población pensando a nivel del istmo. Y la integración en materia de salud, no se propicia.

La salud como un bien social determinante del desarrollo, debe ser sostenible dentro de un ambiente de paz y justicia social, con dominio del conocimiento, de la ciencia y de la técnica y la capacidad de utilizarlas para promover el desarrollo que queremos; la cultura, el cambio de valores para crear las condiciones que hacen posible el desarrollo y la protección del ambiente, que dará los recursos para el futuro de las nuevas generaciones. El reto es grande y quiere la ejecución de cambios profundos que permitan una mejor respuesta a la demanda a través de la integración del sector salud.

El Estado no ha logrado optimizar eficientemente los recursos disponibles para mejorar las condiciones de vida de la población urbana y rural mayoritaria, de manera que hay déficit de servicios básicos que son fundamentales para lograr una vida digna para la familia salvadoreña. La falta de empleo, agua limpia, alimentación, vestido, vivienda y acceso universal a la educación y a los servicios de salud, limita el desarrollo de las potencialidades humanas de los salvadoreños y lo que tenemos, es frustración, delincuencia, violencia familiar, depredación de los recursos naturales, enfermedades infecciosas por las condiciones de insalubridad y de pobreza prevalentes, muertes violentas por accidentes de tránsito y de homicidios. Es decir un incierto futuro que obliga a la gente a irse del país, especialmente a los Estados Unidos de donde, desde hace años, han empezado a deportar a los inmigrantes.

En el sector salud se cuenta con recursos humanos, materiales y financieros que no están eficientemente integrados, lo cual dificulta la capacidad de

respuesta para la protección de la salud; y la comunidad como parte fundamental en el auto cuidado, no es tomada en cuenta en los procesos de gestión para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

La educación en salud de la población y de los trabajadores de salud no ha sido consecuente con las necesidades de cambio para la sostenibilidad de un sistema nacional más eficiente, eficaz y equitativo.

La población quiere soluciones ágiles con calidez y respeto por parte de los servicios de salud en general, no maltrato ni problemas agregados a sus sufrimientos históricos, la población espera la oportunidad de ser parte de las soluciones no ser considerada como un problema por los empleados y funcionarios.

4.2.3 EXCLUSION SOCIAL

“Este es el Proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven” Tal proceso, opuesto al de “integración social”, da lugar a una privación múltiple, que se manifiesta en los planos económico, social y político.¹⁰¹

La noción de “exclusión social” ha adquirido así diferentes enfoques en función de las diversas tradiciones de pensamiento intelectual y político. De este modo, existen diferentes visiones sobre su relación con la pobreza: unos ven la exclusión social como causante de la pobreza, en tanto que otros consideran ésta como una parte de aquélla.

¹⁰¹ Karlos Pérez de Armiño y Marlen Eizagirre Fuente: Hegoa

En cualquier caso, lo común a todos los enfoques es que la exclusión social se entiende como un concepto multidimensional, que afecta negativamente a los diferentes aspectos del desarrollo humano, no sólo a los materiales. Su dimensiones podríamos desglosarlas básicamente así:

a) La *privación económica*: ingresos insuficientes en relación con el contexto, empleo inseguro, falta de titularidades de acceso a los recursos.

b) La *privación social*: ruptura de los lazos sociales o familiares que son fuentes de capital social y de mecanismos de solidaridad comunitaria, marginación de la comunidad, alteración de los comportamientos sociales e incapacidad de participar en las actividades sociales (por ejemplo, las personas con escasos ingresos se ven obligadas a disminuir sus relaciones sociales), deterioro de la salud, etc.

c) La *privación política*: carencia de poder, incapacidad de participación en las decisiones que afectan a sus vidas o participación política (en EE.UU. se ha comprobado que disminuye conforme lo hace el estatus socioeconómico de las familias).

Estas tres formas de privación se refieren a tres áreas principales de incidencia, que son los *recursos* (materiales y no, pues se incluye el capital humano, como la formación, o el capital social), las *relaciones sociales* y los *derechos legales*.¹⁰²

Otra clasificación de los elementos más habituales que conformarían la exclusión es la de García Roca que ofrece como diferencia respecto a la antes expresada la inclusión de los factores personales, subjetivos o

¹⁰² De Haan, A. (1998), "'Social Exclusion'. An Alternative Concept for the Study of Deprivation?", en IDS Bulletin, vol. 29, nº 1 (monográfico: Poverty and Social Exclusion in North and South), Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra), pp. 10-19

sicológicos. Este autor establece las siguientes tres dimensiones o procesos de la exclusión social, a las que corresponden tres zonas de integración y tres zonas intermedias o de vulnerabilidad. Las dimensiones de exclusión son las siguientes:

a) Una *dimensión estructural o económica*, referida a la carencia de recursos materiales que afecta a la subsistencia, derivada de la exclusión del mercado de trabajo.

b) Una *dimensión contextual o social*, caracterizada por la disociación de los vínculos sociales, la desafiliación y la fragilización del entramado relacional; en otras palabras, la falta de integración en la vida familiar y en la comunidad a la que se pertenece.

c) Una *dimensión subjetiva o personal*, caracterizada por la ruptura de la comunicación, la debilidad de la significación y la erosión de los dinamismos vitales (confianza, identidad, reciprocidad, etc.)¹⁰³.

Desde esta perspectiva, la exclusión es el resultado de una triple ruptura: la laboral, la de pertenencia social y la de las significaciones. Por tanto, para combatir la exclusión y avanzar en la integración hacen falta estrategias orientadas a la participación, la integración laboral, el empoderamiento, la significación personal y otras actividades que posibiliten el fortalecimiento y la integración de la persona en su comunidad. Dado que las causas de la exclusión son múltiples e interrelacionadas, las respuestas también tienen que ser integrales y reforzarse mutuamente.

¹⁰³ García Roca, J. (1998), *Exclusión social y contracultura de la solidaridad. Prácticas, discursos y narraciones*, ed. HOAC, Madrid.

En efecto, todos estos planos mencionados se interrelacionan y refuerzan unos a otros, en un proceso por el que se acumulan progresivamente los problemas de las personas y familias excluidas. Así, por ejemplo, la precariedad en el empleo incrementa las rupturas matrimoniales y contribuye a reducir la intensidad de la vida social.

Según hemos dicho, la exclusión no se define sólo por la pobreza, sino por otros factores entre los que destaca singularmente la ruptura de los lazos o redes sociales y la cohesión social

En este sentido, la idea de exclusión subraya la importancia de las políticas públicas y del papel del Estado en el desarrollo de políticas que doten a los excluidos de las capacidades y empoderamiento necesarios para poder participar del desarrollo. Tal papel público puede complementarse por la iniciativa privada y de la sociedad civil

4.2.3.1 DIMENSIONES DEL ACCESO A LA SALUD

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental y la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales. Desde una perspectiva social es también un elemento crucial para la construcción de capital humano y tejido social, a través de la inserción de los individuos en la vida de su comunidad. Desde una perspectiva económica, es un factor esencial para el desarrollo productivo de los países. Para que se cumplan las dos últimas condiciones, los bienes, servicios y oportunidades de salud deben ser distribuidos de modo tal que una cantidad suficiente de personas alcance y conserve un estado de salud

que permita generar y mantener el tejido social y la plataforma productiva. Sin embargo, para que las condiciones mencionadas contribuyan a la cohesión social y al desarrollo humano de los países, la distribución de los bienes, servicios y oportunidades el acceso a la salud no solo debe involucrar a un número crítico de personas. Debe ser además equitativa.

Desde el punto de vista ético, la distribución equitativa de los bienes, servicios y oportunidades de salud se inscribe en el marco de la teoría de la justicia de Rawls (1971)¹⁰⁴ , que plantea que todos los bienes sociales primarios –libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, y las bases del auto respeto- deben ser distribuidos igualmente a menos que la distribución desigual de uno o todos estos bienes favorezca a los menos privilegiados. El segundo principio de la teoría de la justicia de Rawls establece que los bienes sociales y económicos deben ser organizados para el máximo beneficio de los más desaventajados.

Debido a que no es posible que las personas accedan de manera igualitaria a los bienes sociales primarios si se encuentran inhabilitadas por malas condiciones de salud, entonces se debe asegurar que los más desaventajados accedan de manera privilegiada a los bienes, servicios y oportunidades de salud¹⁰⁵.

Este razonamiento determina las dos dimensiones de la equidad: que os individuos con iguales necesidades de salud tengan iguales oportunidades de acceder a los mecanismos de satisfacción de esas necesidades (equidad horizontal) y que aquellas personas con necesidades de salud diferentes,

¹⁰⁴ Rawls, John “ A theory of justice” Harvard University Press, 1971

¹⁰⁵ Daniels, Kennedy, Kawachi “Justice is good for our health” en Boston Review, www.bostonreview.net

tengan a su vez oportunidades diferentes de acceso a la satisfacción de sus necesidades de salud (equidad vertical)¹⁰⁶ –por ejemplo, que las mujeres embarazadas que hablan un idioma distinto del dominante, tengan acceso a los controles prenatales en su idioma .

Por otra parte, es importante hacer notar que la equidad en salud tiene efectos (externalidades) positivos sobre toda la sociedad a través de dos mecanismos:

a) La disminución de portadores o susceptibles a una enfermedad infecto-contagiosa disminuye a su vez el riesgo de contagio para los otros miembros de la sociedad

b) La disminución del número de discapacitados como producto del daño a la salud aumenta la cantidad de personas en condiciones de aportar a la comunidad y disminuye la cantidad de recursos que la sociedad debe invertir en subsidiar a aquellos que no pueden generar por sí mismos los medios para su subsistencia

La búsqueda de equidad es un objetivo central de muchos sistemas de salud en la actualidad y representa un desafío que se extiende más allá del sector salud. La inequidad en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiesta en la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. La exclusión en salud representa la negación del derecho a la salud para estas personas.

¹⁰⁶ Mooney, G. “ Equity in health care: confronting the confusion” en *Effective Health Care* 1983; 1:179-85

4.2.3.2 ¿QUÉ OCURRE CON EL ACCESO A LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS?¹⁰⁷

En los países del continente existen diversos factores internos y externos al sector salud que dan cuenta de las restricciones al acceso a la salud. Algunos de estos factores son variables de orden estructural, tales como las condiciones de acceso de tipos legales o dados por la naturaleza intrínseca de las instituciones que componen el sistema destinado a proteger la salud de las personas en un país determinado. En la gran mayoría de los países de la región, estos sistemas están compuestos por dos o más subsistemas que demandan el cumplimiento de condiciones específicas de acceso a través de diversos mecanismos. Estas condiciones de acceso constituyen restricciones iniciales al ejercicio del derecho a la salud para todos.

Además de las condiciones de acceso, ciertos factores propios de los sistemas de salud generan exclusión y contribuyen a la permanencia de grandes brechas de equidad en la utilización de servicios y en los resultados de salud, restringiendo de manera importante el ejercicio del derecho a la salud. Dichos factores dan origen a limitaciones e insuficiencias que se manifiestan en todas las funciones de los sistemas¹⁰⁸ y se pueden encontrar en dos ámbitos:

¹⁰⁷ Dra. María Cecilia Acuña Exclusión, protección social y el derecho a la salud, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud Área de Desarrollo Estratégico de la Salud OPS-OMS Marzo 2005

¹⁰⁸ Rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión

4.2.3.2.1 FACTORES RELACIONADOS CON LA ARQUITECTURA DE LOS SISTEMAS

Desde el punto de vista de la arquitectura de los sistemas, los factores más generadores de exclusión son la segmentación y la fragmentación.

La segmentación¹⁰⁹ genera exclusión porque impone condiciones de acceso a los sistemas de salud sólo posibles de satisfacer por los grupos sociales más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico¹¹⁰, consolidando y profundizando la inequidad. Unos de sus efectos más graves es que determina a su vez la segmentación del derecho a la salud el cual, a pesar de aparecer en los cuerpos legales como universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la situación laboral y la capacidad de pago.

La segmentación de los sistemas de salud refleja los patrones de segmentación social de las sociedades donde se insertan y constituye un potente freno al ejercicio del derecho a la salud y al logro de mejores resultados de salud. De todos los países de las Américas, sólo un grupo minoritario¹¹¹ ha implementado en los últimos cincuenta años intervenciones de carácter nacional para reducir o eliminar la segmentación de sus sistemas de salud y la mayoría de los países del continente muestra aún altos grados

¹⁰⁹ La segmentación consiste en la división de los sistemas de protección de salud en sub-componentes “especializados” en diversos grupos de población y habitualmente se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de Seguridad Social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un sub-sistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población; también existe, con mayor o menor presencia en los países, un sub-sistema privado sin fines de lucro orientado a atender las necesidades de aquellos que no consiguen acceder al subsistema público y que habitualmente son extremadamente pobres o sufren algún tipo de discriminación.

¹¹⁰ Behrman, Jere; Gaviria, Alejandro; y Székely Miguel en “Who’s in and who’s out. Social exclusion in Latin América”. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003

¹¹¹ Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Costa Rica

de segmentación en la arquitectura de sus sistemas de protección de la salud.

Estudios realizados por OPS en diversos países de la región, muestran que entre un 20% y un 77% de la población no accede al sistema de salud cuando lo requiere y un 78% en promedio no cuenta con seguros de salud de ningún tipo, situación que se ha agravado como producto de los cambios en el mercado del trabajo, en particular con el incremento de la economía informal. Al explorar los motivos de no consulta de aquellas personas que deciden no demandar salud de manera institucional en cualquier subsistema, la causa principal es económica¹¹².

En sistemas altamente segmentados, el acceso a la salud se basa en mecanismos institucionales de discriminación y las restricciones al acceso a la salud afectan a algunos grupos sociales más que a otros. Como consecuencia de ello, los excluidos en salud son mayoritariamente los pobres, que viven en el medio rural y que están insertos en la economía informal¹¹³.

El origen étnico también es un factor que genera exclusión en los sistemas segmentados: en al menos cinco países de la región (Guatemala, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú), el pertenecer a un pueblo originario o ser monolingüe en una lengua originaria, constituye una barrera de acceso a los sistemas de salud. La afiliación a la seguridad social en Guatemala es un buen ejemplo de lo anterior.

¹¹² OPS-OMS/ASDI Estudios de caracterización de la exclusión en salud, 2001- 2004 en <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>

¹¹³ OPS/OMS – ASDI “Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe”, Serie “Extensión de la protección social en salud” #1, Washington DC, 2003.

La fragmentación¹¹⁴ por su parte, limita el ejercicio del derecho a la salud porque la existencia de múltiples agentes operando sin mecanismos de coordinación impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, encarece el costo de las intervenciones y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto. Esto último se expresa por ejemplo en la coexistencia de bajas tasas de ocupación hospitalaria en centros de la Seguridad Social con altos porcentajes de demanda insatisfecha por estos servicios en el subsistema público en el caso de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana.

La fragmentación de la provisión al interior del subsistema público tiene importantes dimensiones territoriales en el caso de Bolivia, Honduras, Guatemala y Ecuador, donde la oferta de servicios de salud en el medio rural se ve seriamente restringida por la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Estudios realizados en Bolivia, Brasil, El Salvador, Honduras y Nicaragua muestran que uno de los principales problemas en la implementación exitosa de intervenciones para reducir la mortalidad materna es la dificultad de lograr que dichas intervenciones se apliquen en los distintos niveles territoriales al interior del sub-sistema público, a pesar de que el desafío de reducir la mortalidad materna es una prioridad en la agenda política de esos países¹¹⁵

¹¹⁴ La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica sino más bien tienden a ignorarse o a competir entre sí y se puede manifestar en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema.

¹¹⁵ “Regional Maternal Mortality Reduction Initiative” Final Report. PAHOUSAID-Quality Assurance Project. Octubre, 2004.

4.2.3.2.2 FACTORES RELACIONADOS CON LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En cuanto a la forma de organizar las intervenciones y asignar los recursos para su realización, los factores mas generadores de exclusión se encuentran en la asignación, distribución y capacidades de los recursos humanos; en la magnitud y distribución del gasto público; y en la distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud.

Recursos Humanos

Como en muchas regiones del mundo, los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina y El Caribe enfrentan serios problemas de insuficiencia, mala distribución, formación inadecuada y condiciones precarias de trabajo para sus recursos humanos. Las políticas de flexibilización laboral implementadas en el marco de las reformas de salud y las crisis económicas sociales que han sacudido a los países de la región en los últimos treinta años han generado una precarización del mercado de trabajo en salud. La situación laboral de los trabajadores de salud se ha deteriorado no solamente en aspectos relacionados con la remuneración sino también con la estabilidad, posibilidad de crecimiento y satisfacción de necesidades individuales y familiares.

En la Región, pocos países han logrado implementar políticas adecuadas de recursos humanos y ello se refleja en la persistencia de desequilibrios crónicos en la distribución de recursos humanos, concentración urbana, crecimiento asimétrico de oferta y demanda de recursos humanos, crecimiento de la esfera de la educación mayor a los requerimientos de la esfera del trabajo en salud, desfases en la calidad de los recursos humanos, renovación desordenada de la profesionalización y estancamiento del empleo

público. Esto ha generado un éxodo de profesionales de la salud y flujos crecientes de emigración de personal calificado hacia países desarrollados, que ha tenido efectos negativos importantes en países como Ecuador, Bolivia, Honduras y Perú. En el caso del Caribe, la pérdida económica debida a la migración, llamada "Dividendo de Recursos Humanos", que resulta del costo de formar la fuerza laboral en los países proveedores, se calcula en US \$16 millones¹¹⁶

Los intentos de ampliación de la cobertura de salud y de redistribución de recursos humanos, como los Ciclos de Destinación de Chile¹¹⁷ son diversos en la Región¹¹⁸, pero en general no existen en los países incentivos estables para retener a los equipos de salud en áreas geográficamente dispersas o socialmente difíciles como elemento de sustentabilidad del sistema de atención a la salud. En Honduras, Ecuador, Bolivia, Guatemala, El Salvador y República Dominicana los problemas relacionados con la insuficiencia y distribución inadecuada de los recursos humanos, especialmente médicos y enfermeras y con la mala calidad de la atención constituyen causas principales de exclusión en salud y explican además la mayor parte de las muertes maternas y peri natales¹¹⁹

¹¹⁶ Caribbean Program Coordination, PAHO 2001.

http://www.pahocpc.org/whatsnew/press_releases/nurses/migrate_nurse.htm.

¹¹⁷ Quiroga, R. "Regulación de recursos humanos de salud en Chile", MINSAL, Santiago, 2000. en : http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacionrrhh-en-chile.pdf y Arteaga, O. (2002): Desempeño e incentivos en la gestión de recursos humanos en salud.(en edición)

¹¹⁸ OPS/OMS "El Servicio Social de Medicina en América Latina: Situación actual y perspectivas". Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 18, 1998 y Josiah Macy Jr. Foundation "Servicio Social y Comunitario en el Entrenamiento Médico y la Práctica Profesional". Josiah Macy Jr. Foundation, 44 East 64th St. New York, 10021, 1995.

¹¹⁹ OPS/OMS – ASDI "Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe", Serie "Extensión de la protección social en salud" #1, Washington DC, 2003.

4.2.3.2.3 MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO

La magnitud y distribución del gasto público en salud constituyen herramientas poderosas para el logro de mayores niveles de equidad al interior de los sistemas de salud. En los países con sistemas de salud altamente segmentados, el financiamiento público para salud es en general reducido, el gasto privado en salud es elevado y corresponde casi totalmente a gasto de bolsillo y las coberturas de atención en salud por el sector público son bajas. En esta situación se encuentran la mayoría de los países de Centroamérica (Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Honduras) y la Comunidad Andina (Ecuador, Perú, Bolivia, Venezuela). En estos países, donde la pobreza afecta a un porcentaje importante de la población, el bajo gasto público junto a un elevado gasto de bolsillo que es proporcionalmente mayor en los más pobres generan exclusión y dan cuenta de un grave problema de equidad en el acceso a las atenciones de salud, porque éste está condicionado a la capacidad de pago individual y la posibilidad de recurrir al sector público está restringida.

Además de la magnitud del gasto público, su progresividad, es decir, su distribución en los grupos más pobres de la población, es fundamental para garantizar el acceso a la salud. El gasto de bolsillo en los hogares más pobres es menor en países en donde la distribución del gasto público está dirigida a favorecer a los grupos de bajos ingresos. En Ecuador y Guatemala, el primer quintil de ingreso (el grupo más pobre), recibe solo alrededor del 12% del gasto público, en tanto que el quintil cinco (el más rico), recibe por sobre el 30% del gasto público. En el otro extremo, Chile, Costa Rica y Uruguay distribuyen alrededor el 30% del gasto público entre la población de menor ingreso. Perú presenta una distribución del gasto público por igual en todos los grupos de ingreso. Ecuador, Guatemala y Perú tienen sistemas de

salud altamente segmentados, en tanto que Costa Rica, Uruguay y Chile tienen sistemas nacionales de seguros de salud. Similar patrón de distribución del gasto público se observa en Jamaica, favoreciendo a los grupos de menores ingresos

La concentración de la infraestructura física y tecnológica de salud en las regiones más ricas y en los centros urbanos determina que la utilización de dicha infraestructura sea restringida para los grupos de población que viven en zonas geográficas pobres, rurales y dispersas. Una medida del acceso es la utilización de los servicios de salud, que refleja la proporción de recursos que cada subsistema destina a atender a los diversos grupos de población. Esto es a su vez un indicador de la equidad al interior del sistema en general. En la mayoría de los países se puede observar que existe una utilización inequitativa de los servicios debida a un mayor uso de estos por parte de los quintiles más ricos de la población en todos los subsistemas, incluyendo el subsistema público.

La distribución de los recursos del sistema público (MSPAS) y la Seguridad Social (ISSS) a los hogares salvadoreños para el año 2000, por niveles de ingreso. No obstante los recursos del MSPAS estar dirigidos preferentemente hacia la población perteneciente al primer decil ingresos (los más pobres), aún la población perteneciente al decil diez (los más ricos) se beneficia de manera importante de los recursos del MSPAS, lo cual representa un subsidio de los más pobres hacia los ricos. Respecto del ISSS, se observa que la distribución de recursos es claramente inequitativa.

Las disparidades en el acceso a los bienes, servicios y oportunidades en salud se reflejan en diferencias injustas en los resultados de salud. Tanto la mortalidad materna como la infantil se concentran en la región en los

segmentos más pobres de la población, como se observa claramente en el caso de la mortalidad infantil

4.2.3.2.4 ELEMENTOS PARA ABORDAR EL PROBLEMA

El fortalecimiento de los sistemas de salud es un requisito indispensable para garantizar el acceso equitativo a la salud. Para que ello sea posible, las políticas destinadas a fortalecer dichos sistemas deben estar orientadas a reducir la segmentación y la fragmentación al interior de ellos e introducir con fuerza mecanismos que promuevan la equidad. Como ya lo han planteado otros autores^{120 121 122 123}, la pregunta clave parece ser cómo generar políticas de salud que favorezcan la inclusión de los grupos excluidos. La portabilidad de la garantía de acceso a la salud y la construcción de una nueva mezcla público-privada parecen ser elementos fundamentales para ello, en un entorno donde la informalidad en el empleo, los movimientos migratorios y la pobreza seguirán siendo elementos centrales en el mediano y largo plazo. En este contexto, es necesario además definir con claridad quiénes serán los “derechohabientes” o sujetos de la garantía, entendiendo el acceso a la salud ya no como un derecho ligado al empleo, sino a la condición de ciudadano.

La extensión de la protección social es condición fundamental para la materialización del derecho a la salud para todos y es una tarea pendiente en

¹²⁰ Banco Mundial-FLACSO “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe” Editado por Gacitúa, Sojo y Davis, Washington, DC, 2000

¹²¹ Bhalla A. S. y Lapeyre Frederic “Poverty and exclusion in a global world” Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña. 1999

¹²² Jordan, Bill “A theory of poverty and social exclusion” Cambridge, 1996

¹²³ Nuria Homedes y Antonio Ugalde “¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?” Documento presentado al VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública. Lisboa, Portugal 2002.

la mayoría de los países de la Región, ya que los datos muestran que, a pesar de los esfuerzos invertidos en reformas sectoriales de salud durante los últimos 20 años, un porcentaje importante de la población todavía se encuentra excluido de los mecanismos de protección contra los riesgos y las consecuencias de enfermar.

La OPS y sus Estados miembros han definido la extensión de la protección social en salud como un conjunto de intervenciones orientadas a garantizar el acceso de todas las personas a la atención de salud digna y efectiva y a disminuir el impacto negativo, tanto económico como social, de acontecimientos personales adversos, como son las enfermedades o el desempleo; o generales, como los desastres naturales, sobre la población o sobre los grupos sociales más vulnerables.

