

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES.
SEMINARIO DE GRADUACIÓN EN CIENCIAS JURIDICAS AÑO 2006
PLAN DE ESTUDIOS 1993



**“LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD PUBLICA GRATUITA EN
ZONAS RURALES DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS, DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS ARTICULOS 65 Y 66 DE LA CONSTITUCION DE LA
REPUBLICA”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO Y TITULO DE:
LICENCIADA EN CIENCIAS JURIDICAS**

PRESENTADO POR:

FLORES MARTÍNEZ, IRIS FIDELINA.
HERRERA RIVERA, RAQUEL XIOMARA.
VÁSQUEZ MORÁN, YESENIA PATRICIA.

DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO
LIC. MARCO ANTONIO ALDANA GUTIERREZ

MARZO DE 2007
CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, EL SALVADOR.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTORA

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

VICERRECTOR ACADEMICO

ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

VICERRECTORA ADMINISTRATIVO

DRA. CARMEN ELIZABETH RODRIGUEZ DE RIVAS

SECRETARIA GENERAL INTERINA

LICDA. ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS

FISCAL GENERAL

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

DECANA

LIC. MORENA ELIZABETH NOCHEZ DE ALDANA

VICEDECANO

LIC. OSCAR MAURICIO DUARTE GRANADOS

SECRETARIO

LIC. FRANCISCO ALBERTO GRANADOS HERNÁNDEZ

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE SEMINARIO DE GRADUACION

LIC. BERTHA ALICIA HERNÁNDEZ ÁGUILA

DIRECTOR DE SEMINARIO

LIC. MARCO ANTONIO ALDANA GUTIERREZ.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO: por la inteligencia y sabiduría que me ha brindado en el transcurso de toda mi vida y de mi carrera profesional, llevándome siempre de su mano poderosa.

A MIS PADRES: Manuel Flores Martínez y especialmente mi madre MARIA ESPERANZA MARTÍNEZ, por ser mi gran apoyo, quien se esforzó mucho por ayudarme a seguir adelante y por confiar en mí en el triunfo de mi carrera profesional.

A MIS HERMANOS: Delmy, Eduardo, Silvia y Daniel, quienes me impulsaron a seguir adelante en los momentos de flaqueza, a mis sobrinos Kevin y a quien esta por nacer por ser dos grandes regalos que Dios me ha dado.

A MIGUEL ARÉVALO: por su amor, y estar cuando mas lo necesite conmigo, apoyándome en todos estos años de estudio junto con su madre Alicia Galván quien siempre me tuvo presente en sus oraciones.

A MIS AMIGAS: Patita y Raquelita, por su amistad y el apoyo durante todos estos años de estudio y luchas que logramos juntas.

A MIS AMIGOS DE IGLESIA ELIM: por tenerme en sus oraciones, estar siempre pendientes de mi carrera y quienes se llenan de gozo con este triunfo.

A MAMA ELISA: por tenernos tanta paciencia en la realización de esta investigación, y darnos ánimos cuando más lo necesitábamos.

IRIS FIDELINA FLORES MARTÍNEZ.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO: por ser la luz que ilumina mi vida y mostrarme el verdadero camino que me lleve hacia el.

A MAMÁ LUISA REYES (de grata recordación): por haber sido la persona que Dios puso en mi camino a fin de enseñarme a confiar y tener plena fe primeramente en Él y luego en mí.

A MIS PADRES: Elisa Antonieta Rivera Reyes y Pedro Herrera López, por ser el centro de mi vida, por creer en mí siempre, aceptarme, amarme tanto y apoyarme hasta este momento, los amo muchísimo.

A PAPÁ ARTURO: gracias papá por quererme tanto y tenerme presente en todas sus oraciones, que Diosito me lo preste por mucho tiempo.

A MIS HERMANOS: Rene y Chistian por ser dos de los mejores regalos que pude haber recibido de Dios.

A MIS TIOS (AS): por creer plenamente, desde el principio de mi carrera, que podría lograrlo; un agradecimiento muy especial a Pablo Rivera, por estar siempre pendiente desde el principio de mi carrera hasta ahora; asimismo un especial agradecimiento a Eva Amaya por apoyarme en los proyectos mas importantes de mi vida, que Diosito les bendiga por el amor que me han demostrado durante toda mi vida.

A MIS MEJORES AMIGAS: Patico e Irisita, por soportarme en todo este tiempo, comprenderme y aceptarme.

RAQUEL XIOMARA HERRERA RIVERA.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS TODOPODEROSO: por ser el arquitecto de esta obra tan maravillosa para mi vida y mostrarme su grande amor para conmigo.