En este contexto, se puede definir la protección social en salud como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, en ejercicio de su derecho social a la salud, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud¹²⁴

La experiencia de América Latina y el Caribe demuestra que la reducción de la exclusión en salud conlleva un abordaje que suma diversas modalidades de intervención, públicas y privadas, integrando estrategias estatales y de la

¹²⁴ Organización Panamericana de la Salud. 26ava Conferencia Panamericana. Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Washington, DC. EUA, 23 al 27 de septiembre de 2002.

sociedad civil. Es necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, del financiamiento, del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se refuercen entre ellas.

En el ámbito de la rectoría, en tanto expresión de la responsabilidad estatal en salud, el desafío consiste en posicionar la extensión de la protección social en salud en el centro de la agenda política gubernamental, con el aporte de todos los actores relevantes. En el ámbito del financiamiento, el desafío consiste en organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los requerimientos en salud de la población - tanto de servicios de salud personales como de los no personales- con criterios de equidad y sostenibilidad. Aunque esta estrategia debe ser diseñada dentro del marco de las políticas macroeconómicas y sociales de cada país, el mecanismo de fondos unificados con regulación pública, control social y obligación de rendir cuentas que recauden el financiamiento procedente de impuestos, cuotas y otras fuentes, y los asigne con criterios de equidad, parece favorecer la sostenibilidad financiera, la eficiencia en el manejo y la reducción de la exclusión social en salud.

En el ámbito del aseguramiento en salud, el desafío consiste en encontrar el balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y los de financiación privada. En particular, consiste en evitar los costos de transacción y los riesgos de inequidad derivados de los esquemas segmentados, muy fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen en numerosos países de la Región.

La evidencia indica que la existencia de un asegurador público gestionado con criterios de solidaridad, eficiencia, transparencia y obligación de rendir

cuentas, y con una posición relevante/dominante en su ámbito de aseguramiento, es un factor poderoso para ordenar el mercado del aseguramiento y reducir los riesgos de exclusión. Efecto similar tiene la existencia de mecanismos unificados de afiliación e incorporación al sistema y de buenos sistemas de información sobre las características de las poblaciones afiliadas o incorporadas y no incorporadas a los distintos subsistemas.

La difusión y utilización de un conjunto de prestaciones garantizado con financiación pública, diseñado de acuerdo a los patrones epidemiológicos y a las prioridades del país y revisado periódicamente, está demostrando ser un instrumento útil para incrementar la seguridad jurídica, extender la cobertura, y contribuir a una asignación más eficiente de los recursos en diversos países. Su impacto aumenta cuanto más unificado e integrador sea su contenido, independientemente de si la gestión del aseguramiento se hace por conducto de aseguradoras públicas o privadas. En sistemas de aseguramiento mixto, los poderes públicos tienen que afrontar el desafío de orientar la competencia entre aseguradoras hacia la extensión de la cobertura con el conjunto garantizado a poblaciones aún no cubiertas, o hacia la oferta de prestaciones no incluidas en él ("prestaciones complementarias"). Ejemplo de un conjunto de prestaciones garantizadas en América Latina es el Plan Obligatorio de Salud de Colombia y el Plan Garantizado de Prestaciones de Salud de Chile.

En el ámbito de la provisión de servicios, el reto consiste en reorientar el modelo de atención para que responda efectivamente a las necesidades de salud de la población y en introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a eliminar la exclusión. Para que ello ocurra, es necesario crear y fortalecer

mecanismos regulares de participación y control social sobre la gestión de los servicios de salud en el nivel local y privilegiar las estrategias orientadas a fortalecer la accesibilidad a los servicios de salud (por ejemplo, reorientando los servicios con criterios de promoción de la salud y fortaleciendo la estrategia de atención primaria); garantizar la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud; y fortalecer la demanda de servicios de las poblaciones con mayor riesgo de exclusión (por ejemplo, fortaleciendo la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de salud).

4.2.3.2.5 EL ROL DE LOS ACTORES EXTRA SECTORIALES

Contar con un conjunto de objetivos de salud claramente identificables a nivel mundial, que formen parte de una estrategia general de desarrollo y que hayan recibido el respaldo de los jefes de Estado y de Gobierno, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, (ODM), es de gran valor para el sector de la salud. Se trata de un reconocimiento del valor de la salud como factor clave para el desarrollo social y económico y refuerza la idea de promover la equidad en el acceso a la salud.

Sin embargo, debido a que la equidad en la distribución de los bienes, servicios y oportunidades en salud depende en gran medida de factores externos al sector salud, la participación organizada de actores que representan o recogen los intereses de la comunidad resulta de creciente importancia, más aun en un escenario donde son las políticas comerciales y financieras relacionadas con la competitividad en un mundo globalizado las que dictan muchas de las políticas sociales en la Región.

En este contexto, las Defensorías de Derechos pueden tener un rol crucial en la lucha por una distribución más equitativa de los recursos en salud y por el ejercicio efectivo del derecho a la salud por parte de todos los miembros de la sociedad.

4.2.4. FACTOR ECOLÓGICO

Este elemento está orientado hacia la toma de conciencia no solo gubernamental sino también social, acerca de la importancia del medio ambiente en la salud, para la conservación de la naturaleza y la vida misma en su más amplia acepción.

El goce de un medio ambiente sano se encuentra tipificado en el artículo 69 inciso segundo de la Constitución, a saber: “Asimismo el Estado controlará... las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar”. De la lectura de este artículo se puede decir que en El Salvador el derecho a gozar de un medio ambiente sano se encuentra enmarcado, en general, dentro del derecho a la salud.

Por otra parte el inciso primero del artículo 117 del cuerpo legal en mención “Declara de interés social la protección, restauración, desarrollo y aprovechamiento de los recursos naturales”. Esto quiero decir que el Estado tiene que cuidar, renovar e impulsar progresiva y efectivamente el mejoramiento de los bienes de la naturaleza con el objeto que la colectividad los utilice en su provecho para la consecución de una vida más plena y saludable.

En este sentido el Estado tiene que velar porque el desarrollo económico responda a la racional utilización de los recursos naturales, para mantener el equilibrio de los ecosistemas y poder gozar de un medio ambiente sano, tal y como lo apunta el inciso segundo del artículo 101 de la Constitución, cuando dice que “el Estado promoverá el desarrollo económico y social mediante el incremento de la producción, la productividad y la racional utilización de los recursos”.

En este orden de ideas se ha podido determinar que es obligación del Estado a través de las entidades gubernamentales pertinentes dirigir la política ambiental; es por ello que se han sondeado algunas directrices medio ambientales desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y que a continuación se describen.

4.3 “RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y DE SUS FUNCIONARIOS POR VIOLACION DEL DERECHO A LA SALUD”.

“La responsabilidad de los funcionarios públicos originada en los daños que causaren en el ejercicio de sus funciones es una de las grandes conquistas de la democracia, y de inexorable existencia en el Estado Constitucional de Derecho, pues significa la sujeción del poder público al imperio del derecho.”¹²⁵

“En sus dos grandes líneas la responsabilidad del Estado puede clasificarse así: primero responsabilidad contractual; es la que surge por el quebrantamiento de un contrato válido por parte del Estado o de sus dependencias; segundo responsabilidad extracontractual; es la que surge de

¹²⁵ Corte Suprema de Justicia “Líneas y Criterios Jurisprudenciales de la Sala de lo Constitucional” Centro de Jurisprudencia Corte Suprema de Justicia. Pág. 73.

cualquier conducta de los órganos del Estado, que causare daños y/o perjuicios al gobernado. Es pertinente aclarar que en este documento interesa desarrollar la responsabilidad extracontractual; por lo tanto las próximas líneas están orientadas a este objetivo.

Bien, la responsabilidad extracontractual puede originarse de un acto o hecho legislativo, judicial o administrativo. Asimismo es de mucha importancia advertir que la responsabilidad estatal por actos legislativos y judiciales violatorios del derecho a la salud en estricto sentidos es mínima o prácticamente inexistente en nuestro país. En cuanto a la responsabilidad por hechos y actos administrativos podemos decir que es la causa principal de violaciones¹²⁶ del derecho a la salud de los salvadoreños usuarios del servicio público de salud.

4.3.1 PRESUPUESTOS PARA LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y DE SUS FUNCIONARIOS POR VIOLACION DEL DERECHO A LA SALUD.

De acuerdo con el ordenamiento jurídico constitucional, el Estado y sus funcionarios son responsables por las violaciones cometidas contra el derecho a la salud de cualquier gobernado, este derecho a la salud se encuentra tipificado en el título II, sección cuarta artículos sesenta y cinco al setenta de la Constitución; en este sentido pues “sólo cabe hablar de responsabilidad de los funcionarios públicos única y exclusivamente cuando estos trasgredan derechos concedidos, y de ninguna manera derechos que aún no lo estén, a menos que el ordenamiento subconstitucional lo implante o alguna interpretación jurisprudencial lo derive de algún derecho ya

¹²⁶ Juan Francisco Linares, “ Estudio de Derecho Administrativo” Cf. Cáp. XX y XXI.

establecido, es decir, deben ser derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico vigente; ya sea de manera expresa o implícita, sin llegar claro a interpretaciones exageradas de las normas.

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

Por otra parte esa violación al derecho a la salud tiene que ser realizada por quien ejerce poder de decisión efectivo y real al menos en su manifestación jurídico formal. Cabe mencionar que nos encontramos en este punto con la controversia sobre los casos en que el funcionario formalmente posee capacidad de decisión, pero en realidad por presiones externas no comprobadas al menos mediante documentos ú ordenes escritas, se ve obligado a actuar antijurídicamente, esto es por presiones, de un funcionario de jerarquía superior, como podría ser amenaza de despido o algún tipo de represalia si no toma tal o cual decisión, pese a ser lesiva al derecho a la

salud de algún gobernado. Según lo dicho, cabría la posibilidad que éste funcionario sea absuelto de su presunta responsabilidad, por no existir un verdadero ánimo subjetivo culposo o doloso. No obstante el deber constitucional y legal de un funcionario de denunciar ante las máximas autoridades cualquier anomalía como la antes apuntada.

Lo anteriormente expuesto no evita que el o los gobernados agraviados en su derecho a la salud, dirijan su acción contra el funcionario obligado, y esto opera para efectos de buscar y encontrar responsables al interior del aparato estatal.

Finalmente para que exista responsabilidad en el funcionario que violare el derecho a la salud de algún gobernado, también es necesario que exista la intención de causar daño (dolo), ó simplemente la previsión del resultado dañoso aunque no medie esa intención (culpa)¹²⁷

4.3.2 TIPOS DE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y DE SUS FUNCIONARIOS. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y EXTRACONTRACTUAL.

En cuanto a la responsabilidad contractual, de esta ya se ha hablado anteriormente, y solo cabe ratificar que es la que se origina por el incumplimiento de una obligación contraída de mutuo acuerdo; y agregando desde luego, que es la que corresponde estudiar a los contratos administrativos; y aquellos contratos en los cuales el Estado. Actúa en un plano de igualdad frente a los particulares. “En cuanto a la responsabilidad

¹²⁷ Revista de Derecho Constitucional, Centro de Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Agosto–Septiembre N° 12, El Salvador 1994 Cf. Pág. 3 a 7.

extracontractual podemos agregar que es la exigible por daños y perjuicios, por acto de otro y sin nexo con estipulación contractual, va evolucionando de lo subjetivo que impone siempre dolo o culpa en el agente responsable; a lo objetivo, al titular del derecho violentado (en nuestro caso del derecho a la salud) originando lo que debe repararse”¹²⁸

4.3.2.1 RESPONSABILIDAD PENAL Y CIVIL.

Cabe hacer notar que en el derecho penal la vieja polémica doctrinaria en torno a si las personas jurídicas pueden ser procesadas en causa criminal, ha sido superada en los hechos por la ley y la jurisprudencia, pues ambas, de consumo, han terminado por admitir que las personas jurídicas no pueden ser procesadas criminalmente, ya que en determinados casos de atrocidades o violaciones institucionales de un Estado, son los altos dirigentes de tales gobiernos (es decir personas naturales) las que responden penalmente; por lo tanto el Estado, en principio, sólo es civilmente responsable. Esto deriva de que una persona jurídica, como tal, no puede pensar y por lo tanto actuar, la responsabilidad del Estado por violación al derecho a la salud obviamente no puede ser penal, dado, que esta debe ser subjetiva, y serán sus agentes públicos los que están sujetos a una responsabilidad penal. La doctrina y la jurisprudencia moderna se inclinan por la responsabilidad civil compartida del funcionario responsable y del Estado. Esto en lo que respecta a las consecuencias civiles del hecho antijurídico acaecido; para los efectos penales los artículos 320 al 334 del Código Penal vigente establece el castigo por abusos de autoridad y corrupción de los funcionarios públicos.”¹²⁹

¹²⁸ Diccionario de Ciencias Jurídicas, políticas y sociales. Manuel Osorio, Op. Cit. Cf. Pág. 870.

¹²⁹ Revista de Derecho Constitucional, Op. Cit. Cf. Pág. 7 y 8.

4.3.2.2 RESPONSABILIDAD SUBJETIVA Y OBJETIVA.

“La Sala de lo Constitucional de nuestro país en reciente jurisprudencia se ha pronunciado sobre la imposibilidad de configurar culpa objetiva en los funcionarios públicos a saber: Sentencia 249-97 de amparo del 23 de julio de 1998, aquí se estableció que la responsabilidad personal del funcionario no puede formarse sobre la base unilateral de la relación causa-efecto, pues ello conduce a decisiones absurdas e injustas; como sería el caso de obligar a responder por daños y perjuicios al funcionario que procede con sujeción a una ley y en cumplimiento a sus disposiciones.

Por lo tanto la responsabilidad del funcionario público según la sentencia citada, no puede devenir en objetiva ni aún si cumple la ley vigente pero inconstitucional; porque sería paradójico exigirle el cumplimiento de la ley al funcionario, y sancionarlo por tal cumplimiento. Esto quiere decir que la responsabilidad directa que cabe al funcionario que ha emitido o ejecutado el acto violatorio del derecho a la salud no puede estimarse una responsabilidad objetiva, esto es, no puede atenderse única y exclusivamente al daño producido en la salud de algún gobernado, prescindiendo en absoluto de la conducta de los funcionarios públicos deviene en subjetiva es decir, por la conducta dolosa o culposa del mismo.”¹³⁰

¹³⁰ Ibidem Cf. Pág. 8 y 9.

4.3.2.3 RESPONSABILIDAD SUBSIDIARIA, SOLIDARIA Y PRINCIPAL.

“La Constitución en su artículo noventa y ocho niega que existe derecho a reclamar al Estado indemnización por daños y perjuicios causados a las personas o bienes de los Salvadoreños o de los extranjeros, cuando esto sea un resultado de la actividad de las “facciones”¹³¹99, pero no de los órganos de Estado, sobre esto es digno de mencionar que si bien de los funcionarios públicos, bien del Estado en sí, la jurisprudencia ha determinado que es perfectamente factible demandar también a un órgano estatal por los atropellos cometidos por sus servidores públicos.

Por otra parte, cuando los daños y perjuicios han sido causados por los agentes del Estado en el ejercicio de sus atribuciones o mediante excesos o a través de una utilización antijurídica de la autoridad o de la fuerza pública, es el Estado quien debe responder conforme al artículo 245 Cn. al respecto, nuestra Constitución adopta el criterio de la responsabilidad subsidiaria; y no directa, del Estado Salvadoreño frente a las acciones u omisiones de las personas naturales de las cuales se sirve en la realización de sus funciones, pues aun cuando sea indudable la responsabilidad personal del agente, la responsabilidad subsidiaria del Estado se basa entre otras cosas, en el peligro de insolvencia, que tornaría ilusoria la reparación del daño.

Sin embargo, el gobernado a quien se le ha violentado su derecho a la salud debe demandar conjuntamente al funcionario responsable y al Estado, pues existe una mancomunidad simple entre este y su servidor público. Esto trae la ventaja de que si la demanda se hace al mismo tiempo contra ambos,

¹³¹ FACCIONES: grupo o parcialidad de rebeldes amotinados o alzados contra el poder constitucional.

ninguno podría alegar en el futuro que no se le dio la oportunidad de ejercer su derecho de legítima defensa.

Cabe en este punto hacer la diferenciación entre responsabilidad subsidiaria y solidaria, para los efectos que aquí nos interesan. En la responsabilidad solidaria el Estado no responde ni antes ni después ni en un plano diferente que su funcionario, sino en el mismo plano y al mismo tiempo, es decir, el gobernado, al reclamar al funcionario por violación a su derecho a la salud, provoca in limine que el Estado al cual pertenece este acuda a responder de tal reclamo, no importando si el funcionario tiene solvencia económica suficiente o no; mientras que en la responsabilidad subsidiaria el Estado responde sólo después del funcionario, y si éste no tiene suficiente solvencia económica para cubrir los daños causados por sus acciones u omisiones.

Es así como el artículo 171 Cn. prescribe la responsabilidad solidaria de funcionarios de alto rango, los cuales son el Presidente de la República, el vicepresidente, Los Magistrados, los Ministros y Viceministros de Estado, por los actos que autoricen, lo cual constituye una particularidad establecida en la misma norma fundamental respecto al principio de la subsidiariedad establecida en el artículo 245 Cn.

Pero además de la responsabilidad subsidiaria y solidaria, existe una responsabilidad principal del Estado derivada de la obligación de prevención incumplida que existe en el derecho interno. La responsabilidad del Estado por actos ilícitos en el derecho salvadoreño deriva de que la administración debe responder como garantía de los ilícitos cometidos por sus agentes públicos. El Estado no puede librarse de esa responsabilidad alegando que de su parte no hubo culpa, porque su deber de responder no deriva en este caso de la culpa sino de una obligación legal y constitucional de garantía del

orden público, que se denomina “deber de garantía”. Es así como se afirma de que la responsabilidad del Estado surge con frecuencia no sólo de la acción sino también de la omisión, pues contrario a lo que se estima para los particulares en donde el hombre común no está obligado a actuar si la ley no le manda expresamente; la abstención de actuar del funcionario, en cambio, es especialmente sancionada por la ley.

En este sentido los funcionarios tienen la obligación de actuar, aún cuando la ley o el reglamento no lo determinen específicamente en cumplimiento de las funciones propias de su cargo. Y esto ya ha sido confirmado por reciente jurisprudencia como la sentencia de amparo 46-97 del 2 de julio de 1998 en que se determina, “el vacío legal que supone la no consagración de un procedimiento específico para conocer y decidir sobre la privación de algún derecho, corresponderá aplicar la Constitución directamente”¹³² Para concluir podemos decir que el régimen de responsabilidad extracontractual de El Salvador no hace distinción entre sus agentes públicos, sea cual fuere su naturaleza, jerarquía o función, asumen el carácter de órgano del Estado. En este mismo sentido el derecho moderno no admite a éste respecto diferencias entre actos de funcionarios, agentes o empleados, con las restricciones del fuero que gozan algunos funcionarios.

¹³² Ibidem, Cf. Pág. 9-10

CAPITULO 5

VIOLACION AL DERECHO A LA SALUD ANTE LA PERSISTENCIA EN EL COBRO DE CUOTAS VOLUNTARIAS Y LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES NACIONALES

Simultáneo al reciente proceso de definición del marco jurídico y de las políticas públicas relativas a la salud en que han estado inmersos el Órgano Legislativo y la Comisión Nacional de Seguimiento de la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS) entre 2006 y 2007, se ha evidenciado un acelerado y dramático deterioro de las condiciones existentes en el sistema sanitario actual, en perjuicio de la población demandante de servicios, bienes e intervenciones referidas a la prevención, rehabilitación y goce de su salud.

Particular afectación se constató en poblaciones vulnerables, como niños y niñas, pacientes con cáncer o con enfermedades crónicas, así como personas con tratamientos especiales. Sin embargo, nuestro Sistema de Salud tampoco pudo garantizar una atención adecuada a quienes, cotidianamente, recurrieron a la red pública ni al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) o a los servicios contratados en el marco del Programa de Bienestar Magisterial, esto último, sobre todo cuando la prestación de los mismos dependió de un uso extraordinario de la capacidad de los hospitales nacionales¹³³. Asimismo, la práctica privada también ha sido objeto de señalamientos, como los ocurridos ante casos de mala praxis que se ventilaron en los tribunales.

Frente a ello, la respuesta gubernamental se ha limitado a atender la salud como un componente más de su estrategia de mitigación de las condiciones

¹³³ El Diario de Hoy, 17 de septiembre de 2006, pág.32.

de pobreza que persisten en nuestro país, minimizándole como factor clave de las decisiones políticas conocidas al más alto nivel del Estado. De ahí que el Gobierno de El Salvador ha impulsado, solamente, un conjunto de medidas, reformas y acciones específicas cuya incidencia ha resultado insuficiente e, incluso, ha profundizado la ineficacia de la intervención pública en materia de salud.

La cada vez mayor desvinculación de la noción de la salud como elemento crucial de las obligaciones de las autoridades estatales involucradas, así como la ausencia de un abordaje estructural de la problemática, ha significado, en los últimos meses, la sensible afectación a la calidad de derecho humano fundamental de la salud, reconocida constitucionalmente y a nivel internacional.

5.1 FINANCIAMIENTO

En noviembre de 2006, refiriéndose al cumplimiento del Estado salvadoreño de sus obligaciones relacionadas con el derecho a la salud, el Comité de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas estimó “que el presupuesto asignado al sector salud es insuficiente para cubrir adecuadamente a la población, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad”, observando asimismo “que el acceso a los servicios de salud se ve limitado por la falta de medios financieros asignados por el Estado Parte al sector público, y por la preferencia por aplicar modalidades privadas

de gestión, financiación y prestación del servicio, en detrimento de quienes no pueden pagarlo”¹³⁴.

Efectivamente, de 2006 a 2007, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) no registró incrementos significativos en los recursos financieros que le fueron asignados¹³⁵, y el escaso aumento experimentado – cercano a los 11 millones de dólares– apenas compensó parte de los fondos que dejaron de percibirse con el cobro sistemático y abierto de las cuotas denominadas voluntarias –y desde entonces, calificadas como “donaciones”– que se exigen a la población para recibir atención en los establecimientos de salud; monto que ha servido principalmente para el pago de más de mil quinientas plazas que quedaron sin cubrir por la falta de esos ingresos extraordinarios¹³⁶.

En términos generales, el gasto público en salud de El Salvador ha permanecido estancado –en alrededor del 1.7% del Producto Interno Bruto (PIB)– y sigue siendo uno de los más bajos en Centroamérica (3.7 como porcentaje del PIB) y con una de las menores proporciones respecto del

¹³⁴ Numeral 24 de las Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Examen de los informes presentados por los Estados Partes conforme a los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Salvador. Documento E/C.12/SLV/CO/2, noviembre de 2006. El texto completo de dicho documento y los diferentes informes oficiales y alternativos presentados en esa ocasión, durante la 37ª Sesión del Comité entre el 6 y el 14 de noviembre de 2006, así como el resumen de la reunión en la que la delegación gubernamental tuvo oportunidad de ampliar información y otros conceptos sobre el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ante el referido Comité, pueden encontrarse en el siguiente sitio: <http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/cescrs37.htm>.

¹³⁵ En 2006, el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) alcanzó poco más de los \$313,000,000.00, mientras que para el año fiscal 2007, fue aproximadamente de 324 millones de dólares.

¹³⁶ El Diario de Hoy, 16 de agosto de 2006, págs.14 y 15; El Diario de Hoy, 17 de agosto de 2006, págs. 2 y 3; El Diario de Hoy, 14 de septiembre de 2006, pág.20; La Prensa Gráfica, 28 de septiembre de 2006, págs.13 y 14.

gasto total en salud de todos los países en la región (46.1%)¹³⁷. El mayor peso continúa estando a cargo de las familias a través del gasto de bolsillo que deben realizar para costear su salud –calculado en un 4.4% del PIB–, al que se suma un conjunto permanente y nada despreciable de donaciones y apoyos económicos y en infraestructura, provenientes de Gobiernos amigos, empresas, organizaciones y personas altruistas destinados a contribuir a solventar las cada vez mayores carencias que enfrentan hospitales y unidades de salud, incluyendo insumos esenciales, desde construcción de establecimientos y ampliación de instalaciones y dotación de camas, hasta la entrega de reactivos, jeringas y medicamentos.

Pese a lo anterior y a la aceptación pública de las autoridades de salud sobre lo insuficiente del presupuesto aprobado –especialmente, posterior a una prolongada crisis por el desabastecimiento de medicamentos en los principales hospitales y otros establecimientos de salud, a finales de 2006¹³⁸, el Ex Titular del MSPAS, Doctor Guillermo Maza Brizuela, más que apostarle a lograr un mayor financiamiento hacia su Cartera de Estado, espera aumentar los recursos económicos disponibles, principalmente a través de lo

¹³⁷ PNUD. Trayectorias hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador, Serie Cuadernos sobre Desarrollo Humano, No.6, San Salvador, Mayo 2007, págs.79-82. El texto completo del documento puede encontrarse en el siguiente sitio:

<http://www.desarrollohumano.org.sv/migraciones/bibliotecaCuadernoODM.pdf>.

¹³⁸ Ver notas periodísticas, en: <http://www.laprensa.com.sv/nacion/675742.asp>; además, en el sitio: <http://www.laprensa.com.sv/nacion/689461.asp>.

recaudado por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)¹³⁹ y constituirlo en su “fuente de financiamiento más importante”¹⁴⁰8.

Sin embargo, el FOSALUD no habría logrado alcanzar sus metas de recaudación para 2006 –proyectadas en unos 20 millones de dólares–, de manera que el Ministerio de Hacienda tuvo que completar ese capital proyectado¹⁴¹, lo que ha significado un desembolso adicional –a manera de complemento– de los recursos generales del Estado para que el Fondo pueda seguir funcionando. Y es que sus fuentes de financiamiento, al referirse a los impuestos a prácticas atentatorias a la salud, han sorteado dificultades para solventarse, entre las que destaca una campaña decidida contra la compra y uso de la pólvora, especialmente dirigida a niños, niñas y jóvenes, desarrollada por algunas entidades gubernamentales –como la Cartera de Gobernación y la misma de Salud Pública–, así como de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras agencias internacionales¹⁴².

No obstante y de manera paradójica, con este Fondo se ha reforzado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por ejemplo, en la compra de

¹³⁹ El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) es una fuente de financiamiento especial que se aprueba a finales de 2004, vía decreto legislativo y se constituye de recursos asignados por el Ministerio de Hacienda en cada ejercicio fiscal, pero fundamentalmente de los ingresos “por concepto de recaudación (que) se perciban en lo que se refiere a producción y comercialización de alcohol y de bebidas alcohólicas; productos del tabaco; armas de fuego, municiones, explosivos y artículos similares”, según el art.12 de la Ley Especial del FOSALUD, que se puede encontrar en:

http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_especial_fondo_solidario_para_la_salud.pdf.

¹⁴⁰

Ver

en:

http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_varias_fotos.asp?idCat=2925&idArt=1037429. Además, la nota de prensa en El Diario de Hoy, 27 de diciembre de 2006, pág.4.

¹⁴¹ La Prensa Gráfica, 10 de agosto de 2006, pág.25; El Diario de Hoy, 29 de agosto de 2006, pág.26; La Prensa Gráfica, 15 de septiembre de 2007, pág.16; El Diario de Hoy, 7 de diciembre de 2006, pág.20; La Prensa Gráfica, 24 de enero de 2007, pág.6.

¹⁴² La Prensa Gráfica, 13 de octubre de 2006, pág.46; La Prensa Gráfica, 1 de diciembre de 2006, pág.32; La Prensa Gráfica, 6 de diciembre de 2006, págs.14 y 15; El Diario de Hoy, 7 de diciembre de 2006, pág.18.

vacunas y atención de epidemias, adquisición de combustible y papelería, contratación de promotoras y promotores y personal médico, y hasta dar continuidad a la misma extensión de cobertura rural¹⁴³; todas ellas, acciones que correspondería realizar al MSPAS si la recaudación por impuestos especiales ingresara directamente a sus arcas.

En materia de financiamiento, no puede obviarse la persistente práctica del bajo nivel de ejecución de los recursos asignados y la mala utilización de los mismos, inclusive los destinados a compras esenciales –entre ellas, medicamentos– e inversiones en infraestructura, que ha afectado significativamente la respuesta brindada por el sistema público de salud a los requerimientos de la población¹⁴⁴. De hecho, en el año 2006, el Ex Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social figuró entre las instituciones del Estado con menor capacidad de ejecución financiera¹⁴⁵.

Uno de los casos más preocupantes, recientemente, ha sido el excesivo atraso en el cumplimiento de los plazos de un préstamo del Banco Mundial (BM) para la reconstrucción de importantes hospitales nacionales en las principales cabeceras del país o como centros de referencia en San Salvador –tal es el caso del Hospital de Maternidad–, en los que no se han

¹⁴³ Ver en: <http://www.laprensa.com.sv/nacion/682021.asp>; El Diario de Hoy, 25 de agosto de 2006, pág.20; La Prensa Gráfica, 7 de octubre de 2006, pág.26; La Prensa Gráfica, 14 de diciembre de 2006, pág.40; El Diario de Hoy, 14 de diciembre de 2006, pág.30; El Diario de Hoy, 23 de diciembre de 2006, pág.24; La Prensa Gráfica, 28 de diciembre de 2006, pág.14.

¹⁴⁴ El Diario de Hoy, 10 de agosto de 2006, pág.17; La Prensa Gráfica, 25 de agosto de 2006, págs.6 y 7; El Diario de Hoy, 21 de septiembre de 2006, págs.20 y 22; El Diario de Hoy, 9 de octubre de 2006, pág.6; La Prensa Gráfica, 23 de octubre de 2006, pág.65; La Prensa Gráfica, 13 de diciembre de 2006, págs.2 y 3; La Prensa Gráfica, 14 de diciembre de 2006, págs.14 y 15; El Diario de Hoy, 29 de enero de 2007, págs.2 y 3.

¹⁴⁵ La Prensa Gráfica, 23 de octubre de 2006, pág.32.

experimentado significativos avances según ha sido conocido públicamente¹⁴⁶, mediante denuncias y cuestionamientos al respecto.

Los retrasos, además, han ido acompañados de varios señalamientos en el uso inadecuado de los fondos, especialmente por la compra y destino de vehículos suntuosos; gastos elevados en viajes y viáticos; remodelaciones innecesarias y excesivas en los acabados en el Despacho Ministerial que, de paso, se encuentra ubicado en un edificio alquilado a una persona particular; entre los más destacados¹⁴⁷.

En los últimos meses, también ha sido preocupante conocer previsible actos de corrupción sobre los recursos públicos relacionados a la salud que han alcanzado la responsabilidad de las más altas autoridades sanitarias

Las acusaciones que pesan sobre el ex Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Doctor Guillermo Maza Brizuela, respecto a la compra de servicios de Tomografías Axiales Computarizadas (TAC) a clínicas privadas en lugar de habilitar equipos donados al MSPAS desde el año 2003, resultan en actuaciones de mayor gravedad al significar una abierta intención de crear condiciones nocivas para el fortalecimiento del carácter público del sistema y favorecer la participación privada en la prestación de bienes y servicios; sobre todo porque, este caso, conlleva un lucro familiar directo y evidente a

¹⁴⁶ Ver detalle de información oficial al respecto en el siguiente sitio:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHET/ELSALVADORINSPANISHEXTN/0,,contentMDK:21274696~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:454643,00.html>.

¹⁴⁷ Ver notas de prensa en los siguientes sitios: <http://laprensagrafica.com/nacion/667408.asp>;
<http://www.laprensagrafica.com/nacion/750444.asp>;
<http://www.laprensa.com.sv/nacion/754844.asp>.
Además: La Prensa Gráfica, 26 de marzo de 2007, págs.12 y 14; La Prensa Gráfica, 29 de marzo de 2007, pág.18; La Prensa Gráfica, 30 de marzo de 2007, pág.34; La Prensa Gráfica, 12 de abril de 2007, pág.12.

través de ella¹⁴⁸. Sobre el particular, el Tribunal de Ética Gubernamental (TEG) abrió un expediente para realizar la investigación respectiva¹⁴⁹.

Con base en lo anterior, es posible afirmar que un presupuesto que no se incrementa adecuadamente, cuya ejecución no es eficiente y que está expuesto a manejos indebidos y prácticas de corrupción institucionalizada, han hecho del financiamiento en salud uno de los elementos claves en el cumplimiento progresivo del derecho humano a la salud.

De hecho, las consecuencias inmediatas han sido una constante en el último año, la cual se ha evidenciado en una carencia crónica de medicamentos e insumos básicos, suspensión de tratamientos para enfermedades sensibles e, incluso, afectación de servicios generales (de infraestructura, por ejemplo), en claro detrimento de la demanda de atención y rehabilitación de su salud, de parte de la población usuaria. De esta forma:

a) No ha podido resolverse el desabastecimiento de medicamentos en la red pública¹⁵⁰.

¹⁴⁸ La Prensa Gráfica, 21 de agosto de 2006, pág.12; El Diario de Hoy, 19 de octubre de 2006, págs.2 y 3; El Diario de Hoy, 20 de octubre de 2006, págs.18 y 19; La Prensa Gráfica, 23 de octubre de 2006, págs.2-6; El Diario de Hoy, 7 de diciembre de 2006, pág.22; La Prensa Gráfica, 12 de diciembre de 2006, págs.18, 20 y 22; La Prensa Gráfica, 30 de enero de 2007, pág.12; La Prensa Gráfica, Revista ENFOQUES, 4 de marzo de 2007; La Prensa Gráfica, 6 de marzo de 2007, pág.19; La Prensa Gráfica, 9 de marzo de 2007, págs.6 y 7; La Prensa Gráfica, 10 de marzo de 2007, pág.12; La Prensa Gráfica, 14 de marzo de 2007, pág.20; La Prensa Gráfica, 15 de marzo de 2007, pág.18; La Prensa Gráfica, 16 de marzo de 2007, págs.18 y 19; La Prensa Gráfica, 20 de marzo de 2007, pág.20; La Prensa Gráfica, 10 de abril de 2007, pág.22; La Prensa Gráfica, 14 de abril de 2007, pág.22; La Prensa Gráfica, 27 de abril de 2007, pág.28. Consultar, además, en el sitio: <http://archive.laprensa.com.sv/20070307/enfoques/726710.asp>; <http://www.laprensa.com.sv/nacion/733122.asp>.

¹⁴⁹ Se conoció que el referido Tribunal había resuelto que el Ex Ministro de Salud, Doctor Guillermo Maza, habría incumplido el deber ético de la eficiencia al haber mantenido en bodega, desde el año 2004, dos aparatos de TAC y uno de resonancia magnética, mientras que se compraban los servicios respectivos en los hospitales públicos que requerían de ellos. El fallo, sin embargo, concluyó que no pudo establecerse un conflicto de intereses, pese a que la familia del funcionario es propietaria de las clínicas a la que aún se remite a pacientes para los exámenes correspondientes.

¹⁵⁰ Ver notas periodísticas, en: <http://www.laprensa.com.sv/nacion/689461.asp>.

b) En el Hospital Nacional Rosales, la cantidad de camillas y camas han resultado escasas para la demanda; se redujeron en un 40% exámenes clínicos por falta de reactivos afectando la aplicación de cirugías; se suspendieron, de manera prolongada, sesiones de quimioterapia, por falta de antibióticos; y pacientes con insuficiencia renal han visto afectados su tratamientos por falta de insumos para la hemodiálisis o continúan realizándolos con métodos obsoletos¹⁵¹.

c) El Hospital de Niños “Benjamín Bloom” ha reportado, en los últimos meses, desde falta de jeringas y reactivos para Rayos X, insumos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), hasta la afectación directa a pacientes de tiroides, endocrinología y con insuficiencia renal por falta de medicamentos, insumos y reactivos; sobre este último caso, se añade la suspensión de trasplantes de riñón por falta de presupuesto, desde hace algunos años, lo mismo que la reducción de cirugías cardiovasculares, por carecer de recursos y aparatos adecuados¹⁵²

d) El Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” no cuenta con un aparato para realizar mamografías que le permita garantizar, internamente, a las pacientes sus exámenes respectivos, las cuales entonces se ven obligadas a pagar por esos servicios en entidades privadas¹⁵³.

¹⁵¹ CoLatino, 27 de diciembre de 2006, pág.3; El Diario de Hoy, 8 de marzo de 2007, pág.26; El Diario de Hoy, 24 de abril de 2007, pág.22; CoLatino, 24 de abril de 2007, pág.4; La Prensa Gráfica, 24 de abril de 2007, pág.10; La Prensa Gráfica, 25 de abril de 2007, pág.16; El Diario de Hoy, 8 de mayo de 2007, pág.28; La Prensa Gráfica, 14 de mayo de 2007, pág.18.

¹⁵² El Diario de Hoy, 26 de septiembre de 2006, pág.22; El Diario de Hoy, 5 de octubre de 2006, pág.14; La Prensa Gráfica, 9 de octubre de 2006, pág.22; El Diario de Hoy, 10 de octubre de 2007, pág.22; El Diario de Hoy, 12 de octubre de 2006, pág.18; La Prensa Gráfica, 12 de octubre de 2006, pág.18; El Diario de Hoy, 13 de marzo de 2007, pág.16; La Prensa Gráfica, 13 de marzo de 2007, pág.18; El Diario de Hoy, 16 de marzo de 2007, págs.2-4; La Prensa Gráfica, 14 de abril de 2007, págs.2 y 3; El Diario de Hoy, 7 de mayo de 2007, pág.20; La Prensa Gráfica, 8 de mayo de 2007, pág.30; La Prensa Gráfica, 9 de mayo de 2007, pág.40.

¹⁵³ El Diario de Hoy, 26 de marzo de 2007, pág.12.

e) En el Hospital Nacional Zacamil se constató la disposición de camas en los pasillos para la atención de pacientes, ante la insuficiente infraestructura¹⁵⁴.

f) En el Hospital Nacional de La Unión, la falta de espacio mientras se realizaron obras de reconstrucción de otras áreas, obligó en agosto 2006, a trasladar a los pacientes encamados de medicina general hombres, al cubículo correspondiente a la morgue de dicho centro¹⁵⁵

La convicción del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, de que un insuficiente financiamiento en salud provoca también privilegiar y favorecer modalidades de privatización de los servicios de salud o relacionados con los mismos que, en el mediano y largo plazo, lejos de preparar y fortalecer las capacidades de las instituciones estatales para cumplir con sus atribuciones al respecto, pueden disminuir sus recursos sin realizar inversiones para la consolidación de las propias instancias prestadoras de servicios –de naturaleza pública–, afectando la sostenibilidad de los esfuerzos institucionales.

La extensión de servicios de salud en el área rural impulsada por el MSPAS ha dependido de préstamos todavía en ejecución pero cuyo financiamiento está por finalizar –pese a haberse logrado una prórroga del mismo por 18 meses más–, por lo que aún no se tiene garantizada su continuidad, hacia el año 2008⁴⁰, aunque el Ex Titular del Ministerio espero, eventualmente, cubrir lo concerniente a los municipios en el occidente del país, con fondos de FOSALUD, refuerzos presupuestarios y recursos propios¹⁵⁶.

¹⁵⁴ La Prensa Gráfica, 11 de octubre de 2006, pág.3.

¹⁵⁵ El Diario de Hoy, 28 de agosto de 2006, pág.52.

¹⁵⁶ Ver nota de prensa al respecto en: <http://www.laprensa.com.sv/nacion/671469.asp>.

Aunado a ello, esta mayor cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha basado en la subcontratación de organizaciones no gubernamentales –especialmente en la zona norte del país– y no en la expansión y consolidación de la capacidad instalada propia de establecimientos de salud adscritos al MSPAS. Es más, el Banco Mundial ha establecido respecto a este proyecto que la unidad de compra de servicios de esta Ministerio “deberá asegurar la continuidad de la prestación de servicios *a través de entidades no públicas*, principalmente en áreas pobres”¹⁵⁷.

La finalización del Programa Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN)¹⁵⁸ es una muestra inmediata sobre lo expuesto, en la medida en que ha comenzado a trasladarse ahora a los comités de salud de las comunidades la responsabilidad de atención y gestión de la salud en las localidades, ya que –según han admitido fuentes de esta Cartera de Estado– no se cuenta con financiamiento para continuar con la extensión de cobertura rural en este ámbito¹⁵⁹.

La importancia de tomar en cuenta lo anterior, radica también en la cada vez mayor prevalencia de la lógica mercantil en relación a la salud, especialmente cuando priman las prácticas privadas. En este contexto no existe noción alguna de derechos humanos ni de cumplimiento de obligaciones referidas a su garantía.

¹⁵⁷ Lo concerniente se puede encontrar como información oficial en el siguiente sitio: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHET/ELSVADORINSPANISHEXTN/0,,contentMDK:21274696~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:454643,00.html>.

¹⁵⁸ Ver información oficial al respecto, en: <http://www.mspas.gob.sv/ucp-pam/index.htm>; http://www.mspas.gob.sv/gerencia_social/ext_cobertura.asp.

¹⁵⁹ La Prensa Gráfica, 15 de octubre de 2006, pág.32; El Diario de Hoy, 14 de diciembre de 2006, pág.30.

Entre 2006 y 2007, el caso de la disposición y manejo privatizados de la basura y los desechos hospitalarios ha sido elocuente respecto a conocer el impacto de la preeminencia de los intereses económicos y la competencia empresarial, en detrimento y perjuicio de las personas y su derecho humano a la salud¹⁶⁰.

De esta manera, incumplimientos contractuales entre la municipalidad capitalina y otras alcaldías del Gran San Salvador, llevaron a la empresa Manejo Integral de Desechos Sólidos (MIDES) a impedir por varios días, en octubre del año 2006, la entrada de los camiones recolectores a la planta procesadora en la que es depositada la basura, a pesar de constituirse en un atentado contra la vida y la salud de comunidades aledañas y del personal que labora en la misma.

Asimismo, en agosto de 2006, MIDES se prestó a esparcir y mantener en plena vía pública, durante buena parte del día, toneladas de basura y llantas frente a la Alcaldía de San Salvador, en coordinación con una de las dirigencias de la Asociación Salvadoreña de Trabajadores Municipales (ASTRAM), como expresión de descontento y protesta por actuaciones de la actual administración edilicia en la capital y en el marco de una aparente campaña contra disposiciones municipales referidas al aseo público. Con ello, sin embargo, se ocasionó una grave afectación al medio ambiente y se

¹⁶⁰ La Prensa Gráfica, 3 de octubre de 2006, pág.10; CoLatino, 3 de octubre de 2006, pág.2; El Diario de Hoy, 3 de octubre de 2006, pág.44; La Prensa Gráfica, 4 de octubre de 2006, págs.2-4; El Diario de Hoy, 20 de octubre de 2006, pág.54; La Prensa Gráfica, 25 de octubre de 2006, pág.28; La Prensa Gráfica, 8 de diciembre de 2006, págs.8 y 10; La Prensa Gráfica, 31 de enero de 2007, pág.18.

puso en riesgo, especialmente, la salud de las personas que se encontraron o transitaban por el lugar¹⁶¹.

5.2 COBERTURA Y CALIDAD

Es imposible hablar de calidad y cobertura de un Sistema de Salud, como realidades diferentes. La cobertura de un sistema nos da una noción de la calidad que se brinda a la población atendida, en tanto la calidad es un concepto amplio que involucra otros elementos relacionados con la cobertura.

En mayo de 2007, autoridades de Salud y del Gobierno central destacaron como principales logros de la actual administración gubernamental, lo relativo a la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de salud, especialmente en el área rural¹⁶².

En este esfuerzo, han confluído diferentes iniciativas gubernamentales, del MSPAS y del ISSS, especialmente: el Programa Presidencial Red Solidaria, el Programa Reconstrucción por Emergencia y Extensión de Servicios de Salud –como parte del Proyecto de Reconstrucción de Hospitales y Ampliación de Servicios de Salud (RHESSA)–, el FOSALUD y la modalidad de Hospital sin Paredes, entre las más importantes. Todas ellas, incluso, actuando de manera coordinada y suplementaria, especialmente en los municipios catalogados como pobres.

¹⁶¹ El Diario de Hoy, 23 de agosto de 2006, págs.12 y 13; CoLatino, 25 de agosto de 2006, págs.3 y 6

¹⁶² Consultar notas de prensa en: <http://www.laprensa.com.sv/nacion/671469.asp>; en El Diario de Hoy, 24 de mayo de 2007, pág.24 y en El Diario de Hoy, 31 de mayo de 2007, pág.31.

De esta forma, por ejemplo, para 2006, el Programa Red Solidaria¹⁶³ alcanzó su meta de cubrir 32 de los municipios en pobreza extrema severa, aunque se quedó corto en el número de grupos familiares previsto a ser beneficiado, alcanzando a poco más de 24,100 en la recepción de bonos para la educación y la salud, con una inversión superior a los \$3,800,000.00. Según datos oficiales, prácticamente la totalidad de madres y padres titulares de tales familias recibieron también capacitaciones en temáticas de salud, nutrición infantil y otras. Para 2007, los municipios serán 47, incluyendo a los de pobreza extrema alta.

En este contexto, se señala que el Programa perteneciente al Proyecto RHESSA habría permitido atender aproximadamente a 315,000 personas en 65 de los 100 municipios catalogados como más pobres, al mismo tiempo que habría incrementado la atención y consultas a niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y lactantes, así como consultas generales dadas en el marco de competencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Según esta Cartera de Estado, el 100% de la población rural del radio de influencia del Programa Red Solidaria está cubierta¹⁶⁴.

Al respecto, el Programa Red Solidaria señaló como indicadores principales de impacto en salud, el aumento del 47% en los controles infantiles, de un 42% en los controles prenatales y 58% de los controles puerperales, en 12 de los municipios atendidos.

¹⁶³ Los datos que se presentan a continuación han sido obtenidos del sitio web oficial del Programa, en el que se encuentran enumerados los municipios atendidos y el mapa de pobreza de El Salvador, que ha servido de base para el Programa. Ver: http://www.redsolidaria.gob.sv/index.php?option=com_content&task=view&id=726&Itemid=51.

¹⁶⁴ Ver lo concerniente en: <http://www.redsolidaria.gob.sv/content/view/703/59/>.

Sin embargo, tales impactos se limitan a señalar montos invertidos, número de proyectos y/o cantidad de personas beneficiadas, sin que les acompañe una explicación clara sobre cómo se ha contribuido, efectivamente, a reducir la brecha sanitaria existente, tanto en términos de cobertura como de calidad. Lo anterior, especialmente porque estudios recientes han insistido en que son personas pobres y extremadamente pobres las que representan en nuestro país la más alta proporción sin cobertura de seguro médico alguno y cuyas necesidades en salud deben ser atendidas por el MSPAS, además de que se ha registrado, hasta años recientes, que aproximadamente una cuarta parte de la población no ha tenido ningún acceso a servicios de salud y, en los casos donde se ha podido solventar esta situación, los indicadores respecto a la población pobre siguen rezagados y mostrando bajos niveles de calidad¹⁶⁵.

Uno de los aspectos más importantes al respecto, se refiere a que alrededor de las tres cuartas partes de la atención solicitada en las unidades de salud es realizada por personas pobres, mientras que en los hospitales de la red pública ellas representan la mitad de las consultas y visitas¹⁶⁶.

Pese a esto, el Programa respectivo al Proyecto RHESSA se basa en subcontratar Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) para brindar la asistencia e intervención en el área rural que no cubre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, lo que ha significado que el Sistema Público de Salud no haya experimentado en su capacidad instalada ninguna readecuación al sensible incremento de las demandas de las familias a quienes se ha cubierto con la extensión de servicios. El hecho de que suplir

¹⁶⁵ PNUD. Trayectorias hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador, Serie Cuadernos sobre Desarrollo Humano, No.6, San Salvador, Mayo 2007, págs.88, 90 y 91.

¹⁶⁶ Ibid, pág.91.

lo anterior dependa, en algunos casos, de créditos externos cuya aprobación y consiguiente desembolso pueden no ocurrir, ha llegado a ocasionar incluso el colapso de las unidades de salud, tal como fue planteado en algún momento por la Coordinadora del Área Social de la Presidencia de la República, Licenciada Cecilia Gallardo de Cano¹⁶⁷.

Lo concerniente a la Estrategia de los Hospitales sin Paredes¹⁶⁸ es más claro respecto a lo planteado, ya que si bien cifras oficiales señalan que se ha logrado beneficiar a 1,558 comunidades y a más de un millón de personas¹⁶⁹, a través de la movilización de recursos humanos y materiales, bienes y servicios a zonas de difícil acceso y sin cobertura, no se construye ninguna base en términos de permanencia, suficiencia ante la demanda y sostenibilidad de la atención.