A MIS PADRES: Lázaro Morán y en especial a mi madre MERCEDES ISOLINA VASQUEZ HERNANDEZ por su sacrificio, apoyo y confianza para ver este triunfo tan anhelado.

A MI HERMANO: Jaime Roberto Vásquez, por ser una parte muy importante en mi vida y por creer siempre en mi.

A MI SOBRINA: Patricia Vásquez, por ser una personita muy especial en mi vida.

A MIS ABUELOS: Rufino Vásquez (de grata recordación) y Ángela Hernández.

A MIS TIOS (AS): Mario, Pedro, Eduardo, Edgardo, Consuelo, Guadalupe e Hilda.

A DAVID HERNANDEZ: por todo su amor y apoyo durante todos estos años y triunfos para ambos.

A MIS MEJORES AMIGAS: Irisita y Raquelita, por ser las personas mas lindas y especiales que he conocido y que me han brindado su apoyo, comprensión y amistad incondicional durante todos estos años.

A MAMA ELISA: por estar siempre cuando la necesitábamos y darnos aliento para salir adelante durante los momentos difíciles de la vida.

YESENIA PATRICIA VASQUEZ MORAN

INDICE

PÁGINA

INTRODUCCION.....	x
--------------------------	----------

CAPITULO I

1.1	Origen y Desarrollo Histórico del Derecho a la Salud.....	12
1.1.1	Origen del Derecho a la Salud Gratuita.....	15
1.2	Fundamentación Doctrinaria del Derecho a la Salud.....	18
1.2.1.	Teoría de los Libertarios.....	18
1.2.2.	Teoría de los Partidarios del Igualitarismo	18
1.2.3.	Teoría de los Economistas.....	19
1.3	Definición del Derecho a la Salud	20
1.4	Naturaleza Jurídica del Derecho a la Salud	27
1.4.1	Naturaleza Social del Derecho a la Salud	29
1.4.2	Ubicación del Derecho a la Salud dentro de la División Bipartita de los Derechos Subjetivos.....	31
1.5	Principios que rigen el Derecho a la Salud	34
1.6	Objeto del Derecho a la Salud.....	37
1.7	Sujetos del Derecho a la Salud	38
1.8	EL Bien Jurídico Tutelado	39

CAPITULO II

2.1	Historia del Derecho a la Salud en El Salvador	43
2.2	Evolución Constitucional del Derecho a la Salud en El Salvador, a partir de la Constitución de 1950.....	50
2.2.1	El Derecho a la Salud como Bien Publico desde la perspectiva constitucional actual.....	51

2.2.2	El Derecho a la Salud Gratuita en la Constitución de 1983	54
2.2.3	Análisis de la aplicación de los principios constitucionales que rigen el Derecho a la Salud	58
2.3	El Derecho a la Salud en la legislación secundaria	60
2.3.1	Código de Salud	61
2.3.2	Código Municipal	65
2.4	Eficacia de las obligaciones del Estado Salvadoreño en cuanto al Derecho a la Salud	66
2.4.1	El Estado como Organismo rector de la Salud	66
2.4.2	El Estado como organismo coordinador del sector Salud.....	67
2.4.3	El Estado como proveedor del servicio de salud	67
2.5	Organismos e Instituciones Gubernamentales competentes de garantizar el Derecho a la Salud	69
2.5.1	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	69
2.5.1.1	Recurso del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	78
2.5.2	Concejo Superior de Salud Pública.....	79
2.6	El Sistema de Salud en El Salvador	81
2.6.1	Descripción del sector Salud en El Salvador	83
2.6.2	La prestación del Servicio de Salud Publica en zonas de escasos recursos económicos	88
2.7	Estructura del Sistema actual de Salud en El Salvador	90
2.7.1	Oferentes del Sector Salud	90
2.7.2	Demandantes del Sector Salud	93
2.8	Políticas Gubernamentales dirigidas al sector Salud en los últimos seis años	94
2.8.1	Propuesta de Reforma Integral del Sector Salud en El Salvador	99

2.8.2	La Prestación del Servicio de Salud Pública en las Zonas de Escasos Recursos desde la Perspectiva de la Propuesta de Reforma Integral de Salud	102
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

CAPITULO III

3.1	Sistema Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas)	107
3.1.1	Pacto Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)	109
3.1.2	Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales	112
3.2	Sistema Americano de Derechos Humanos (Organización de Estados Americanos)	114
3.2.1	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (aprobada en la novena conferencia Internacional Americana Bogota, Colombia 1948)	117
3.2.2	Convención Americana sobre Derechos Humanos (22 de noviembre de 1969)	119
3.2.3	Efectividad de la aplicación de los instrumentos internacionales en el Derecho a la Salud en El Salvador	121