La gravedad de lo anterior, resulta más evidente al recordar que, especialmente en el último año, el presupuesto del MSPAS tampoco ha experimentado aumentos en los recursos destinados a los establecimientos de salud ni a los centros hospitalarios; incluso, estos últimos experimentaron reducciones en una aparente nueva modalidad administrativa¹⁷⁰.

Pese a esta constatación, a finales de 2006, el Ministro Maza intentó justificar las carencias conocidas en materia de insumos y, especialmente, de medicamentos en hospitales y unidades de salud, argumentando este

¹⁶⁷ Lo pertinente en entrevista con la referida funcionaria, registrada en el siguiente sitio: <http://www.laprensagrafica.com/nacion/611082.asp>

¹⁶⁸ Información oficial al respecto, se puede encontrar en los sitios siguientes: http://www.mspas.gob.sv/comunicaciones/archivos_comunicados/comunicado30042005.asp; http://www.mspas.gob.sv/comunicaciones/archivos_eventos/evento30042005.asp.

¹⁶⁹ El Diario de Hoy, 31 de mayo de 2007, pág.31.

¹⁷⁰ El Diario de Hoy, 16 de agosto de 2006, págs.14 y 15.

incremento de la demanda en el área rural, gracias a los esfuerzos de extensión de servicios impulsados por su Cartera de Estado, ya mencionados. Los logros reportados al respecto por el Proyecto RHESSA señalarían la atención de más de 475 mil familias en 95 municipios de todo el país –superándose inclusive metas de cobertura establecidas inicialmente–, de un universo de 988 mil grupos familiares, residentes en 123 localidades a nivel nacional, que han sido cubiertos por el MSPAS haciendo uso de otras fuentes financieras, entre ellas el FOSALUD y recursos del gobierno.

Sin embargo, los indicadores principales en materia de salud, relacionados tanto a las acciones que corresponden a Red Solidaria como a las del Proyecto RHESSA en el componente respectivo, dependen prácticamente de financiamiento externo, en calidad de préstamos¹⁷¹ o –como ha ocurrido recientemente, ante la no ratificación de algunos de éstos– vía obtención de recursos por canje de deuda¹⁷². Además, del préstamo aprobado para este último Programa, sólo se contempla para ampliación de cobertura rural, poco más de un 9.75% de los fondos, mismos que terminarán de ejecutarse en el corto plazo.

El Proyecto RHESSA incluye, asimismo, la reconstrucción, rehabilitación y equipamiento de siete hospitales nacionales, como principal componente¹⁷³. Pese a ello, los avances en la ejecución prevista se han postergado tanto, que no han sido satisfactorios en términos de asegurar que el sistema hospitalario brinde una mayor y mejor atención en las zonas de influencia de los mismos. Además, estos esfuerzos se han concentrado en la región

¹⁷¹ Ver información al respecto, en: http://www.elfaro.net/Secciones/opinion/20070101/opinion4_20070101.asp.

¹⁷² Esto último, sin embargo, se ha concretado principalmente en materia de educación.

¹⁷³ Consultar información relacionada en: <http://www.prhessa.gob.sv/>.

paracentral y central del país –con excepción del Hospital “San Juan de Dios”, en San Miguel–, que no corresponden por cierto a los territorios con más sensible incidencia de la pobreza¹⁷⁴, de manera que todavía continuará sin resolverse adecuadamente la tendencia de que la población más empobrecida seguirá registrando una probabilidad de recibir cuidados médicos, en una proporción mucho menor –inferior casi en una tercera parte– a la que muestran las salvadoreñas y salvadoreños de mayores ingresos¹⁷⁵.

Especial mención merece el Hospital de Maternidad, el cual, prácticamente, estaría quedando fuera del listado de los centros hospitalarios contemplados inicialmente en el Proyecto, a pesar de ser el único cuya población beneficiaria tiene un alcance a nivel nacional. Lo anterior, pese a conocerse que son las mujeres pobres quienes tienen menos posibilidades de atenderse un parto en un hospital, en comparación con la población femenina de mayores ingresos (52% y 93%, respectivamente)¹⁷⁶.

Se suma a lo anterior, el ingente incremento en el número de embarazos adolescentes reportados en los últimos años y su tendencia sostenida en este sentido, así como el aumento que ello demanda en los gastos en los que debe recurrir este nosocomio –en más de un 32%–, sobre todo para la atención al conjunto de complicaciones que van aparejadas a la temprana

¹⁷⁴ Según el Mapa de Pobreza utilizado por las autoridades gubernamentales, el cual puede encontrarse en el sitio: http://www.fisdg.gob.sv/documentos/libromapapobreza/CONTENIDOS/capitulo_IV.pdf.

¹⁷⁵ PNUD. Trayectorias hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador, Serie Cuadernos sobre Desarrollo Humano, No.6, San Salvador, Mayo 2007, pág.91.

¹⁷⁶ *Ibíd.*

edad de las mujeres que acuden a este centro hospitalario (preclamsia, partos prematuros y cesáreas)¹⁷⁷.

La situación de otros hospitales de referencia en San Salvador y en importantes ciudades del país, confirma la tendencia de que, en general, los esfuerzos gubernamentales propios por ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud demandados por la población, además de ser evidentemente insuficientes, han tenido que ser complementados, de manera significativa, por donaciones y colaboración de Gobiernos, cooperación internacional y personas y grupos altruistas, en los avances importantes reportados. Para el caso, recientemente, han destacado las siguientes:

- a) En el Hospital Nacional Rosales coexisten actualmente áreas de reciente remodelación equipada con tecnología de punta para cuidados intensivos, tratamientos cerebrovasculares, emergencias y quirófanos –cuya mayor inversión provino de Japón– así como servicios de oncología y maxilofacial financiados en gran medida con fondos de la Cooperación Española y otras organizaciones donantes, con una infraestructura obsoleta y seriamente dañada que pone en mayor riesgo el cuadro de las y los pacientes atendido, como ha ocurrido con la contaminación de agua en zonas como Urología, Cirugía y Bienestar Magisterial, o con el colapso de las tuberías de aguas negras que, después de meses, aún no han podido ser reparadas¹⁷⁸.

¹⁷⁷ El Diario de Hoy, 16 de abril de 2007, págs.2 y 3; La Prensa Gráfica, 10 de mayo de 2007, pág.4.

¹⁷⁸ El Diario de Hoy, 19 de agosto de 2006, pág.24; La Prensa Gráfica, 6 de octubre de 2006, pág.24; El Diario de Hoy, 10 de marzo de 2007, págs.24 y 25; El Diario de Hoy, 12 de marzo de 2007, pág.15; La Prensa Gráfica, 29 de marzo de 2007, pág.20; La Prensa Gráfica, 14 de mayo de 2007, pág.18; CoLatino, 23 de mayo de 2007, pág.5; El Diario de Hoy, 28 de mayo de 2007, pág.22.

- b) La ampliación de los servicios de pediatría en el Hospital Nacional San Bartolo de Soyapango, fue posible gracias al apoyo en infraestructura recibido de las Fundaciones Meza Ayau y Ronald McDonald's¹⁷⁹.
- c) Las mejoras, ampliación y/o reconstrucción de las áreas de cirugía, ginecología y obstetricia así como del departamento de cocina del Hospital San Juan de Dios, en Santa Ana, han sido responsabilidad de un destacado empresario de ese departamento¹⁸⁰.

Respecto a la cobertura y calidad, no puede obviarse el impacto del FOSALUD que, para finales de 2006, había incorporado a 105 establecimientos de salud (45 más que en 2005) a la estrategia de ampliación de horarios y días para la prestación de servicios: 35 de ellos, abiertos las 24 horas y los 365 días del año, mientras que el resto (70), durante los fines de semana y días festivos¹⁸¹.

Con base en ello, el balance oficial fue de cumplimiento de este objetivo al haberse atendido –según cifras oficiales– más de 1.2 millones de consultas¹⁸², siendo para 2007 la prioridad, la del reforzamiento de la atención con más personal, especialmente profesionales en Pediatría, Odontología y Ginecología, así como con la dotación de instrumental y equipo odontológico¹⁸³. El Programa, además, tendrá también unidades móviles en las cinco regiones de salud en que se ha dividido nuevamente el país, compuestas por equipos multidisciplinarios que atenderán el primer nivel de atención, en el área rural.

¹⁷⁹ La Prensa Gráfica, 29 de mayo de 2007, pág.22.

¹⁸⁰ La Prensa Gráfica, 5 de marzo de 2007, pág.68; El Diario de Hoy, 19 de marzo de 2007, pág.55.

¹⁸¹ La Prensa Gráfica, 4 de diciembre de 2006, pág.77; El Diario de Hoy, 31 de mayo de 2007, pág.31.

¹⁸² El Diario de Hoy, 7 de diciembre de 2006, pág.20. Ver, además, información en el sitio:<http://www.casapres.gob.sv/presidente/discursos/2007/06/disc0101.html>.

¹⁸³ El Diario de Hoy, 7 de diciembre de 2006, pág.20. Ver, además, nota de prensa en el sitio:http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=2907&idArt=989958.

Al respecto y sin dejar de reconocer que el FOSALUD ha permitido ampliar la capacidad de las unidades y casas de salud en cuanto a atender población en horarios y fechas extraordinarios, falta contar con una certera ponderación respecto al incremento real en la cobertura de familias y personas que, previo a la inauguración del Programa, no tenían acceso a los servicios de salud.

Es decir, coincidiendo con la percepción expresada reiteradamente desde sus inicios por las autoridades gubernamentales del Ramo y de la propia Presidencia de la República, en el sentido de que FOSALUD ha resultado en un descongestionamiento de las visitas que antes sólo podían realizarse en hospitales, todavía falta ir más allá de considerar sólo la incidencia del cambio de establecimiento utilizado –medido por el número de consultas que han pasado de los centros hospitalarios a las unidades y casas de salud– y conocer el impacto efectivo en una mayor accesibilidad y disponibilidad de los servicios a más salvadoreñas y salvadoreños, especialmente si son población de menos recursos.

No puede dejar de señalarse que, en la estructura de servicios de salud, el recurso humano es uno de los elementos determinantes en la consecución del bienestar de la población en materia de salud, en la medida en que, las instalaciones, insumos o equipos no aseguran por sí mismos la calidad de la atención si no interviene el personal respectivo, de manera adecuada y oportuna. De ahí que, el recurso humano en salud representa un importante parámetro en el goce equitativo de este derecho¹⁸⁴.

¹⁸⁴ Se precisa que, aunque se cuenta con datos estadísticos oficiales de ambas instituciones, las limitaciones son importantes, ya que, por una parte, el procesamiento de la información existente obedece a criterios diferentes aplicados en cada una de dichas instituciones. Por otra, la variedad en el tipo de contrataciones aplicadas en las mismas, dificulta establecer estándares que permitan una comparación más precisa, particularmente en el caso de profesionales de la Medicina que se contratan por periodos parciales de tiempo.

Datos oficiales mostrarían esfuerzos en el incremento de personal en la red pública de salud, particularmente en el marco del FOSALUD, incluso superando sus propias expectativas de contratación para la ampliación de cobertura. Originalmente, se esperaba poner a disposición del sistema unos 1,600 empleos, pero las cifras más recientes publicadas por la Presidencia de la República, señalan más de dos mil personas contratadas¹⁸⁵. Lo contrario ocurre con aproximadamente 2,2000 promotoras y promotores contratados para la extensión de servicios en el área rural, de quienes una tercer parte dependen de préstamos cuya vigencia finaliza en el corto plazo y se ha encontrado con las limitaciones presupuestarias para garantizar su estabilidad¹⁸⁶.

Lo anterior, ha puesto al descubierto que, además de no haber podido evitarse que siga profundizándose y continúe sin superarse el déficit de personal en salud, desde enfermeras hasta especialistas, existen condiciones adversas para la población salvadoreña en relación a su salud, que no se restringen a la cantidad de profesionales o trabajadores y trabajadoras disponibles para atenderle, sino a la calidad de su desempeño, en razón de su pericia pero también de la disponibilidad de las condiciones adecuadas para ejercer su labor.

En este sentido, ha sido interesante conocer, en los últimos meses, un incremento en los casos publicitados sobre mala praxis médica tanto en el ámbito público como en el privado; mismos que, incluso, han llegado a las instancias judiciales correspondientes para el procesamiento respectivo de

¹⁸⁵ Lo concerniente, en información de los siguientes sitios:
<http://www.casapres.gob.sv/especiales/fosalud/index.htm>;
<http://www.casapres.gob.sv/presidente/discursos/2007/06/disc0101.html>.

¹⁸⁶ Ver nota de prensa al respecto en: <http://www.laprensagrafica.com/nacion/648241.asp>.

las y los responsables de dichos casos. Actuación en la que ha jugado un papel crucial la decisión de las propias familias afectadas con el apoyo de entidades defensoras de los derechos de las y los pacientes, particularmente la Asociación para la Defensa de la Salud y el Medio Ambiente “Corina Isabel Pérez Alfaro” (ADESAM-Coribel)¹⁸⁷.

5.3 MEDICAMENTOS

Una de las problemáticas pendientes relativas a la salud es la ausencia de una política efectiva que garantice el abastecimiento oportuno, adecuado y suficiente de medicamentos y, por tanto, la disponibilidad de los mismos según la demanda actual que, de hecho, se ha considerado creciente y variada por la existencia de un perfil epidemiológico en el país calificado como “en transición”, debido al incremento en los indicadores relacionados con enfermedades como la diabetes, el cáncer, la hipertensión y las de naturaleza cardiovascular; mismas que se han posicionado también como importantes causas de la mortalidad en el país, en particular las del corazón y del sistema circulatorio, en general¹⁸⁸.

El derecho al medicamento no se encuentra garantizado como tal, en el ordenamiento jurídico salvadoreño. El MSPAS incluye a la dispensa de medicinas como parte de sus obligaciones y prestaciones brindadas, adhiriéndose a un Cuadro Básico y bajo autorización y control institucional.

¹⁸⁷ La Prensa Gráfica, 1 de agosto de 2006, pág.57; La Prensa Gráfica, 11 de agosto de 2006, pág.62; La Prensa Gráfica, 11 de octubre de 2006, pág.20; La Prensa Gráfica, 8 de diciembre de 2006, pág.104; La Prensa Gráfica, 19 de diciembre de 2006, pág.26; La Prensa Gráfica, 28 de enero de 2007, pág.3; CoLatino, 9 de marzo de 2007, pág.3; El Diario de Hoy, 10 de marzo de 2007, págs.26 y 27; El Diario de Hoy, 27 de marzo de 2007, pág.48; El Diario de Hoy, 10 de abril de 2007, pág.48; La Prensa Gráfica, 11 de abril de 2007, pág.66; El Diario de Hoy, 13 de abril de 2007, pág.20; El Diario de Hoy, 21 de abril de 2007, pág.28; El Diario de Hoy, 6 de mayo de 2007, pág.6.

¹⁸⁸ Ampliar en <http://www.paho.org/spanish/sha/prflels.htm>.

La realidad cotidiana, sin embargo, evidencia que buena parte del desabastecimiento de medicamentos –que ha llegado a alcanzar un 50% en el MSPAS, incluso respecto al cuadro básico– ocurre justamente en ese conjunto de enfermedades prevalentes –a las que se agrega el asma, la migraña y la artritis, por ejemplo– y se ha convertido en una situación crónica en la red pública del Ministerio, dado el insuficiente financiamiento destinado para ese fin¹⁸⁹.

Desde 1927 existe una Ley de Farmacias que regula la vigilancia sobre droguerías, farmacias, laboratorios químicos o farmacéuticos, ventas de medicinas y demás establecimientos donde se elaboren o expendan medicinas, drogas, productos naturales, químicos y farmacéuticos, especialidades farmacéuticas y aguas minerales.

Pese a su vigencia, el Código de Salud de 1988 norma lo relativo a la autorización y supervisión de los procedimientos y funcionamiento de tales establecimientos, bajo la responsabilidad del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), incluida la introducción de medicinas en calidad de donación, por organizaciones extranjeras (art. 14 d a la i, además del literal r al x del mismo artículo del Código de Salud). Le compete también el registro de los medicamentos (arts. 39-A, 39-B y 39-C de dicho Código).

Esta falta de regulación actualizada se constituye en un grave problema de salud pública, ya que la población está cada vez más expuesta a los efectos

¹⁸⁹ El Diario de Hoy, 17 de septiembre de 2006, pág.32; El Diario de Hoy, 13 de octubre de 2006, pág.44; CoLatino, 24 de abril de 2007, pág.4; La Prensa Gráfica, 25 de abril de 2007, pág.14; El Diario de Hoy, 25 de abril de 2007, págs.18 y 19; La Prensa Gráfica, 27 de abril de 2007, pág.30; El Diario de Hoy, 28 de abril de 2007, págs.10 y 12; La Prensa Gráfica, 28 de abril de 2007, págs.22 y 24; El Diario de Hoy, 15 de mayo de 2007, pág.26. 27

del uso inadecuado de los medicamentos, a problemas en cuanto a la calidad de los mismos, a la falta de control de precios y otros riesgos relacionados.

En este momento, existen dos anteproyectos de Ley de medicamentos propuestos para su discusión en la Asamblea Legislativa. El primero, presentado en el año 2002 por la Red Acción para la Salud en El Salvador (APSAL)¹⁹⁰, mientras que el segundo fue introducido en el 2005 por el partido político Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). Pese a ello, ninguno ha sido retomado para su conocimiento y debate, ni siquiera en el marco del proceso de Reforma del Sector Salud. La referida Red, en este contexto y dada la agudización del desabastecimiento de medicinas ocurrida desde principios del 2007, interpuso una pieza de correspondencia en ese Órgano del Estado para que se retome la necesidad de aprobar una iniciativa legal de la naturaleza propuesta¹⁹¹.

Como parte de los compromisos estatales referidos a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se introdujo la Meta 17 que persigue lograr proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo, en cooperación con las compañías farmacéuticas, siendo su indicador de referencia la proporción de la población con acceso sostenible a los mismos. Pese a su importancia y sensible incidencia en la conservación y rehabilitación de la salud, no existen referencias sobre su cumplimiento¹⁹².

¹⁹⁰ Red constituida por las instituciones: Asociación Promotora para el Desarrollo Comunal de Centroamérica (APDCA), Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños (APROCSAL), Asociación para la Salud y el Servicio Intercomunal en El Salvador (APSIES), Centro para la Defensa del Consumidor (CDC), Fundación Maquilishuat (FUMA) y la Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria Pro-Vida.

¹⁹¹ El Diario de Hoy, 15 de marzo de 2007, pág.24.

¹⁹² PNUD. Trayectorias hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador, Serie Cuadernos sobre Desarrollo Humano, No.6, San Salvador, Mayo 2007, págs.68-69.

Lo cierto es que apenas poco más del 7% del presupuesto total del MSPAS se destina actualmente a medicamentos, mientras que en el ISSS, menos del 20% de los egresos y gastos totales realizados se ocupó en fármacos proporcionados en los servicios de consulta externa y hospitalización. Respecto al primero, se han experimentado cambios significativos entre 2006 y 2007, con una reducción de unos 10 millones de dólares –lo presupuestado alcanza los \$24,000,000– bajando desde el 11% del financiamiento disponible en el año 2006¹⁹³. De hecho, fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social señalaron que se hubiera requerido el doble de lo aprobado para el ejercicio fiscal del 2007, para responder a la demanda existente¹⁹⁴.

Por su parte, el Seguro Social ha disminuido el monto de lo utilizado para este rubro, de unos 59 millones de dólares gastados en 2006 a \$40 millones presupuestados para el año fiscal en vigencia¹⁹⁵.

Los procesos de gestión, administración y distribución de los medicamentos, ha sido otro aspecto no resuelto aún satisfactoriamente. Recientemente, el MSPAS ha implementado un mecanismo de inventario que pretendería controlar las existencias a las farmacias de la red pública y prevenir la escasez y el desabastecimiento¹⁹⁶.

¹⁹³ El Diario de Hoy, 5 de abril de 2007, pág.8.

¹⁹⁴ El Diario de Hoy, 16 de agosto de 2006, págs.14 y 15; El Diario de Hoy, 17 de agosto de 2006, págs.2-4.

¹⁹⁵ Lo concerniente en los sitios siguientes:

http://www.issv.gob.sv/estadistica/BOLETIN_2006.pdf;

<http://www.issv.gob.sv/comunicaciones/comunicados/comunicadospdf/proyecciones%202007.doc>.

¹⁹⁶ El Diario de Hoy, 8 de mayo de 2007, pág.28.

Mientras tanto, se continúa dependiendo de un obsoleto sistema basado en refuerzos presupuestarios, solicitudes anticipadas de producto a proveedores y ajustes interhospitalarios¹⁹⁷, que apenas resuelven de forma coyuntural ingentes carencias acumuladas.

Ninguna de ellas, sin embargo, ha significado una respuesta satisfactoria para solventar el desabastecimiento que, en algunos casos, dura ya desde meses atrás y ha afectado la continuidad adecuada de tratamientos. Al mismo tiempo y, sobre todo, resulta preocupante de que se trata de planes contingenciales que no resuelven la problemática estructural de no disponibilidad oportuna y suficiente de medicamentos, sino que, por el contrario, han generado incluso una inversión superior si éstos hubiesen sido comprados bajo licitación y entregados en el servicio de farmacias institucional.

Sumado a lo anterior, la calidad de las medicinas puestas a disposición de las personas que consultan, también ha sido fuertemente cuestionada los últimos años.

Pero la problemática alrededor de la disponibilidad de medicamentos resulta en una compleja red de graves consecuencias. Por una parte, el desabastecimiento de algunos de ellos ha implicado retrasos en las

¹⁹⁷ La Prensa Gráfica, 10 de agosto de 2006, pág.24; La Prensa Gráfica, 10 de octubre de 2006, págs.18 y 19; La Prensa Gráfica, 11 de octubre de 2007, págs.2 y 3; El Diario de Hoy, 11 de octubre de 2006, pág.16; El Diario de Hoy, 12 de octubre de 2006, págs.18 y 19; El Diario de Hoy, 13 de octubre de 2006, pág.44; La Prensa Gráfica, 13 de octubre de 2006, pág.46; La Prensa Gráfica, 3 de mayo de 2007, pág.20; El Diario de Hoy, 10 de mayo de 2007, pág.36; El Diario de Hoy, 17 de mayo de 2007, pág.12; La Prensa Gráfica, 17 de mayo de 2007, pág.20; El Diario de Hoy, 30 de mayo de 2007, pág.20; El Diario de Hoy, 31 de mayo de 2007, pág.26.

intervenciones quirúrgicas y costos elevados para las y los pacientes, como ha ocurrido en el caso de personas que donan y reciben trasplantes renales.

Por otro lado e igualmente grave resulta constatar que, según la última Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (2005), aproximadamente un 8% de la población que no consultó ningún establecimiento de salud perteneciente al MSPAS lo hizo por su convicción de falta de medicinas en los mismos, mientras que cerca de un 45% de quienes se enfermaron trataron por su cuenta su padecimiento¹⁹⁸.

Esta situación ha significado que, aproximadamente, la mitad de la población salvadoreña prefiera automedicarse o deba destinar un alto porcentaje de sus ingresos familiares a la compra de medicamentos recetados e inexistentes en el sistema sanitario, adquiriéndolos en el mercado farmacéutico nacional que se caracteriza por comercializarlos a muy altos precios.

¹⁹⁸ Más recientemente, en 2007, se conoció la solicitud de retirar, por riesgos de toxicidad comprobados, el medicamento denominado Viracept de los esquemas de terapia antirretroviral para el VIH/SIDA, brindados por el MSPAS a más de 160 personas que hacen uso diario de dicho producto. Dicha solicitud fue realizada por la propia empresa comercializadora del mismo. Pese a la gravedad de lo anterior y a la disposición de las entidades de Salud encargadas de su distribución, en cuanto a detener la disposición del mismo a las y los pacientes en tratamiento, pudo conocerse una actitud de minimización de la problemática y de la ausencia de información oportuna sobre ésta en instancias claves, como la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA (CONASIDA), encargada del seguimiento a la atención de esta pandemia. Asimismo, a pesar de señalamientos de personas viviendo con VIH o SIDA sobre la presunta dificultad de sustituir el referido producto en lo inmediato, responsables del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, restaron importancia al impacto aduciendo la falta de quejas sobre afectaciones ocasionadas por el consumo del mismo y al procedimiento que deben aplicar para identificar a quienes estarían utilizándolo en su terapia. Ver lo concerniente en: El Diario de Hoy, 9 de junio de 2007, pág.34; CoLatino, 9 de junio de 2007, pág.2; La Prensa Gráfica, 10 de junio de 2007, pág.14; y nota de prensa en: <http://www.laprensa.com.sv/nacion/798586.asp>.

Lo anterior, se ha convertido en una barrera de acceso para miles de familias salvadoreñas de escasos recursos económicos, al mismo tiempo que se constituye en un preocupante riesgo a su salud, pues pacientes que necesitan medicamentos y que enfrentan dificultades para comprarlos, terminan omitiendo dosis, dividiendo píldoras, o simplemente no ingiriéndolas.

Desde 2004, investigaciones nacionales evidenciaron que El Salvador destaca en la región latinoamericana por reportar altos precios en fármacos. Dos años después, a finales de 2006, un estudio similar realizado por la Red APSAL, que se concentró en investigar sobre el costo de 12 medicamentos esenciales seleccionados en seis municipios del país, demostró que esta característica se mantiene y que el costo de los medicinas ha incrementado de manera significativa, recientemente¹⁹⁹.

Cabe puntualizar al respecto, que los productos farmacéuticos investigados disponibles por caja experimentaron, en su mayoría, incrementos en su costo que van desde un 103% como máximo hasta un 16% como mínimo; mientras que los medicamentos investigados que están disponible por unidades, tuvieron importantes alzas que van desde 143% hasta el 17%.

En un ejercicio por conocer el impacto de precios de los medicamentos en la economía familiar, se encontró que –por ejemplo– el tratamiento por 7 días con Bactrim Forte (Trimetroprim Sulfametoxazol 160/800) para una infección respiratoria aguda, en promedio, tiene un costo de \$29.00 aproximadamente que equivale al 16.63% del salario mínimo urbano y a 5 días de jornada laboral, lo que significa que, en muchas ocasiones, la población debe invertir

¹⁹⁹ Dicho estudio puede obtenerse en el sitio:
<http://www.laprensagrafica.com/paralaedicion/InformeSalud.pdf>.

un porcentaje importante de sus ingresos para poder comprar los medicamentos en las farmacias privadas.

Una situación como la descrita también actúa en detrimento incluso de suplir otras necesidades básicas familiares. Para el caso, el estudio mostró que ese mismo tratamiento (por 7 días con Bactrim Forte) representa el 89.27% del rubro de salud de la Canasta de Mercado en el país, calculado para diciembre de 2006 en \$32.44 y que incluye algunos tratamientos y atenciones en salud mensuales para una familia promedio.

Probablemente, sin embargo, una de las principales amenazas relacionadas con lo anterior, es la cada vez mayor imposición de la lógica del mercado en las posibilidades de acceso a medicamentos necesarios y demandados por la población.

Una de las formas identificadas es la comercialización ilegal²⁰⁰; práctica que podría incluir que farmacias privadas se estén lucrando con la venta de medicinas pertenecientes a la red de hospitales públicos, propiedad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social²⁰¹.

Otra es el nicho mercantil abierto con el DR-CAFTA y otros Tratados de Libre Comercio, tal como se mencionó en los numerales 66 y 67 del presente Informe, observándose un predominio de intereses económicos en juego, en los que la competencia y el lucro referidos a la industria farmacéutica aparecen sobreponiéndose a la consecución prioritaria de mejores

²⁰⁰ La Prensa Gráfica, 17 de agosto de 2006, pág.18; La Prensa Gráfica, 28 de enero de 2007, pág.3.

²⁰¹ En octubre de 2006, la Red APSAL interpuso en la Fiscalía General de la República (FGR) una demanda sobre este particular, adjunta pruebas relacionadas.

condiciones de atención a la salud de la población, referidas a la accesibilidad de medicinas y tratamientos relacionados²⁰².

La problemática de desabastecimiento de medicamentos ha alcanzado tal magnitud que diferentes organizaciones de la sociedad civil han impulsado, recientemente, diferentes iniciativas encaminadas a demandar del Estado una actuación competente y a la altura, de sus obligaciones en esta materia.

De esta forma, se ha solicitado a la Defensoría del Consumidor (DC) que intervenga en la vigilancia de los precios de las medicinas, tal y como ha desarrollado una labor de monitoreo e información sobre otros productos como los combustibles y los útiles escolares. Además, se requirió a la Asamblea Legislativa la interpelación del Ex Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Doctor Guillermo Maza Brizuela, por el desabastecimiento crónico de medicamentos en la red pública.

²⁰² El Diario de Hoy, 21 de agosto de 2006, págs.26 y 27; El Diario de Hoy, 22 de agosto de 2006, pág.30; La Prensa Gráfica, 22 de agosto de 2006, pág.29; El Diario de Hoy, 24 de agosto de 2006, pág.32; El Diario de Hoy, 28 de agosto de 2006, Suplemento Farmacias Económicas; El Diario de Hoy, 4 de octubre de 2006, pág.28; El Diario de Hoy, 19 de diciembre de 2006, pág.46; El Diario de Hoy, 28 de enero de 2007, pág.20; La Prensa Gráfica, 8 de marzo de 2007, pág.33; La Prensa Gráfica, 9 de marzo de 2007, pág.42; El Diario de Hoy, 9 de marzo de 2007, pág.33.

5.4 LABOR DE LA PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA GARANTÍA DE LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL

5.4.1 LABOR DE TUTELA DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

En cumplimiento de su mandato constitucional y legal de velar por el respeto y la garantía de los derechos humanos, de investigar de oficio o por denuncia que hubiere recibido, casos de violaciones a los derechos humanos y de supervisar la actuación de la Administración Pública frente a las personas (ordinales 1, 2 y 7, art.194.I Cn.), la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos ha realizado su labor de tutela del derecho humano a la salud atendiendo a sensibles afectaciones y vulneración del mismo ocurridas especialmente en la red pública de salud.

De los expedientes abiertos de Oficio, en el año 2006, destacaron como principales hechos violatorios conocidos por esta Institución: el abandono de paciente, la falta de atención médica o la denegación de la misma, negligencia médica y falta de profesionales especialistas y medicamentos requeridos en la atención demandada, así como la imposición de cobros contrarios a la gratuidad en la prestación de servicios públicos de salud.

En razón de lo anterior, las autoridades señaladas no sólo se refirieron a establecimientos de salud del MSPAS y del ISSS, sino a gobiernos municipales o entidades del Estado cuyas competencias se encuentran relacionadas con factores asociados al goce de este derecho, entre estas últimas: el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Ministerio

de Economía, la Dirección General de Centros Penales y Readaptación, tribunales y reclusorios.

Es preciso señalar que los casos concernientes al sistema nacional de salud, ocurrieron tanto en los principales hospitales de referencia ubicados en la ciudad capital, como unidades médicas del ISSS o unidades de salud del Ministerio en municipios del interior del país, pero coincidieron en evidenciar una situación crítica respecto a la calidad, calidez y oportunidad de la atención brindada.

Similar a los expedientes abiertos de Oficio, durante el año 2006, los principales hechos violatorios denunciados ante la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos se refirieron a la denegación de atención médica y casos de negligencia, las cuales ocuparon el grueso de las denuncias interpuestas. Para 2007 se han conocido también prácticas estatales de ocultamiento o tergiversación de información fundamental en la protección de la salud y tratamiento de enfermedades, así como respecto a la prevención y/o reducción de posible contaminación ambiental.

De manera significativa, el desabastecimiento de medicamentos, en el MSPAS, ha comenzado también a ser motivo de denuncia en la PDDH, tanto a nivel individual como colectiva, especialmente a partir del año 2007.

Respecto a las autoridades denunciadas, en el último año –entre 2006 y 2007–, el MSPAS destaca entre las más señaladas, especialmente respecto al desempeño de los hospitales nacionales del Ministerio. Los centros penales y las alcaldías siguen mostrándose también como entidades estatales que, desde sus competencias, configuran también hechos violatorios.

La Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos ha podido constatar, sin embargo, que la cultura de denuncia relacionada con la vigencia del derecho humano a la salud es una de las mayores debilidades existentes, en la medida en que la población no ejerce aún, plenamente y en general, la titularidad de su derecho y, por tanto, la exigibilidad del mismo ante las autoridades correspondientes y en las entidades públicas con clara competencia respecto a este derecho.

5.4.2 LABOR DE PROMOCIÓN DEL RESPETO Y GOCE DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

Conforme a su mandato constitucional de promover y proponer las medidas que estime necesarias en orden a prevenir violaciones a los derechos humanos, así como de su atribución legal de crear, fomentar y desarrollar nexos de comunicación y cooperación con organismos de promoción y defensa de los derechos humanos, gubernamentales y no gubernamentales, así como con diferentes sectores de la vida nacional²⁰³, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos constituyó en febrero de 2003 la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador con el propósito de promover un mecanismo de debate y propuesta, sustentado en el pluralismo, la tolerancia y el compromiso con los derechos fundamentales de la población salvadoreña, para diagnosticar, discutir y proponer una alternativa viable y concertada de reforma al sistema nacional de salud,

²⁰³ Ordinal 10, artículo 194.I de la Constitución de la República y ordinal 8, artículo 12 de la Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, respectivamente.

distinta a cualquier pretensión de privatizar la prestación de los servicios de salud²⁰⁴.

Procurar lo anterior, contempló, asimismo, favorecer procesos de concientización e incidencia en la población respecto al ejercicio de su derecho a la salud, de manera que se favoreciera esa actitud de exigibilidad ante las autoridades correspondientes, así como la necesaria contraloría social respecto al cumplimiento de las obligaciones del Estado al respecto.

A partir de esa fecha, la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador se ha convertido en un espacio de confluencia de diversos sectores que, desde ámbitos específicos (académico, educativo, de prestación de servicios, gremial, comunitario y organizativo), han venido realizando una labor constante por la salud de la población en un esfuerzo común por contribuir responsablemente bajo el marco de actuación de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, en la efectiva promoción, respeto y protección de la salud como un derecho humano fundamental.

Con presencia, actualmente, en los catorce departamentos del país, las Mesas de Salud de esta Procuraduría aglutinan, a nivel local, a unas ciento cincuenta entidades, organizaciones, asociaciones e instituciones, en un esfuerzo de representatividad y participación en materia de salud, con capacidad técnica y contacto directo con la experiencia cotidiana referida a la salud de las salvadoreñas y salvadoreños.

Una de las prioridades de la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador ha sido, desde sus inicios, construir una posición

²⁰⁴ Documento de Constitución de la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. 28 de marzo de 2003.

ampliamente respaldada respecto a los criterios indispensables que deben regir cualquier dirección que asuma el proceso de Reforma del Sector Salud en curso.

La entonces Titular de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, Doctora Beatrice Alamanni de Carrillo, presento, con el respaldo de la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador, los Fundamentos de la Reforma del Sector Salud²⁰⁵ ante los señores diputados y las señoras diputadas de la entonces denominada Comisión de Protección del Medio Ambiente y Salud Pública de la Asamblea Legislativa, en una reunión de trabajo convocada para ese fin, en enero de 2005.

En agosto de ese mismo año, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos y la Mesa Permanente, con la adhesión de más de

²⁰⁵ El texto completo del documento y su respectiva versión popular pueden encontrarse en los sitios siguientes:

<http://www.pddh.gob.sv/docs/fundamentossaludfeb05.pdf>

<http://www.pddh.gob.sv/docs/Versionpopular.pdf>. Los Fundamentos referidos, son los siguientes: a) La salud es un bien público y no una mercancía, de manera que demanda políticas, intervenciones y estrategias dirigidas a proteger y promover la salud como uno de los intereses vitales de la colectividad y factor determinante del bienestar común; b) El carácter integral e intersectorial del cumplimiento y satisfacción del derecho humano a la salud, que obliga a promover el desarrollo de actitudes y espacios saludables que atiendan, concertadamente, los diversos factores y ámbitos de incidencia que determinan la salud; c) La equidad en el goce de la salud integral, que se refiere a crear condiciones de accesibilidad a la población para que no exista discriminación en el goce de la salud, facilitándole la accesibilidad física (establecimientos, bienes y servicios de salud), asegurándole la accesibilidad económica (mecanismos redistributivos de la riqueza, mayor nivel de inversión y de gestión de los sistemas de salud) y brindándole acceso a la información y educación; d) El fortalecimiento institucional del sistema público, buscando garantizar a las personas la disponibilidad y la calidad en la atención de la salud, en cuanto a suficientes y adecuados establecimientos, bienes, servicios, programas, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, medicamentos esenciales, equipo, condiciones sanitarias y de infraestructura relacionados con el goce de la salud. Implica entonces, que ninguna modalidad o forma de privatización sustituya o actúe en detrimento de la responsabilidad del Estado en relación a la salud; e) La relevancia de la participación social, que resulta ineludible en la construcción y goce de la salud, pues la población tiene derecho y debe contar con espacios y mecanismos necesarios para la interlocución y la intervención de las personas, comunidades y sectores representativos en la definición de las prioridades, toma de decisiones, planificación, implementación pero, sobre todo, en la evaluación y seguimiento de las estrategias para mejorar su salud.

15,000 ciudadanos y ciudadanas de diversos departamentos del país, hicieron público y entregaron a las instancias tomadoras de decisiones sobre la Reforma, incluida la Presidencia de la República, su posición respecto a la conducción de dicho proceso, a esa fecha²⁰⁶.

Se señaló, entonces, la inconveniencia de que la dispersión y la ausencia de representatividad y participación de sectores genuinamente interesados y comprometidos con la salud de la población, caracterizaran los esfuerzos existentes, así como el hecho de que estuvieran funcionando simultáneamente tres instancias oficiales²⁰⁷, afectando las condiciones adecuadas para alcanzar un mínimo consenso nacional en este tema, como premisa para la sostenibilidad del proceso, al no abonar a un único esfuerzo de Nación, basado en la concertación.

Asimismo, se cuestionó que prevalecieran los acuerdos partidarios al respecto y no la discusión técnica basada en la experiencia cotidiana que tienen otros sectores sociales relacionados e interesados en la salud en nuestro país. Esta situación, además, restó peso político y legitimidad institucional a la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS), como mecanismo establecido en el año 2003 para el encuentro de diversas opiniones y propuestas, gubernamentales y de la sociedad civil y la población salvadoreña, respecto a la reforma y lograr el necesario consenso alrededor de ella.

²⁰⁶ El texto completo del documento puede encontrarse en: <http://www.pddh.gob.sv/docsReformaSalud.pdf>.

²⁰⁷ Luego de la conformación de la Comisión Nacional de Seguimiento de la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS), en septiembre de 2003, la Comisión de Protección al Medio Ambiente y Salud Pública de la Asamblea Legislativa inició su propio proceso de elaboración de la propuesta de reforma y, poco después, la Comisión Presidencial para la Gobernabilidad Democrática instaló una Mesa de Trabajo en Salud, con ese mismo fin.

Con base en esta posición, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, conjuntamente con la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador, solicitó en 2005 al señor Presidente de la República, Elías Antonio Saca, así como a la entonces denominada Comisión de Protección al Medio Ambiente y Salud Pública de la Asamblea Legislativa, no sancionar ni promover como parte del proceso de Reforma, iniciativa alguna que no resultara de un replanteamiento del mismo, en aras de lograr una mayor representatividad y la más amplia consulta, debate y concertación. Lo anterior, sobre todo porque todavía no se contaba entonces con ninguna propuesta del Modelo del Sistema Nacional de Salud (SNS) que alcanzara por completo sus diversos componentes y los lineamientos generales, para el corto, mediano y largo plazo.

Para 2006, la CNSPRIS había retomado su papel inicial de liderar la Reforma y de elaborar las propuestas correspondientes al Modelo de Organización y Funcionamiento del SNS, a la política de recursos humanos y la de participación social en salud²⁰⁸, así como lo relativo al marco legal, entregándolas –entre mayo y junio de ese año–, tanto a la Presidencia de la República como al Órgano Legislativo.

Se incluyó, además, un anteproyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en tanto entidad que preside la Comisión Nacional de Seguimiento, el cual pretendería –a criterio del Titular de dicha Cartera de Estado y de la CNSPRIS–, asegurar la limitación de la participación privada

²⁰⁸ Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. Propuesta Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, San Salvador, El Salvador, marzo 2007.

en la prestación de los servicios²⁰⁹. A la fecha, dicho anteproyecto se encuentra todavía en la Asamblea Legislativa para su eventual aprobación.

Pese a haberse avanzado al respecto, esta Procuraduría, en un análisis conjunto con la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador, expresó nuevamente, en agosto de 2006, su preocupación por la persistencia en las limitantes referidas a la participación de los sectores involucrados e interesados en la salud y por la falta de una adecuada y oportuna información a la población en general sobre las propuestas hechas del conocimiento de las instancias decisorias.

Aunado a ello, si bien se ha definido ya una propuesta de Modelo de Sistema Nacional de Salud, no se ha avanzado en la operativización de las transformaciones necesarias que deben ser impulsadas en la organización y funcionamiento del mismo, además de que no se resuelve el grave problema de la alta fragmentación del Sector Salud y su consiguiente dispersión de recursos.

Al fomentar este rasgo característico, y sobre su base, se pretende implementar un sistema que resulta más favorable a los prestadores privados de salud. Lo anterior, resulta más evidente porque el Modelo de SNS propuesto por la CNSPRIS no se define como de carácter público ni que su garante principal es el Estado salvadoreño, especialmente en cuanto a la sostenibilidad financiera del Sistema.

El anteproyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud reproduce las graves deficiencias señaladas, por lo que la Procuraduría para la Defensa de los

²⁰⁹ La Prensa Gráfica, 15 de agosto de 2006, pág.12.

Derechos Humanos y su Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador coincidieron en considerar que no constituye el instrumento jurídico idóneo para la solución de la problemática estructural de la salud ni que contribuya a conformar un sistema que atienda integralmente y de manera oportuna las necesidades de la población.

La importancia de esta labor de especial seguimiento a las decisiones e intervenciones gubernamentales más relevantes relacionadas con la salud, radica en que todas ellas se refieren al marco jurídico y de política pública que, desde las más altas esferas del Estado, se espera configuren, en lo inmediato, y conduzcan en largo plazo, el sistema nacional de salud con el que se pretende responder a las necesidades y requerimientos de la población relacionadas con tan fundamental derecho.

Dicha labor, sin embargo, se ha acompañado recientemente con una iniciativa de verificación de la situación de la salud en nuestro país a través de un monitoreo en establecimientos de salud, tanto de la red pública como pertenecientes al ISSS, sobre aspectos sensibles para el goce de la salud en nuestro país.

De esta forma, durante el segundo semestre de 2006 y en diferentes departamentos del país, se ejecutó una prueba piloto por organizaciones e instituciones miembros de la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador, bajo la coordinación de las Delegaciones Departamentales de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, en las que se conoció especialmente lo referido al estado de: a) La cobertura y la calidad de la atención en salud. b) Disponibilidad de medicamentos y exámenes. c) Conocimiento sobre la Reforma del Sector Salud y riesgos de una eventual privatización de los servicios. d) Principales problemas referidos al goce de la salud.

Ciertamente, este esfuerzo no pretendió ser de carácter exhaustivo ni estadísticamente justificable²¹⁰.

Por el contrario, retomando la experiencia cotidiana de salvadoreñas y salvadoreños en distintas comunidades y zonas geográficas del territorio nacional, el propósito fue evidenciar la existencia de casos, prácticas y/o situaciones comunes y reiteradas, reveladoras de la problemática estructural e irresuelta y al incumplimiento palpable de las obligaciones estatales referidas a la garantía del derecho humano a la salud en El Salvador.

²¹⁰ En la ciudad capital, la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud de la Sede Central, se aplicaron 121 encuestas en tres establecimientos: el Hospital Nacional Rosales y las Unidades de Salud de San Antonio Abad y de San Jacinto. En este Informe se presentan los resultados de los dos primeros centros de atención. Por su parte, en la zona occidental, la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en la Delegación Departamental de la PDDH en Sonsonate, aplicó 70 encuestas en los siguientes establecimientos: Hospital Nacional de Sonsonate y Unidad de Salud (cabecera); Unidad de Salud de Izalco; Clínica del ISSS de Piedras Pachas (Izalco); Unidad de Salud (San Antonio del Monte); Unidad de Salud (Nahuizalco); Unidad de Salud (Acajutla); Unidad de Salud (Metalfo); Unidad de Salud (Santa Catarina Masahuat); Unidad de Salud (Santo Domingo de Guzmán); Unidad de Salud (Sonzacate); Instituto Salvadoreño del Seguro Social (cabecera y Acajutla). En esta misma región, la Delegación Departamental de Santa Ana se aplicaron 173 encuestas en el Hospital Nacional “San Juan de Dios” y el Hospital Regional del ISSS, ambos en la cabecera, así como las Unidades de Salud de San Miguelito, El Palmar, Casa del Niño y San Rafael y la Atención Pediátrica del ISSS. Se incluyeron, además, la Clínica del ISSS en Chalchuapa y el Hospital Regional de Metapán. Los datos relacionados en el Informe, sin embargo, presentan lo concerniente a Sonsonate. Finalmente, en la zona oriental, la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en la Delegación Departamental de la PDDH en San Miguel, aplicó 72 encuestas en los siguientes establecimientos: Hospital Nacional “San Juan de Dios” (cabecera); Hospital Nacional “Monseñor Oscar Arnulfo Romero” (Ciudad Barrios); Unidad de Salud Colonia La Presita (cabecera); Unidad de Salud anexa al Hospital Nacional “San Juan de Dios” (cabecera); Instituto Salvadoreño del Seguro Social (cabecera).

5.4.3 MONITOREO DE CASOS DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

5.4.3.1 COBERTURA Y CALIDAD

En establecimientos ubicados en la ciudad capital, pudo conocerse que el acceso geográfico a uno de los principales centros hospitalarios de referencia, el Hospital

Nacional Rosales, significa para la mayoría de personas invertir entre una hora y hasta 2 y 3 horas para trasladarse a recibir atención médica, tanto en consulta externa como en algunas especialidades o curaciones específicas.

Lo anterior, es importante tomarlo en cuenta porque la ubicación de establecimientos del primer nivel se refiere a zonas donde los ingresos promedios pueden superar el nivel del salario mínimo vigente, contrario al perfil económico de quienes asisten al Hospital Nacional Rosales.

De esta forma, los gastos incurridos en transporte y alimentación fueron mayores o hasta los únicos que tuvieron que realizar las y los pacientes. Pero para llegar al centro hospitalario se pagó hasta \$10.00 y \$8.00. Lo mismo ocurre con la alimentación, el número de quienes tuvieron que gastar en este rubro fue mayor entre quienes asistieron al Hospital.

En lo que sí hay coincidencia es que las y los pacientes solicitan servicios que, en general, pueden llegar a ser atendidos entre 10 y 30 minutos; por ejemplo, cuando en el principal centro hospitalario de referencia se refiere a la consulta externa o algunas intervenciones menores. Algunos de los requerimientos han significado una espera de hasta cinco y seis horas en el hospital.

Sobre el tiempo que duró su consulta, ya que buena parte de las personas entrevistadas no pasaron de los diez minutos, apenas la mitad alcanzó a llegar a los 15 y un escaso número pasaron de los 20 minutos de consulta.

Prácticamente en todos los casos, sin embargo, las y los pacientes recibieron una explicación de su enfermedad y el tratamiento a seguir, y en general les fue realizado el examen correspondiente.

Nuevas citas fueron más comunes en el centro hospitalario, osciló entre los 7 días y hasta el año entre una cita y otra, ocurriendo que cuando se trata de casos atendidos en consulta externa se refieren, usualmente, a tiempos de espera menores o iguales a un mes. Por el contrario, son las especialidades –como Oftalmología, Patología– e, incluso, cirugías, han tardado entre los dos y tres meses –la mayoría de veces, al menos en las entrevistas realizadas– hasta los seis y doce meses.

En cuanto a la calidez del servicio, en el Hospital Nacional Rosales, no se reportaron situaciones sistemáticas de maltrato cuando se busca la atención. Los casos fueron pocos en uno y otro, aunque se registraron más en el centro hospitalario, interviniendo personal de enfermería, administrativo –de archivo, especialmente–, de Laboratorio y Farmacia. Los datos, sin embargo, mostraron que un trato inadecuado no es una práctica común.

5.4.3.2 MEDICAMENTOS Y EXÁMENES DE LABORATORIO

Aproximadamente un 80% de quienes consultaron el Hospital Nacional Rosales no tuvieron que realizar ningún aporte económico por recibir

atención. Con relación a los medicamentos, un 75% expresó que los adquirió en el Hospital, especialmente cuando se trató de acetaminofén, ibuprofeno y/o cloranfenicol. Quienes tuvieron que comprarlos fuera argumentaron la no existencia de los mismos o la escasez, entre los que mencionaron: Loratadina, Ambrozolm Spray Nasal y lágrimas naturales.

En el caso del centro hospitalario, para la realización de exámenes, por no contarse con los aparatos necesarios o no poder pagar por ellos en ese momento en el Hospital, las y los pacientes buscaron fuera exámenes de heces, orina, hemogramas pero también encefalogramas. Lo gastado en este rubro no fue menor a los \$8.00 y \$10.00, pero alcanzó –en el caso de las cirugías– hasta los \$85, pasando por otras sumas entre los 20 y 25 dólares desembolsados.

5.4.4 REFORMA DE SALUD Y PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Fue interesante constatar que, pese a ubicarse en la ciudad capital, más del 80% de las personas entrevistadas en el Hospital Nacional Rosales no tenía conocimiento de que se había impulsado un proceso de Reforma del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, prácticamente todas las personas consultadas expresaron que no estarían de acuerdo que, en este contexto, los servicios de salud fueran prestados por particulares y/o empresas privadas.

Las razones más enunciadas se referían a la carencia de recursos económicos y la situación de pobreza existente entre quienes demandan servicios de salud en la red pública, así como la imposibilidad que se

vislumbra en el corto plazo de tener capacidad de pago de servicios que se mercantilizan y salgan de la responsabilidad gubernamental. En tal sentido, apelar a la gratuidad fue reiterado, así como el tener de ver incrementados los costos de los bienes y servicios que pudieran privatizarse.

Con base en ello, es que se considera que disposiciones como la supuesta eliminación de cuotas voluntarias o su transformación en una solicitud de donaciones, no serán nunca efectivas y continuarán drenando los ingresos de las familias más pobres, pues –ante las persistentes carencias financieras de la red sanitaria pública– no se resuelve la presión económica e, incluso moral, que se ejerce sobre las personas a la hora de su consulta, tratamiento, toma de exámenes o adquisición de medicamentos, constituyéndose siempre entonces en una sensible barrera de acceso al sistema sanitario nacional, dada la precaria situación socioeconómica de las familias y sus necesidades de salud.

Se señala el grave y preocupante deterioro experimentado recientemente en la situación de salud de las salvadoreñas y salvadoreños, especialmente en lo relativo a dificultades para el acceso oportuno y sostenible a establecimientos de salud, al excesivo gasto familiar en la conservación y rehabilitación de su salud, a la insuficiencia de medicamentos, insumos básicos y personal competente y con calidez, a la existencia de factores que deterioran el ambiente y a condicionamientos partidarios y ligados a intereses económicos que entorpecen la consolidación del carácter público del sistema sanitario nacional.

Por lo anterior es inaceptable y altamente lamentable la reiterada posición sostenida por las máximas autoridades responsables de la salud en nuestro país, quienes se escudan en una suerte de conformismo respecto al carácter

secular de los graves problemas existentes. Así, durante este período y sobre todo al referirse al exiguo presupuesto y al desabastecimiento de medicamentos e insumos en la red pública, ha sido recurrente escuchar, tanto de la Presidencia de la República como del Ministro de Salud, la afirmación de que “siempre ha sido así”, “que es igual en cualquier otra parte del mundo” y que “ocurre siempre”²¹¹. De manera que quienes detentan la mayor obligatoriedad por avanzar a la consecución de tan fundamental derecho, continúan sin estar a la altura de los compromisos constitucionales e internacionales al respecto.

²¹¹ La Prensa Gráfica, 11 de octubre de 2006, pág.2; CoLatino, 25 de abril de 2007, pág.5/ La Prensa Gráfica, 17 de mayo de 2007, pág.20.

CAPITULO 6

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En nuestro proyecto de investigación determinamos realizar nuestro trabajo a través de la siguiente técnica: la Entrevista, que fue realizada al público usuario de los hospitales: Rosales.

En el período de 2004-2009 en el Gobierno del ex presidente Elías Antonio Saca, por mandato presidencial, fueron suprimidas las cuotas voluntarias el 15 de mayo del año 2006, en atención al artículo 66 de la Constitución, que establece la gratuidad de la salud para personas de escasos recursos.

No obstante se siguieron cobrado dichas cuotas voluntarias, según un informe elaborado por la Defensoría del Consumidor determina que seis de cada 10 pacientes denuncian que los hospitales públicos violan el derecho constitucional a la atención gratuita para las personas que carecen de recursos.²¹²

El 1º de Junio de 2009 El Presidente Mauricio Funes expreso que se abolirían completamente el cobro de las cuotas voluntarias y abastecería de medicamentos los hospitales nacionales.

A través de nuestra investigación en esta problemática, hemos logrado establecer que no existe violación al principio constitucional que el derecho a

²¹² “Cuotas en los hospitales son obligatorias” la prensa grafica, de fecha 6 de Noviembre del 2008.

la salud es gratuita para la población de escasos recursos económicos, ya que todo usuario no está pagando cierta cantidad de dinero por los servicios médicos que recibe ni tampoco está aportando una cuota voluntaria como antes establecían los hospital no obstante si existe una falta de medicamentos y escasos de estos.

6.2 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.

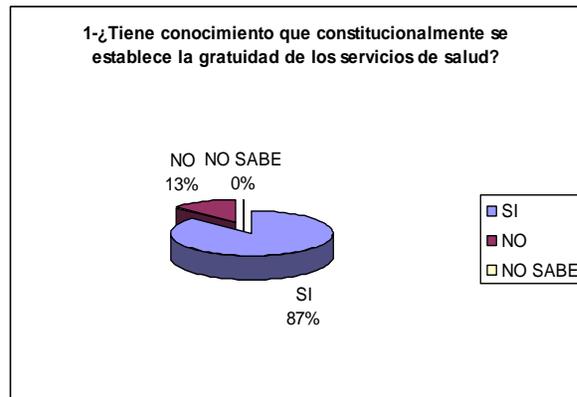
En el caso de las encuestas, se lograron pasar a una muestra de 30 personas usuarias del sector salud, obtenidos dichos datos procedimos a tabularlos y logramos sintetizar la información recogida en gráficas, las que a continuación se presentan junto con la explicación de los porcentajes obtenidos de cada indicador correspondiente a las preguntas realizadas.

6.2.1 REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LOS USUARIOS (AS) ENCUESTADOS.

Muestra tomada: 30 usuarios (as) de los Hospital Rosales de la zona de San Salvador:

a) ¿Tiene conocimiento que constitucionalmente se establece la gratuidad de los servicios de salud?

Respuestas	Nº de personas
SI	26
NO	3
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes: 26 (87%) dijeron que si, 4 (13%) dijeron que no. Lo que significa que la mayoría de las personas encuestadas expresaron que si saben que en la Constitución se regula el derecho a la salud y que este es gratuito.

b) ¿Recibe en este hospital de salud pública asistencia gratuita por la prestación de los servicios de salud?

Respuestas	Nº de personas
SI	23
NO	7
NO SABE	0
TOTAL	30

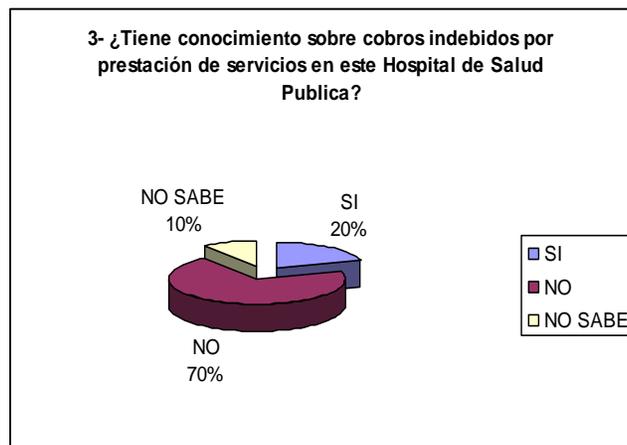


De los datos obtenidos, de los usuarios (as) encuestados el 77% manifiesta que si Recibe en el hospital de salud pública asistencia gratuita por la

prestación de los servicios de salud, mientras que un 23% de los encuestados afirman que se les siguen cobrando cuotas por la atención a su salud o en todo caso se les cobran los implementos médicos que se utilicen para la recuperación de su salud y estos pueden ser clavos, prótesis, etc., asimismo alegan que no saben si es gratuita debido a que todavía se encuentran recibiendo sus tratamientos y que desconocen si al finalizar este se les pedirá una cuota voluntaria.

c) ¿Tiene conocimiento sobre cobros indebidos por prestación de servicios en este Hospital de Salud Pública?

Respuestas	Nº de personas
SI	6
NO	21
NO SABE	3
TOTAL	30

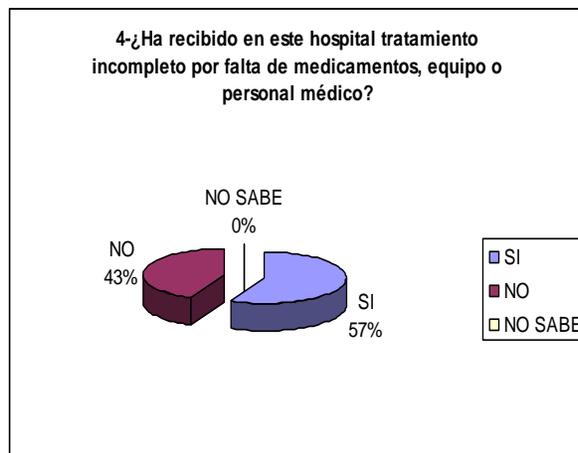


En el gráfico podemos observar que de las personas encuestadas (os): 21(70%) manifiestan que no tienen conocimientos sobre cobros indebidos por la prestación de servicios, 6(20%) expresaron que si tienen conocimientos sobre cobros que se les hacen a los pacientes ya sea por que en dicho hospital no tienen los implementos necesarios para el restablecimiento de su salud y por lo que ellos tienen que comprar dichos implementos y estos pueden ser hasta por \$ 600 dólares así manifestó uno de los entrevistados, mientras que otros se quejaban de que los implementos que se les piden son en muchas ocasiones muy caros y que ellos no cuentan

con dicho dinero para pagarlos,3(10%) manifiesta que no saben si ha existido un cobro indebido en la prestación de servicios debido a que ellos no han terminado el tratamiento o en el caso de algunos porque aunque tengan que comprar los materiales no les parece un cobro indebido.

d) ¿Ha recibido en este hospital tratamiento incompleto por falta de medicamentos, equipo o personal médico?

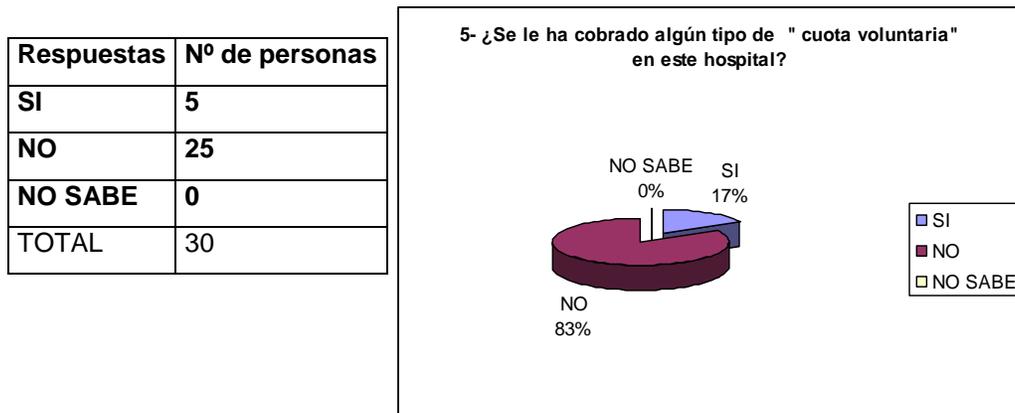
Respuestas	Nº de personas
SI	17
NO	13
NO SABE	0
TOTAL	30



En el gráfico podemos observar que de las personas encuestadas (os): 17(57%) manifestaron que si han obtenido tratamiento incompleto por falta de medicamentos ya que en más de alguna ocasión han tenido que comprar medicamentos en las farmacias debido a que el hospital no tiene dichos medicamentos, asimismo ellos expresaban que los implementos médicos que se les piden a los pacientes que compren para el restablecimientos de su salud son en algunos casos muy caros y otros expresaban que se habían retirado del hospital sin medicamento no pudiendo terminar sus tratamientos por la falta de medicamentos o implementos médicos, 13(43%) expresaban

que no habían recibido tratamiento incompleto que en su caso si existían los medicamentos e implementos médicos para sus problemas de salud.

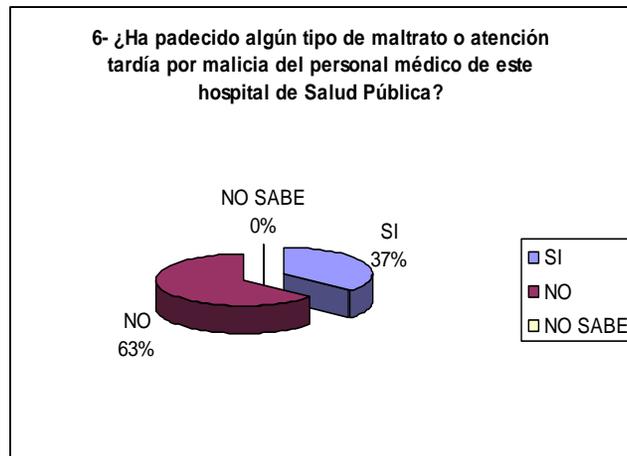
e) ¿Se le ha cobrado algún tipo de " cuota voluntaria" en este hospital?



En el gráfico podemos observar que de las personas encuestadas (os): 25(83%) manifestaron que no han pagado la cuota voluntaria ya que no se les está cobrando, como antes se hacía, expresan que anteriormente habían recurrido a este hospital y si se les exigía el cobro de la cuota voluntaria, asimismo manifestaron que aunque en el hospital Rosales no se les cobraban tenían conocimientos que en otros hospitales como el Hospital Zacamil si les está cobrando la cuota voluntaria, 5(17%) manifestaron que si les cobraron una cuota voluntaria o algún tipo de implementos que necesitan para el restablecimiento de su salud y que por ende se negaron al pago de dicha cuota.

f) ¿Ha padecido algún tipo de maltrato o atención tardía por malicia del personal médico de este hospital de Salud Pública?

Respuestas	Nº de personas
SI	11
NO	19
NO SABE	0
TOTAL	30

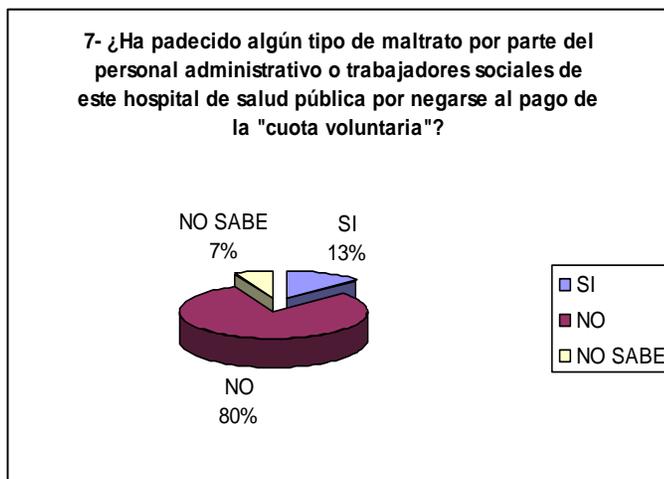


De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

La mayoría de los entrevistados 19(63%) dijeron que no han recibido ningún tipo de maltrato por parte del personal médico del hospital, ni atención tardía, que en estos últimos meses ha mejorado, eso porque hoy no hay que esperar mucho para ser atendido, mientras que una mínima porción de los entrevistados 11(37%) manifiestan que si han sufrido maltrato por parte del personal médico y que han llegado muy mal de salud y estos no han sido atendidos rápidamente.

g) ¿Ha padecido algún tipo de maltrato por parte del personal administrativo o trabajadores sociales de este hospital de salud pública por negarse al pago de la "cuota voluntaria"?

Respuestas	Nº de personas
SI	4
NO	24
NO SABE	2
TOTAL	30



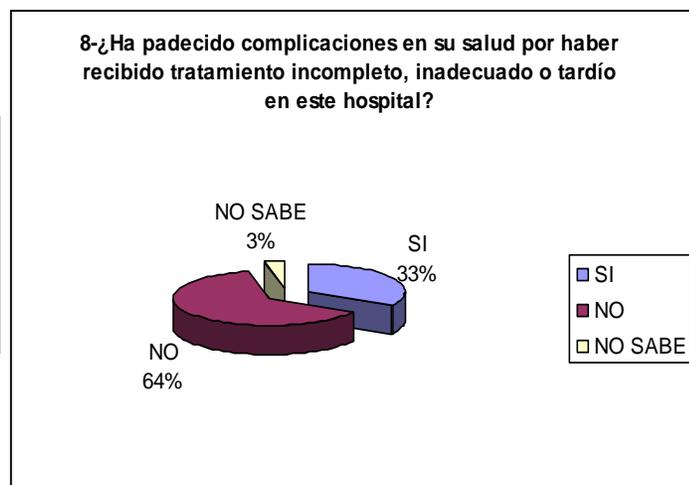
De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

La mayoría de los entrevistados 24(80%) dijeron que no han recibido ningún tipo de maltrato por parte del personal administrativo o trabajadores sociales del hospital, como consecuencia de que ya no se les está exigiendo el cobro de la cuota voluntaria y por los tanto los usuarios del sector salud no reciben ningún tipo de maltrato ya que estos ya no son obligados a pagar la prestación de servicios de salud, 4 (13%) manifiestan que si han sufrido maltrato por parte del personal administrativo o trabajadores sociales como consecuencia de que ellos exponen ante dicho personal que no pueden conseguir implementos médicos para el restablecimiento de la salud, y que por ende se los proporcione el mismo hospital también cuando dichos usuarios acuden a los trabajadores sociales exponiendo que no hay medicamentos en el hospital y que ellos necesitan que dicho servicio médico se lo proporcione el hospital. 2(7%) exponen que no saben de maltrato por parte de los trabajadores sociales o personal administrativo debido a que

ellos no han acudido ante dicho personal y porque siempre han contribuido al pago de las cuotas voluntarias.

h) ¿Ha padecido complicaciones en su salud por haber recibido tratamiento incompleto, inadecuado o tardío en este hospital?

Respuestas	Nº de personas
SI	10
NO	19
NO SABE	1
TOTAL	30



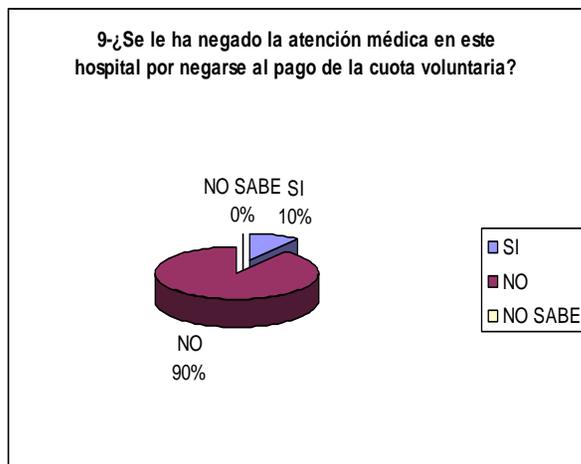
De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

La mayoría de los entrevistados 19(63%) dijeron que no han recibido tratamiento incompleto o inadecuado ni tardío en este hospital por lo que no han sufrido ningún tipo de complicaciones en su salud, 10(34%) manifestaron que si han recibido tratamiento tardío y que esto les ha causado complicaciones en su salud, además de manifestar que no han recibido el tratamiento completo debido a la falta de medicamentos o implementos médicos como lo son materiales para ciertas cirugías, etc. 1(3%) manifestaron que no saben si han padecido complicaciones en su salud por haber recibido el tratamiento inadecuado ya que aseguran que en ocasiones el mismo personal del hospital les dicen que pospongan las citas o

tratamientos porque no hay medicamentos o implementos médicos para el restablecimiento de la salud.

- i) ¿Se le ha negado la atención médica en este hospital por negarse al pago de la cuota voluntaria?

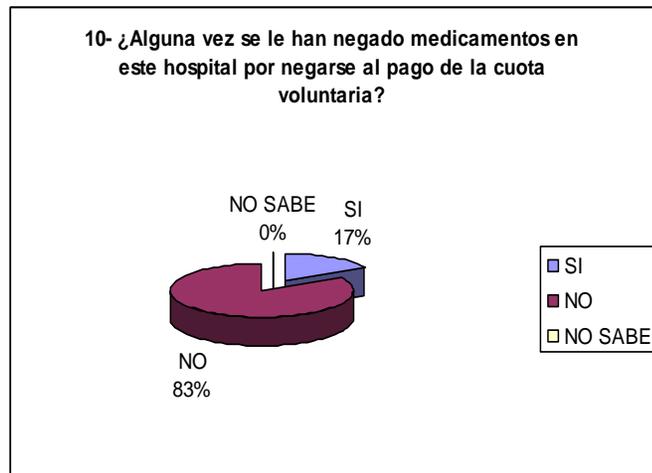
Respuestas	Nº de personas
SI	3
NO	27
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
La mayoría de los entrevistados 27(90%) dijeron que no se les ha negado la atención médica por negarse al pago de la cuota voluntaria, ya que hoy en día no se les está cobrando dicha cuota en este hospital, 3(10%) expresa que si se le ha negado el servicio de salud en dicho hospital por negarse al pago de una cuota voluntaria.

j) ¿Alguna vez se le han negado medicamentos en este hospital por negarse al pago de la cuota voluntaria?

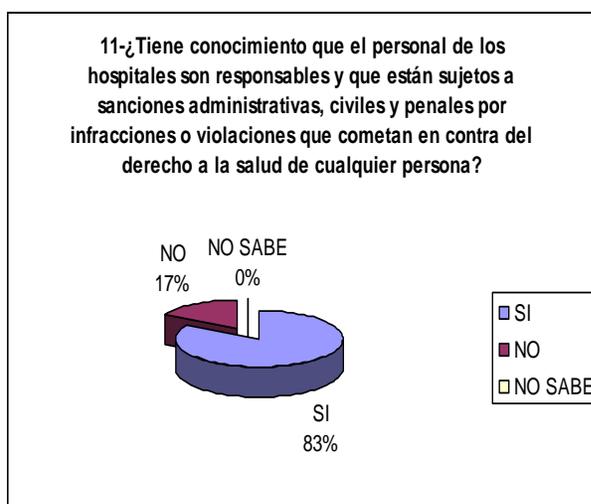
Respuestas	Nº de personas
SI	5
NO	25
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
 La mayoría de los entrevistados 25(83%) expresaron que no se les han negado medicamentos por no pagar la cuota voluntaria 5(17%) manifiestan que si se les han negado medicamentos por no pagar la cuota voluntaria, pero aquí queremos hacer énfasis que también no solo se les han negado los medicamentos por el pago de la cuota voluntaria sino más bien porque no hay en el hospital medicamentos y los que les recetan en algunos casos son muy caros por lo que las personas se ven obligadas a comprarlos, en otros casos si no los compran estos no pueden ser atendidos ya que son necesarios para la realización de alguna intervención quirúrgica.

k) ¿Tiene conocimiento que el personal de los hospitales son responsables y que están sujetos a sanciones administrativas, civiles y penales por infracciones o violaciones que cometan en contra del derecho a la salud de cualquier persona?

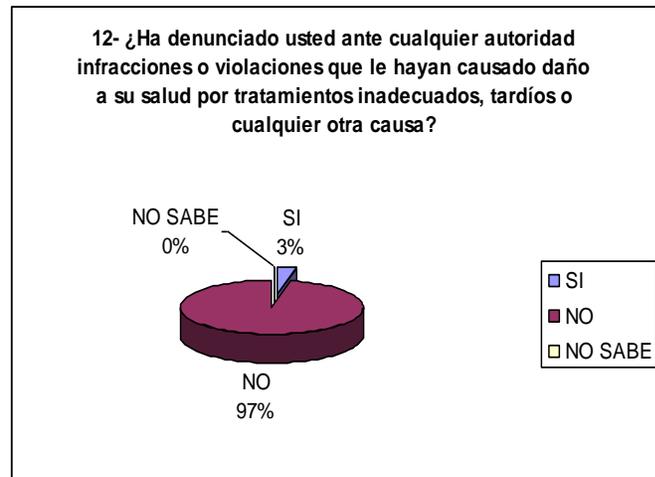
Respuestas	Nº de personas
SI	25
NO	5
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
 La mayoría de los entrevistados 25(83%) manifestaron que tienen conocimiento que el personal de los hospitales son responsables y que están sujetos a sanciones administrativas, civiles y penales por infracciones que cometan en contra del derecho a la salud de cualquier persona; mientras que 5 (17%) no conocen que todo el personal del hospital que atente contra el derecho a la salud es sujeto de una de las sanciones antes mencionadas.

l) ¿Ha denunciado usted ante cualquier autoridad infracciones o violaciones que le hayan causado daño a su salud por tratamientos inadecuados, tardíos o cualquier otra causa?

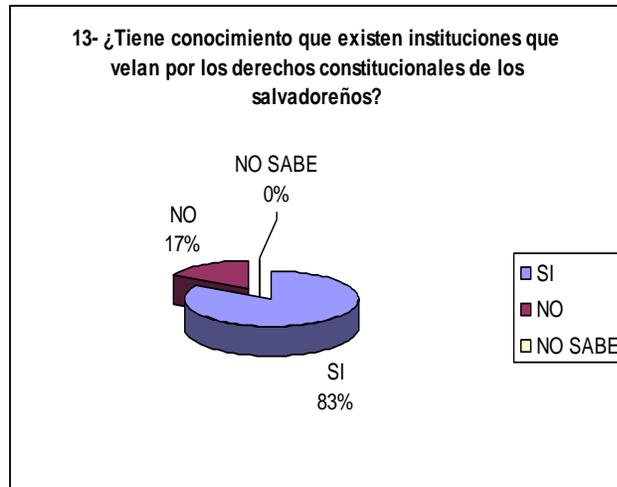
Respuestas	Nº de personas
SI	1
NO	29
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
 La mayoría de los entrevistados 29(97%) manifestaron que no han denunciado infracciones o violaciones que le hayan causado daño a su salud por tratamientos inadecuado, tardíos o cualquier otra cosa, esto se debe a que muchas de las personas entrevistadas manifestaron que ahora en el hospital Rosales desde el nuevo mandato del presidente Mauricio Funes se les brinda un mejor servicio de salud mientras que 1(3%) manifestó que si han denunciado infracciones o violaciones por tratamientos inadecuados.

m) ¿Tiene conocimiento que existen instituciones que velan por los derechos constitucionales de los salvadoreños?

Respuestas	Nº de personas
SI	25
NO	5
NO SABE	0
TOTAL	30

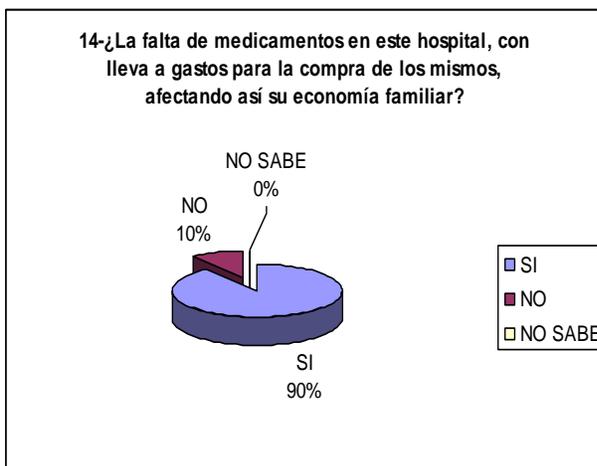


De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

La mayoría de los entrevistados 25(83%) manifestaron que si saben que existen instituciones que velan por sus derechos constitucionales y que por lo tanto pueden hacer uso de ellas ante cualquier violación que exista de sus derechos, mientras que una minoría de 5(17%) expresaron que no sabían que existían instituciones que les protegen sus derechos constitucionales y mucho menos que cuando se les violentan sus derechos constitucionales ellos pueden acudir ante estas instituciones.

n) ¿La falta de medicamentos en este hospital, con lleva a gastos para la compra de los mismos, afectando así su economía familiar?

Respuestas	Nº de personas
SI	27
NO	3
NO SABE	0
TOTAL	30

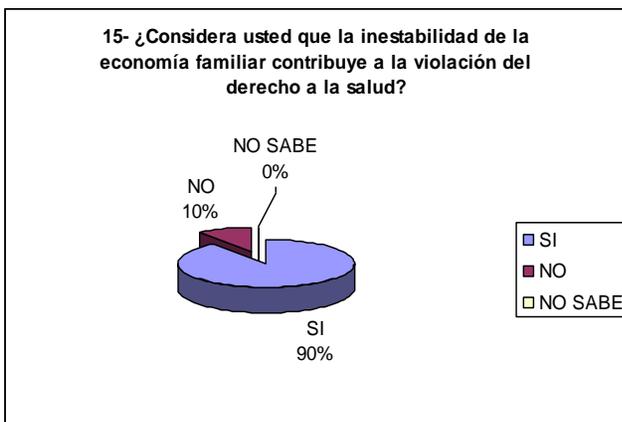


De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

La mayoría de los entrevistados 27(90%) manifestaron que si, ya que al no existir medicamentos en los hospitales ellos tienen que comprarlas en las farmacias y que estas en algunos casos son my caras, teniendo esto como consecuencia el desajuste de su canasta básica afectando así su economía familiar, 3 (10%) de los entrevistados expresaron que no, ya que ellos han podido comprar los medicamentos y porque estas no eran caras.

o) ¿Considera usted que la inestabilidad de la economía familiar contribuye a la violación del derecho a la salud?

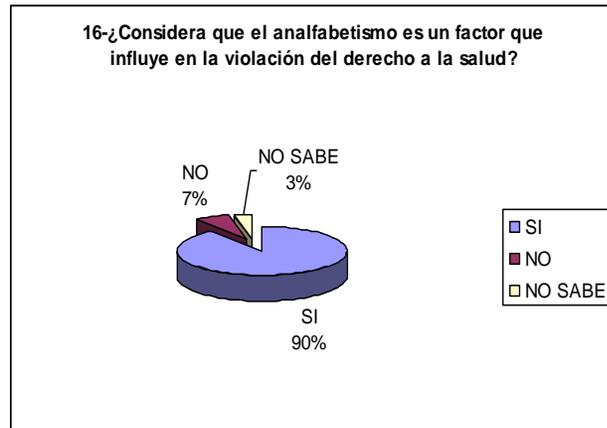
Respuestas	Nº de personas
SI	27
NO	3
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
 La mayoría de los entrevistados 27(90%) manifestaron que si consideran que la inestabilidad de la economía familiar contribuye a la violación del derecho a la salud debido a que en muchas ocasiones el no contar con los recursos suficientes favorecen a que no puedan adquirir un mejor servicio de salud, es decir en la mayoría de hospitales de la red nacional existen ciertas deficiencias una de ellas el que no hayan medicinas y los pacientes tengan que comprarlas con sus propios recursos, lo cierto es que ellos no cuentan con recursos económicos para comprar obteniendo como resultado una desmojara en su salud. Asimismo manifiestan que en ciertas ocasiones la espera que se tiene que hacer para qué lo atienda es muy larga y que si ellos contaran con suficientes recursos económicos visitarían mejor Hospitales privados. El 3(10%) de los encuestados manifestaron que el no contar con una estabilidad económica familiar no contribuye a la violación del derecho a la salud.

p) ¿Considera que el analfabetismo es un factor que influye en la violación del derecho a la salud?

Respuestas	Nº de personas
SI	27
NO	2
NO SABE	1
TOTAL	30

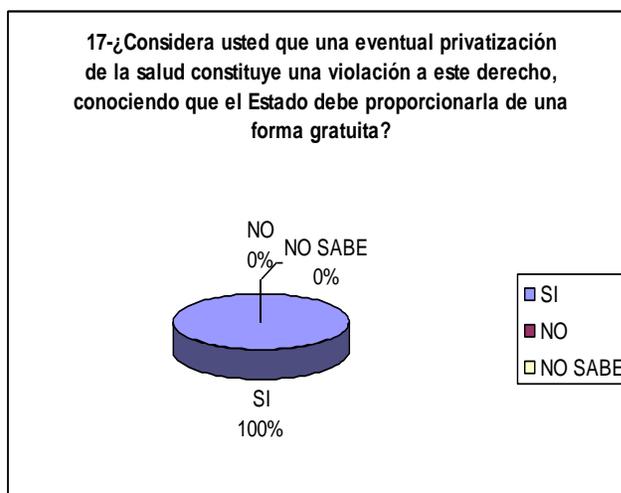


De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

La mayoría de los entrevistados 27(90%) manifestaron que si consideran que el factor del analfabetismo contribuye a la violación del derecho a la salud debido a que muchas personas al no tener estudios académicos o el hecho de no saber leer y escribir contribuye a que estos los intimide para hablar y reclamar ante la violación de sus derechos, mientras que 2(7%) expresan que el ser analfabeta no contribuye a que le violenten el derecho a la salud debido a que muchas personas que no saben leer y escribir cuando se les violenta un derecho ellos lo denuncian. Y el 1(3%) de los encuestados manifestaron que no saben si es o no un factor determinante el analfabetismo en la violación al derecho a la salud.

q) ¿Considera usted que una eventual privatización de la salud constituye una violación a este derecho, conociendo que el Estado debe proporcionarla de una forma gratuita?

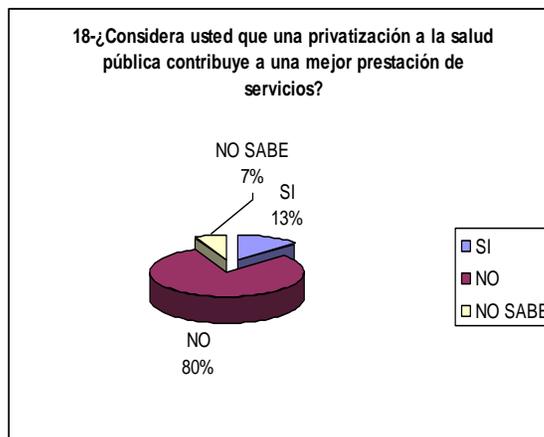
Respuestas	Nº de personas
SI	30
NO	0
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
 La mayoría de los entrevistados 30(100%) manifestaron que si consideran que la privatización de la salud es una violación al derecho a la salud debido a que ellos consideran que la salud debe ser gratuita tal como lo establece la constitución; ya que al haber una eventual privatización de la salud en los hospitales públicos las personas que no pueden pagar por los servicios de salud no podrían acceder a ellos, teniendo como consecuencia una violación al derecho de la salud.

r) ¿Considera usted que una privatización a la salud pública contribuye a una mejor prestación de servicios?

Respuestas	Nº de personas
SI	4
NO	24
NO SABE	2
TOTAL	30

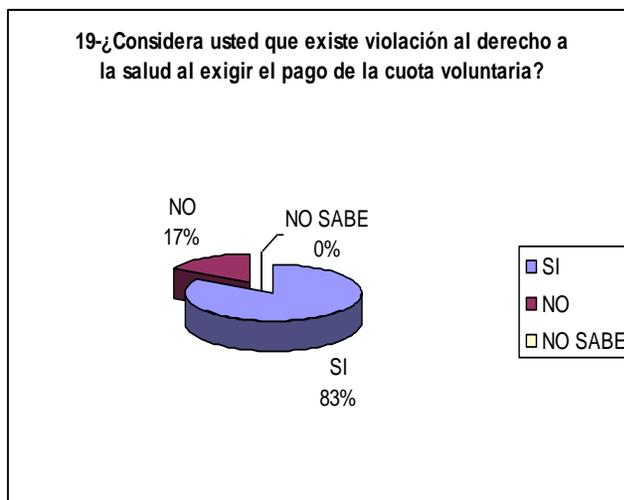


De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

La mayoría de los entrevistados 24(80%) manifestaron que no consideran que al haber una privatización de la salud pública contribuiría a una mejor prestación de servicios de salud ya que en estos últimos meses el servicio de salud pública ha mejorado en cuanto a que se han eliminado las cuotas voluntarias, y hay un poco más de medicamentos, y una minoría 4(13%) consideran que al privatizar los servicios de salud pública si contribuirían a una mejor prestación de los servicios de salud, mientras que el 2(7%) manifestó que no sabía si la privatización contribuirían a una mejor prestación de los servicios de salud.

s) ¿Considera usted que existe violación al derecho a la salud al exigir el pago de la cuota voluntaria?

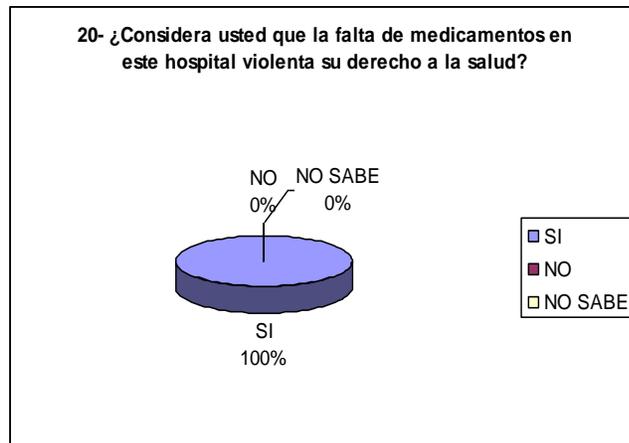
Respuestas	Nº de personas
SI	25
NO	5
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
 La mayoría de los entrevistados 25(83%) manifestaron que si consideran que al exigir el pago de la cuota voluntaria se violenta el derecho a la salud, ya que la constitución establece que la salud es gratuita, y por ende al cobro de este servicio si estaría violentando la misma constitución. Mientras que un 5(17%) manifestaron que si se les cobrara el pago de la cuota voluntaria no se les estaría violentando el derecho a la salud ya que estos fondos pueden contribuir a que se mejoren los servicios de salud.

t) ¿Considera usted que la falta de medicamentos en este hospital violenta su derecho a la salud?

Respuestas	Nº de personas
SI	30
NO	0
NO SABE	0
TOTAL	30



De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:
 La mayoría 30(100%), manifestaron que si consideran que la falta de medicamentos en los Hospitales Nacionales si es una violación al derecho a la salud ya que sin estos no pueden recobrar su salud o en todo caso si no cuentan con el dinero suficiente para comprarlos no pueden comprarlos teniendo como consecuencia el no restablecimiento de la salud.

6.3 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

6.3.1 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LA HIPÓTESIS

La hipótesis General de trabajo: “La persistencia en el cobro de las cuotas voluntarias y la falta de medicamentos en los hospitales nacionales violenta el derecho a la salud, ya que la mala implementación de políticas de salud por parte del Estado, crea inseguridad jurídica y graves problemas

socioeconómicos a los usuarios del sector salud” esta no se logro comprobar en su totalidad.

Consideramos que la hipótesis planteada de acuerdo a los extremos de prueba de la misma son:

a) Primer Extremo.

La persistencia en el cobro de las cuotas voluntarias y la falta de medicamentos en los hospitales nacionales violentan el derecho a la salud.

b) Segundo Extremo.

La mala implementación de políticas de salud por parte del Estado, que crean inseguridad jurídica y graves problemas socioeconómicos a los usuarios del sector salud”.

c) Tercer Extremo.

La mala implementación de políticas de salud por parte del Estado, es la causa principal ante la persistencia en el cobro de las cuotas voluntarias y la falta de medicamentos en los hospitales nacionales violentando el derecho a la salud.

En lo referente a la entrevista dirigida a los usuarios del hospital Rosales no se lograron comprobar en su totalidad los tres extremos.

Según la entrevista, se reflejaron los siguientes datos en relación a la hipótesis de trabajo, tanto es así, que las respuestas fueron: en la primer pregunta **¿Tiene conocimiento que constitucionalmente se establece la gratuidad de los servicios de salud?** 26 (87%) dijeron que si, 4 (13%)

dijeron que no, en la segunda **¿Recibe en este hospital de salud pública asistencia gratuita por la prestación de los servicios de salud?**

De los encuestados el 77% manifiesta que si, mientras que un 23% de los encuestados afirman que no; ya que se les siguen cobrando cuotas por la atención a su salud, en la tercer pregunta **¿Tiene conocimiento sobre cobros indebidos por prestación de servicios en este Hospital de Salud Publica?** 21(70%) manifiestan que no, mientras que 9(30%) expresaron que si, en la cuarta pregunta **¿Ha recibido en este hospital tratamiento incompleto por falta de medicamentos, equipo o personal médico?** 17(57%) manifestaron que si, 13(43%) ellos expresaban que no, en la pregunta **¿Se le ha cobrado algún tipo de " cuota voluntaria" en este hospital?** 25(83%) manifestaron que no han pagado la cuota voluntaria ya que no se les está cobrando, 5(17%) manifestaron que si les cobraron una cuota voluntaria o algún tipo de implementos que necesitan para el restablecimiento de su salud, **¿Ha padecido complicaciones en su salud por haber recibido tratamiento incompleto, inadecuado o tardío en este hospital?** La mayoría de los entrevistados 20(66%) dijeron que no, 10(34%) manifestaron que si, **¿Se le ha negado la atención médica en este hospital por negarse al pago de la cuota voluntaria?** de los entrevistados 25(83%) dijeron que no; 3(10%) expresa que si, 2(7%) manifiesta que no sabe, **¿Se le han negado medicamentos en este hospital por negarse al pago de la cuota voluntaria?** de los entrevistados 27(90%) expresaron que no, 3(10%) manifiestan que si, **¿Tiene conocimiento que el personal de los hospitales son responsables y que están sujetos a sanciones administrativas, civiles y penales por infracciones o violaciones que cometan en contra del derecho a la salud de cualquier persona?** de los entrevistados 25(83%) manifestaron que si, mientras que 5 (17%) no , **Considera usted que la falta de medicamentos en este hospital violenta su derecho a la salud?** La mayoría 30(100%), manifestaron que si

consideran que la falta de medicamentos en los Hospitales Nacionales si es una violación al derecho a la salud.

Según la información recogida a través de las encuestas se ha demostrado que en el gobierno del ex presidente Elías Antonio Saca del periodo 2004 – 2009, se cobraban las famosas cuotas voluntarias, ya que en la entrevista realizada a los usuarios así lo manifestaron, no obstante desde el 1 de junio por mandato presidencial, fueron suprimidas las cuotas voluntarias, en atención al artículo 66 de la Constitución, que establece la gratuidad de la salud para personas de escasos recursos no obstante a casi tres meses de su gobierno dichas cuotas voluntarias han sido suprimas, asimismo en cuanto a los medicamentos si persiste el problema de la escases de los mismos, ya que en las preguntas de la entrevista, pudimos observar que un sector de la población manifestó que no hay medicamentos y si los hay estos son escasos, es por esto que concluimos que el primer extremo de la hipótesis general no se logro comprobar, ya que en esta se afirmaba que existía una persistencia en el cobro de las cuotas voluntarias en cuanto a eso se ha demostrado que ya no se están cobrando , pero en cuanto a la falta de medicamentos este se comprobó que todavía es problema para el derecho a la salud ya que sin estos no se puede hablar de un goce de este derecho, la falta de medicamentos es uno de los factores por los que los usuarios del sector salud se quejan cuando se encuentran en la situación de comprar las medicinas que sirven para el restablecimiento de su salud.

Es hacer énfasis que este nuevo gobierno le está dando una gran relevancia a las políticas de salud en cuanto al tema de las cuotas voluntarias logrando que en la mayoría de los hospitales de la red pública se dejaran de estar cobrando dichas cuotas, y hasta fomentando en los usuarios del sector salud, la denuncia por los cobros de servicios de salud en los hospitales públicos por lo que el extremo tres de la hipótesis general no se logro cumplir ya que

esta iba dirigida a comprobar que el estado no hacia una buena implementación de estas.

d) **Las hipótesis específicas**

La hipótesis Específica de este trabajo: “La economía de los salvadoreños se ve afectada por el pago de cuotas voluntarias y la falta de medicamentos para acceder al sector salud, ya que la población no puede sufragar adecuadamente este rubro debido al encarecimiento de la canasta básica y de los servicios básicos” esta no se logro comprobar en su totalidad.

Según la entrevista, se reflejaron los siguientes datos en relación a la hipótesis Especifica de esta investigación, tanto es así, que las respuestas fueron: **¿Se le ha cobrado algún tipo de " cuota voluntaria" en este hospital?** 25(83%) manifestaron que no han pagado la cuota voluntaria ya que no se les está cobrando, 5(17%) manifestaron que si les cobraron una cuota voluntaria o algún tipo de implementos que necesitan para el restablecimiento de su salud, **¿La falta de medicamentos en este hospital, con lleva a gastos para la compra de los mismos, afectando así su economía familiar?** De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes: de los entrevistados 27(90%) manifestaron que si, 3 (10%) de los entrevistados expresaron que no, **¿Considera usted que la inestabilidad de la economía familiar contribuye a la violación del derecho a la salud?** de los entrevistados 27(90%) manifestaron que si, El 3(10%) de los encuestados manifestaron que no, **¿Considera usted que existe violación al derecho a la salud al exigir el pago de la cuota voluntaria?** de los entrevistados 25(83%) manifestaron que si, mientras que un 5(17%) manifestaron que no.

En cuanto al pago de la cuota voluntaria pudimos observar, que el pago de dicha cuotas no se está realizando y por ende no se podría afectar la economía familiar como así lo afirma la hipótesis en su primera parte, por lo que en cuanto a esa parte no se cumple, no obstante en cuanto a la falta de medicamentos, si es un factor determinante para la inestabilidad de la economía familiar ya que ante la falta de estos la población incurre en un gasto que desajusta el presupuesto familiar.

La hipótesis Específica de este trabajo: “El papel que juega el estado para garantizar el derecho a la salud de la población es la de velar en la conservación y restablecimiento de la salud de los habitantes, prohibiendo en consecuencia todas las conductas que le sean incompatibles con esta obligación”. Se logro comprobar en su totalidad.

Según la entrevista, se reflejaron los siguientes datos positivos en relación a la hipótesis Específica de esta investigación, tanto es así, que las respuestas fueron:

¿Tiene conocimiento que constitucionalmente se establece la gratuidad de los servicios de salud? 26 (87%) dijeron que si, 4 (13%) dijeron que no, en la segunda **¿Recibe en este hospital de salud pública asistencia gratuita por la prestación de los servicios de salud?**

De los encuestados el 77% manifiesta que si, mientras que un 23% de los encuestados afirman que no; ya que se les siguen cobrando cuotas por la atención a su salud, en la tercer pregunta **¿Tiene conocimiento sobre cobros indebidos por prestación de servicios en este Hospital de Salud Publica?** 21(70%) manifiestan que no, mientras que 9(30%) expresaron que si, **¿Se le ha cobrado algún tipo de " cuota voluntaria" en este hospital?** 25(83%) manifestaron que no han pagado la cuota voluntaria ya que no se les está cobrando, 5(17%) manifestaron que si les cobraron una cuota

voluntaria o algún tipo de implementos que necesitan para el restablecimiento de su salud, **¿Se le han negado medicamentos en este hospital por negarse al pago de la cuota voluntaria?** de los entrevistados 27(90%) expresaron que no, 3(10%) manifiestan que si, **¿Tiene conocimiento que el personal de los hospitales son responsables y que están sujetos a sanciones administrativas, civiles y penales por infracciones o violaciones que cometan en contra del derecho a la salud de cualquier persona?** de los entrevistados 25(83%) manifestaron que si, mientras que 5 (17%) no, **¿Ha denunciado usted ante cualquier autoridad infracciones o violaciones que le hayan causado daño a su salud por tratamientos inadecuados, tardíos o cualquier otra causa?** de los entrevistados 29(97%) manifestaron que no, 1(3%) manifestó que si, **¿Tiene conocimiento que existen instituciones que velan por los derechos constitucionales de los salvadoreños?** de los entrevistados 25(83%) manifestaron que si, 5(17%) expresaron que no, La hipótesis se logro comprobar con las preguntas anteriores de la entrevista que se les realizo a los usuarios del sector salud, ya que pudimos comprobar que este nuevo gobierno está implementando políticas adecuadas para la conservación y el restablecimiento de la salud en cuanto a que se prohibió el cobro de las cuotas voluntarias, por lo que a empezado a proteger el derecho a la salud de las personas.

La hipótesis Especifica de este trabajo: “Las Políticas que implementa el Estado para garantizar la gratuidad de la salud de los salvadoreños, reside únicamente en el mandato constitucional del Art. 66”. Se logro comprobar en su totalidad.

Según la entrevista, se reflejaron los siguientes datos positivos en relación a la hipótesis Específica de esta investigación, tanto es así, que las respuestas fueron:

¿Tiene conocimiento que constitucionalmente se establece la gratuidad de los servicios de salud? 26 (87%) dijeron que si, 4 (13%) dijeron que no, en la segunda **¿Recibe en este hospital de salud pública asistencia gratuita por la prestación de los servicios de salud?**

De los encuestados el 77% manifiesta que si, mientras que un 23% de los encuestados afirman que no; ya que se les siguen cobrando cuotas por la atención a su salud, **¿Se le ha cobrado algún tipo de " cuota voluntaria" en este hospital?** 25(83%) manifestaron que no han pagado la cuota voluntaria ya que no se les está cobrando, 5(17%) manifestaron que si les cobraron una cuota voluntaria o algún tipo de implementos que necesitan para el restablecimiento de su salud, **¿Se le han negado medicamentos en este hospital por negarse al pago de la cuota voluntaria?** de los entrevistados 27(90%) expresaron que no, 3(10%) manifiestan que si, **¿Considera usted que una eventual privatización de la salud constituye una violación a este derecho, conociendo que el Estado debe proporcionarla de una forma gratuita?** de los entrevistados 30(100%) manifestaron que si, **¿Considera usted que existe violación al derecho a la salud al exigir el pago de la cuota voluntaria?** de los entrevistados 25(83%) manifestaron que si, mientras que un 5(17%) manifestaron que no. Esta hipótesis se ha logrado comprobar en cuanto a que la mayoría de la población salvadoreña manifestó conocer sobre la gratuidad del derecho a la salud que establece la constitución siendo así lo que regula el art. 66 de la carta magna, por lo tanto tiene supremacía sobre cualquier otra ley secundaria.

La hipótesis Específica de este trabajo: “El grado de vulneración del derecho a la salud ante la falta de acceso de medicamentos en los hospitales de la red nacional, crea un riesgo inminente contra el derecho a la vida y bienestar general de los usuarios del sector salud”. Se logro comprobar en su totalidad.

Según la entrevista, se reflejaron los siguientes datos positivos en relación a la hipótesis Específica de esta investigación, tanto es así, que las respuestas fueron:

¿Ha recibido en este hospital tratamiento incompleto por falta de medicamentos, equipo o personal médico? 17(57%) manifestaron que si, 13(43%) ellos expresaban que no, **¿Ha padecido complicaciones en su salud por haber recibido tratamiento incompleto, inadecuado o tardío en este hospital?** La mayoría de los entrevistados 19(63%) dijeron que no, 10(34%) manifestaron que si, 1(3%) manifestaron que no saben; **¿Se le han negado medicamentos en este hospital por negarse al pago de la cuota voluntaria?** de los entrevistados 27(90%) expresaron que no, 3(10%) manifiestan que si, **Considera usted que la falta de medicamentos en este hospital violenta su derecho a la salud?** La mayoría 30(100%), manifestaron que si consideran que la falta de medicamentos en los Hospitales Nacionales si es una violación al derecho a la salud.

Se determino que la falta de medicamentos en los hospitales nacionales afecta el bienestar de la población a que cuando no hay medicamentos incurren en gastos que desajustan su presupuesto familiar afectando asi el derecho de las personas de poseer una buena calidad de salud eventualmente afectando el derecho a la vida e integridad física.

La hipótesis Específica de este trabajo: “La consecuencia más relevante ante la falta de medicamentos para los usuarios del sector salud es que, una falta

de medicamentos puede paralizar los sistemas de salud, ya que los productos farmacéuticos son fundamentales en el tratamiento de muchas enfermedades”. Se logro comprobar en su totalidad.

Según la entrevista, se reflejaron los siguientes datos positivos en relación a la hipótesis Específica de esta investigación, tanto es así, que las respuestas fueron:

¿Ha recibido en este hospital tratamiento incompleto por falta de medicamentos, equipo o personal médico? 17(57%) manifestaron que si, 13(43%) ellos expresaban que no, **¿Ha padecido complicaciones en su salud por haber recibido tratamiento incompleto, inadecuado o tardío en este hospital?** La mayoría de los entrevistados 19(63%) dijeron que no, 10(34%) manifestaron que si, 1(3%) manifestaron que no saben.

Esta hipótesis se comprobó ya que los hospitales de la red pública pueden paralizarse ante la falta de medicamentos ya que en estos se están proporcionando tratamientos médicos incompletos lo cual afecta en el proceso de curación de las enfermedades asimismo la mayoría de los usuarios no cuentan con la capacidad económica para comprarlos totalmente o completar los tratamientos adecuados para el restablecimiento de la salud proporcionado por los hospitales.

La hipótesis Específica de este trabajo: “La denegación de los servicios de salud ante la negativa del pago de las cuotas voluntarias en los hospitales de la red nacional, se ve reflejada ante el no otorgamiento del alta a los pacientes y el no suministro de medicamentos”.

Esta hipótesis no fue comprobada, ya que el nuevo gobierno entrante suprimió las cuotas voluntarias por lo que la problemática planteada no fue ratificada por la población encuestada.

6.3.2 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL.

De acuerdo a los resultados obtenidos, consideramos que los objetivos planteados en el proyecto de investigación, algunos de ellos no se cumplieron en su totalidad, el objetivo general se logro establecer en parte ya que al desarrollar el marco de análisis del capítulo IV de la tesis y a través de las entrevistas se determino que no existe una persistencia en el cobro de las cuotas voluntarias mas si existe una escases de medicamentos, dicho objetivo se expone detalladamente “Identificar en qué medida la persistencia en el cobro de las cuotas voluntarias y la falta de medicamentos en los hospitales nacionales violenta el derecho a la salud” por lo que solo se pudo identificar como la falta de medicamentos en los hospitales nacionales violenta e derecho a la salud.

b) OBJETIVOS PARTICULARES.

El primer objetivo particular se logro establecer por medio de la entrevista ya que se comprobó por medio de ella que la mayoría de los usuarios de los Hospitales Nacionales ven afectada su economía ya sea cuando pagan un servicio de salud como cuando no tienen los implementos necesarios para una operación y son los mismos usuarios los que corren con los gastos para comprarlos y lo mismo sucede cuando en dichos hospitales no cuentan con las medicamentos necesarios ya que les corresponde a los mismo pacientes comprarlos teniendo como consecuencia el desajuste de la economía familiar.

El Segundo Objetivo , el Tercero, Cuarto y quinto Objetivo se lograron establecer al desarrollar el marco de análisis del capítulo III, IV y V, donde se expone detalladamente La salud considerada como un derecho y el papel de la constitución para su protección y por último las disposiciones legales referente al derecho a la salud desde la Constitución, Tratados Internacionales, Leyes Secundarias y Reglamentos, asimismo atreves de las encuestas se logro determinar cómo se ve afectado el derecho a la salud ante la ausencia de los medicamentos.

El objetivo sexto se logro establecer por medio de la entrevista ya que se comprobó por medio de ella que la mayoría de los usuarios de los Hospitales Nacionales ante la negativa del pago de las cuotas voluntarias en los hospitales de la red nacionales no existe denegación de los servicios de salud ya que no se están cobrando las cuotas voluntarias.

CAPITULO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo expondremos las conclusiones y recomendaciones a las que hemos llegado después de realizar nuestra investigación.

7.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que hemos llegado se clasifican de dos tipos:

7.1.1 CONCLUSIONES GENERALES.

Son aquellas que se obtuvieron a partir de la comprobación de los extremos de Prueba de nuestra hipótesis, siendo estas:

- a) Se da por establecido el incumplimiento de los anteriores gobiernos del Estado salvadoreño y de las autoridades gubernamentales correspondientes, de sus obligaciones constitucionales y las emanadas de instrumentos y compromisos internacionales referidos al derecho humano a la salud, principalmente al no regir su actuación ni sus principales intervenciones como Gobierno por el principio de progresividad en la garantía y protección de tal derecho, especialmente en materia de financiamiento, medidas técnicas y legislativas adecuadas y aseguramiento de la disponibilidad, equidad y accesibilidad que debería caracterizar el esfuerzo por universalizar el goce de la salud, especialmente de la población más empobrecida.

- b) Se señala el grave y preocupante deterioro experimentado recientemente en la situación de salud de las salvadoreñas y salvadoreños, especialmente en lo relativo a dificultades para el

acceso oportuno y sostenible a establecimientos de salud, al excesivo gasto familiar en la conservación y rehabilitación de su salud, a la insuficiencia de medicamentos, insumos básicos y personal competente y con calidez, a la existencia de factores que deterioran el ambiente y a condicionamientos partidarios y ligados a intereses económicos que entorpecen la consolidación del carácter público del sistema sanitario nacional.

- c) Dentro de las políticas de salud del nuevo gobierno se ha eliminado el pago de las cuotas voluntarias en la red de salud pública la cual contribuye a que la población usuaria del sector salud no incurra en gastos complementarios que puedan desnivelar su economía familiar en ese sentido se cumple con el artículo 66 de la constitución en cuanto a la gratuidad de los servicios de salud.
- d) Aun existen deficiencias en la política general de salud Pública en cuanto al desabastecimiento de medicamentos a la red de hospitales públicos a nivel nacional; falta de personal médico e implementación para procedimientos e intervenciones medicas, lo cual afecta la economía familiar de los usuarios de los servicios de salud pública, así como la calidad de salud que estos pueden poseer ya que en muchos casos se dificulta la compra de medicamentos por cuenta de los usuarios así como el acceso a tratamientos médicos privados por su alto costo.
- e) El papel que está jugando el nuevo gobierno, se puede percibir que va encaminada a mejorar el sistema de salud pública y la prestación de servicios médicos hospitalarios, no obstante hemos podido observar que estas acciones no son suficientes, ya que por una parte se han

suprimido el cobro de cuotas voluntarias, pero por otra parte siempre existe escases de medicamentos e implementos para procedimientos médicos como en el caso de operaciones o cirugías entre otras en la red de hospitales nacionales. Sin embargo estas muestras se pueden percibir como una mejora a la red de servicios de salud pública, esperando que el impulso de políticas similares sea incluido por las políticas fundamentales del sector salud en lo que falta del periodo de administración del nuevo gobierno

7.1.2 CONCLUSIONES PARTICULARES.

Son aquellas que se han obtenido a partir de los factores que rodean el problema investigado, siendo estas:

- a) La red hospitalaria nacional ha pasado por una crisis, ya que existía una mala calidad de atención en salud por la falta de insumos médicos hasta poco personal médico a tiempo completo; lo que generaba una mayor cantidad de enfermos y aumento de muertes especialmente en niños por la falta de servicios médicos adecuados hoy en día la mayoría de personas afirman que la atención medica es mejor.
- b) Existe falta de equipos médicos básicos, insumos, medicamentos en el hospital Rosales, y la falta de estos causa una inestabilidad en la economía de los salvadoreños ya que son ellos los que tiene que comprarlos.
- c) Existe poca asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que lo asignado no alcanza para cubrir todas las necesidades de funcionamiento de los hospitales nacionales. Esto a

llevado a que la red hospitalaria este en crisis por la falta de insumos médicos, aparatos médicos, medicamentos, etc.

7.2 RECOMENDACIONES.

Son aquellas medidas que nosotros planteamos como alternativas para solucionar la problemática investigada. Estas se clasifican de la siguiente manera:

7.2.1 RECOMENDACIONES MEDIATAS.

Son aquellas que pueden ser tomadas o aplicadas a largo plazo, entre estas tenemos:

- a) Que persista la política de no cobrar las cuotas voluntarias y así hacer cumplir el art. 66 e la Cn ““El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituye un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible”.
- b) A la Honorable Asamblea Legislativa, para que tomen conciencia, de las necesidades del sector salud y aumenten el presupuesto en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social; para el desarrollo de nuevas políticas y el mejoramiento de las ya existentes.
- c) Que se busquen las políticas y mecanismos adecuados para suplir la falta y escasez de medicamentos en la red de los hospitales nacionales.

7.2.2 RECOMENDACIONES INMEDIATAS.

Son aquellas que deben ser aplicadas a mediano o corto plazo siendo estas:

- a) El Estado debe de garantizar la salud gratuita en los hospitales Nacionales y específicamente en el Rosales; asimismo estos deben brindar asistencia gratuita a toda persona que lo necesita.
- b) Que todos los hospitales de la red pública, eliminen el cobro o la “aportación voluntaria” que se exige a los usuarios y se mejore la atención de la salud.
- c) El Estado debe preocuparse por construir, remodelar o modificar la infraestructura de los hospitales nacionales, especialmente del hospital Rosales pues este, ya sobrepaso su capacidad de uso y se encuentra en condiciones de deterioro.
- d) Hacer del conocimiento público que la salud es gratuita para las personas de escasos recursos económicos.
- e) Dotar de todo lo necesario a o los hospitales de la red pública, así como también a las Unidades de Salud para descentralizar la demanda que existe de consultas en los hospitales.
- f) Aumentar el Presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que el 70 % se utiliza para el pago de salario y el resto para el funcionamiento de los hospitales.

g) Que las organizaciones sociales, comunidades, sectores interesados y ciudadanía en general participen responsablemente y con total compromiso en la construcción de una cultura de denuncia contra violaciones a su fundamental derecho a la salud, pero sobre todo aúnen esfuerzos por avanzar en la exigibilidad del cumplimiento del mismo, como elemento crucial en la agenda nacional por la paz y la solución democrática a graves problemas que atentan contra la calidad de vida de todos y todas.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

ACUÑA, DRA. MARÍA CECILIA; **“Exclusión, protección social y el derecho a la salud”**, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud; Área de Desarrollo Estratégico de la Salud; OPS-OMS; Marzo 2005

BEL ADELL, CARMEN; PROFESORA Titular de Geografía Humana **“Exclusión Social: origen y características”** Curso: “Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos”. Murcia 30 de Enero de 2002. Facultad de Letras. Universidad de Murcia.

BERGEL, SALVADOR; **“Las Políticas Públicas Y La Regulación Del Acceso A Los Medicamentos En El Marco De La Seguridad Global En Salud”**; XIV Curso-Taller OPS/OMS-CIESS Legislación De Salud: La Regulación En El Marco De La Seguridad Global En Salud, México, D. F., 3-7 de Septiembre de 2007

BERTRAND GALINDO, FRANCISCO Y OTROS, **Manual de derecho Constitucional Tomo II**, San Salvador, Talleres Gráficos Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Primera Edición, Año 1996.

CASTRO, ARACHU; **“Sobre el derecho a la salud”**, Revista Cubana Salud Pública 2006.

CHARTZMAN BIRENBAUM, ALBERTO; **“Una Visión Holística del Derecho a la Salud y la Política de Gestión”** HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ – Argentina Año IV, Número 7, V5 (2007).

CONFERENCIA IFHHRO-EDHUCASALUD 2006 **Exclusión y derecho a la salud “La función de los profesionales de la salud”**, Lima, Perú; Agosto 2007

FUNDACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA APLICACIÓN DEL DERECHO. **Estudiemus Nuestra Constitución, año 1983.**

GALLARDO RICARDO, **Constituciones de El Salvador, Tomo II, Derecho Constitucional Salvadoreño**, Diana Artes Gráficas, 1961, Madrid. Pág. 295.

GONZÁLEZ DE DURANA, ANA ARRIBA; **“El concepto de exclusión en política social”**, Unidad de Políticas Comparadas Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) Enero de 2002 Madrid España.

GUTIÉRREZ DÁVILA JOSÉ FRANCISCO **“Descentralización Y Participación Social En El Derecho A La Protección De La Salud”** México 2007.

MAYER-SERRA, DR. CARLOS ELIZONDO. División de Estudios Políticos. Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, DF. **“El derecho a la protección de la salud”**; revista salud pública de México / vol.49, no.2, marzo-abril de 2007

MONTÓN REDONDO; ALBERTO **“La Protección Del Derecho A La Salud Mediante El Control En La Publicidad De Los Medicamentos”** Catedrático de Derecho Procesal Univ. Complutense de Madrid. Junio, 2.003.

MORALES ACHÉ, PEDRO ISABEL Abogado litigante, integrante del Colegio de Bioética, A.C. **“Algunas Paradojas De La Justiciabilidad Del Derecho A La Protección De La Salud”**. 2000.

MUÑOZ DE ALBA MEDRANO, MARCIA; **“El derecho a la Salud: ¿Un Derecho Individual o Social”**; revista Concordancias, Estudios Jurídicos y Sociales, Chilpancingo, Guerrero; Mayo-Agosto 2000, México.

NACIONES UNIDAS EN EL SALVADOR, Misión De Observadores **“Normas Nacionales e Internacionales Sobre Los Derechos Humanos”**. Marzo 1993.

OLIVA LÓPEZ ARELLANO, JOSÉ BLANCO GIL Distintos **camino**s para avanzar en la protección a la salud: **El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal) y el Programa de Seguro Popular de Salud (Nacional)**. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), **“Acceso a los medicamentos”** Centro de Prensa, Declaración Marzo 13 / 2009

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD **“Cerrar las Brechas de Salud en la Población Menos Protegida”**; informe Anual de la Directora 2006

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD **“Derechos Humanos Y Derecho A La Salud: Construyendo Ciudadanía En Salud Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos”** Cuaderno de Promoción de la Salud N° 16; Lima 2005

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD“ **Diálogo Social como Herramienta para la Extensión de la Protección Social en Salud: Experiencias de Diálogo Social en Salud en países de América Latina**” Serie Extensión de la Protección Social en Salud #3. Washington 2007

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD “**Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe**” Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud 2003

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, **La Salud Américas**, Revista- Tomo 3 Año XVII. Agosto 1998.

OSORIO, MANUEL, **Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales**, 1984, editorial Claridad SA, Argentina, 1984.

PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS: “**Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos Julio 2002 – Junio 2003**”

SARMIENTO, JULIO; “**Exclusión Social Y Ciudadanía Política Perspectivas de las nuevas democracias latinoamericanas**” Politólogo, docente e investigador de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina 2004.

SARMIENTO, LIBARDO (compilador). **Los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia**: balance y perspectivas. Bogotá, Consejería Presidencial para la Política Social, PNUD, 1995.

Secretaría Nacional De La Familia. Gobierno de El Salvador, Informe de Salud sobre las Jornadas Medicas, agosto 1996, San Salvador.

VÉLEZ ARANGO, ALBA LUCÍA “Nuevas Dimensiones Del Concepto De Salud: El Derecho A La Salud En El Estado Social De Derecho”
Enfermera, Abogada, Magíster en Salud Pública. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia; Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007.

TESIS

ARAUJO VELÁSQUEZ, IVETTE ROCÍO; **“La Ineficacia Del Proceso De Amparo Como Medio De Tutela Frente A La Violación Del Derecho A La Salud”**. Trabajo De Graduación Para Obtener El Título De Licenciado En Ciencias Jurídicas; Universidad de El Salvador 2004. El Salvador

ARÉVALO ROMERO, LEONOR ELISA Y OTROS, **“Violación al Derecho a la Salud por parte del Estado en la Atención a Pacientes infectados de VIH/SIDA”**, Trabajo De Graduación Para Obtener El Título De Licenciado En Ciencias Jurídicas; Universidad de El Salvador 2004. El Salvador.

ASENCIO LÓPEZ, FRANCISCO ALBERTO Y OTROS; **“El Amparo Como Medio De Tutela Para Garantizar El Derecho A La Salud, Cuando El Estado No Cumple Con Su Deber Constitucional De Satisfacerlo”**; Trabajo De Graduación Para Obtener El Título De Licenciado En Ciencias Jurídicas; Universidad de El Salvador 2003. El Salvador.

COTO HERNÁNDEZ, AMÉRICO ROBERTO Y OTROS; **“La Obligación Constitucional Del Estado Salvadoreño De Garantizar Salud Gratuita A Los Habitantes Del Área Urbana Del Municipio De San Salvador Período 1999 – 2001”** Trabajo De Graduación Para Obtener El Título De Licenciado En Ciencias Jurídicas; Universidad de El Salvador 2001. El Salvador.

LEGISLACION

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR (1983), Decreto Legislativo N° 154, D. Oficial: 234, Tomo: 281.

CODIGO DE SALUD, Decreto Legislativo N°: 955, D. Oficial: 86, Tomo: 299.

CÓDIGO PENAL, D.L. N° 205, de fecha 8 de enero de 1998, D.O N° 5 Tomo 338 de 9 de enero de 1998,

CÓDIGO CIVIL, Declarado Ley de la República por Decreto Ejecutivo de fecha 23 de agosto de 1859.

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES.

Carta de las Naciones Unidas, Aprobada el 26 de Junio de 1995 en la Ciudad de San Francisco, Estados Unidos.

Carta Internacional de Derechos Humanos, Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de Diciembre de 1948.

Declaración Universal de Derechos Humanos, Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de Diciembre de 1948.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Aprobada por la Conferencia Internacional de la Salud el 22 de Junio de 1946 en la Ciudad New York, Estados Unidos.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de Diciembre de 1976 y ratificado en 1976.

Carta de la Organización de Estados Americanos, ratificado en la Ciudad de Bogotá, Colombia, en Abril de 1948 y ratificado en 1967.

Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, ratificado en la Ciudad de Bogotá, Colombia, en Abril de 1948 y ratificado en 1967.

Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José Costa Rica, Aprobada por la Organización de las Naciones Unidas el 22 de Noviembre de 1969, entro en vigencia el 18 de Julio de 1978.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, Febrero de 1976; Aprobado por Decreto Legislativo N° 320, Publicado en el D.O. N° 82 Tomo 327 del 5 de Mayo de 1995.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

SEMINARIO DE GRADUACION EN CIENCIAS JURIDICAS



Cuestionario dirigido a los usuarios de los Hospitales de salud pública.

TEMA: “Violación Al Derecho A La Salud Ante La Persistencia En El Cobro De Cuotas Voluntarias Y La Falta De Medicamentos En Los Hospitales Nacionales”.

OBJETIVO: Obtener información sobre la prestación de servicio a los usuarios en los hospitales públicos.

INDICACIÓN: Marque con una “x” la opción que usted considere correcta.

1. ¿Tiene conocimiento que constitucionalmente se estable la gratuidad de los servicios de salud?

SI NO NO SABE

2. ¿Recibe en este hospital de salud pública asistencia gratuita por la prestación de los servicios de salud?

SI NO NO SABE

3. ¿Tiene conocimiento sobre cobros indebidos por prestación de servicio en este Hospital de salud pública?

SI NO NO SABE

4. ¿Ha recibido en este hospital tratamiento incompleto por falta de medicamentos, equipo o personal médico?
- SI NO NO SABE
5. ¿Se ha negado a pagar la “cuota voluntaria en este hospital?”
- SI NO NO SABE
6. ¿Ha padecido algún tipo de maltrato o atención tardía por malicia del personal médico de este hospital de salud pública?
- SI NO NO SABE
7. ¿Ha padecido algún tipo de maltrato por parte del personal administrativo o trabajadores sociales de este hospital de salud pública por negarse al pago de la “cuota voluntaria”?
- SI NO NO SABE
8. ¿Ha padecido complicaciones en su salud por haber recibido tratamiento incompleto, inadecuado o tardío en este hospital?
- SI NO NO SABE
9. ¿Se le ha negado la atención médica en este hospital por negarse al pago de la “cuota voluntaria”?
- SI NO NO SABE
10. ¿Se le han negado medicamentos en este hospital por negarse al pago de la “cuota voluntaria”?
- SI NO NO SABE
11. ¿Tiene conocimiento que el personal de los hospitales son responsables y que están sujetos a sanciones administrativas, civiles y penales por

infracciones o violaciones que cometan en contra del derecho a la salud de cualquier persona?

SI NO NO SABE

12. ¿Ha denunciado usted ante cualquier autoridad infracciones o violaciones que le hayan causado daño a su salud por tratamientos inadecuados, tardíos o cualquier otra causa?

SI NO NO SABE

13. ¿Tiene conocimiento que existen instituciones que velan por los derechos constitucionales de los salvadoreños?

SI NO NO SABE

14. ¿Ha utilizado el servicio de estas instituciones para reclamar la violación a sus derechos constitucionales?

SI NO NO SABE

15. ¿Considera usted que la inestabilidad de la economía familiar contribuye a la violación del derecho a la salud?

SI NO NO SABE

16. ¿Considera usted que el analfabetismo es un factor que influye en la violación del derecho a la salud?

SI NO NO SABE

17. ¿Considera usted que una eventual privatización de la salud constituye una violación a este derecho, conociendo que el Estado debe proporcionarla de una forma gratuita?

SI NO NO SABE

18. ¿Considera usted que una privatización a la salud pública contribuye a una mejor prestación de servicios?

SI NO NO SABE

19. ¿Considera usted que existe violación al derecho a la salud al exigir el pago de la “cuota voluntaria”?

SI NO NO SABE

20. ¿Considera usted que la falta de medicamentos en este hospital violenta su derecho a la salud?

SI NO NO SABE