CAPITULO IV

4.1	Medidas adoptadas por el Estado Salvadoreño para cumplir con el servicio de salud pública gratuita para las comunidades de difícil acceso al servicio de salud	125
4.2	Aplicación de los artículos 65 y 66 de la Constitución de la República de El Salvador frente a las comunidades de escasos recursos, como agentes pasivos del derecho	129

4.3	Factores que dificultan el acceso al servicio de salud publica gratuita en zonas de escasos recursos	131
4.4	Organismos ajenos al Estado que intervienen en solventar la carencia del servicio de salud publica	133
4.5	Medidas que adoptan la población de escasos recursos económicos para solventar la carencia del servicio de salud publica gratuita	137
4.6	Medidas que toma la población de escasos recursos económicos en casos de emergencia	139

CAPITULO V

5.1	Conclusiones.....	141
5.2	Recomendaciones.....	145
5.3	Bibliografía.....	150

ANEXOS

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación contiene el desarrollo del Tema denominado: “LA PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD PUBLICA GRATUITA, EN ZONAS RURALES DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ARTICULOS 65 Y 66 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR”

Con la presente investigación se tiene como propósito fundamental el llegar a conocer la problemática por la que pasa el sector salud, en cuanto a la prestación del servicio, en aquellas zonas rurales de escasos recursos, y que además, por la misma situación precaria se encuentran en lugares de poca accesibilidad de los servicios fundamentales; y determinar la eficacia que tienen los artículos 65 y 66 de la Constitución de la Republica de El Salvador en razón de que establecen como una obligación estatal el garantizar tales servicios a esa parte de la población y determinar si se emplean los mecanismos jurídicos idóneos que garanticen la eficacia de la que se viene tratando.

La investigación presenta en un inicio una estructura teórica respecto al Derecho a la Salud, la cual sirve de fundamento a fin de determinar el desarrollo histórico de dicho derecho hasta nuestros días.

En ese orden de ideas es importante destacar el origen histórico de la salud, desde una perspectiva nacional e internacional, con lo cual se delimita geográfica y temporalmente dicho derecho.

Lo anterior conlleva a establecer los avances tanto políticos, geográficos, culturales, sociales y económicos que ha tenido el Derecho a la Salud. Anticipando que el Derecho a la Salud ha tenido un tratamiento distinto

según el orden social o cultural de la época; siendo que en algunos periodos ni siquiera se contemplaba como un derecho, asimismo con lo antes apuntado se va a establecer los frutos de las luchas sociales que dieron origen al reconocimiento del Derecho a la Salud como un derecho del ser humano.

En ese sentido, la presente investigación va encaminada a dar por sentado el orden jurídico con el cual se ha respaldando la protección del Derecho a la Salud, siempre delimitándose en lugar, tiempo y espacio, a fin de destacar los momentos principales que dieron origen al reconocimiento constitucional del derecho en mención y el desarrollo del mismo.

De lo anterior es de hacer notar que con el análisis del desarrollo histórico tanto teórico como constitucional del Derecho a la Salud en su momento oportuno ha de puntualizarse respecto a la relación existente entre dichos puntos a la problemática objeto de la investigación del presente trabajo.

Por otro lado, siempre dentro de la problemática en cuestión, es menester señalar desde el punto de vista del Derecho Internacional el tratamiento que los países ratificantes de las normas de carácter internacional le dan a la misma. Recordando que en teoría los países miembros, ya sea por el sistema Internacional o Americano están obligados a buscar los medios necesarios a fin de garantizar el cumplimiento integro de los tratados; de lo cual se presentara en la medida de lo posible un análisis respecto de cada uno de los instrumentos internacionales que tienen relación con el Derecho a la Salud que hoy se trata.

CAPITULO I

GENERALIDADES DEL DERECHO A LA SALUD.

1.1 Origen y Desarrollo Histórico del Derecho a la Salud.

El Derecho a la Salud se manifestó inicialmente por medio de la prestación de servicio de atención a los pobres, a cargo de ciertos órganos de gobierno e instituciones religiosas. Ya en el siglo IV a de J. C., los médicos egipcios, remunerados por el Estado atendían a los pobres en calidad de ciudadanos egipcios no así los hebreos ya que los leprosos eran marginados de las ciudades y enviados a cuevas alejados de la sociedad dominante y el Estado no proporcionaba a este tipo de enfermos, si no que eran los familiares que se encargaban de llevarles alimentación y vestuario en los últimos días de su existencia ya que para la lepra no existía medicamentos curativos. En los comienzos de la era cristiana la Iglesia fundo, aproximadamente en el año 325, hospitales para los pobres. Mas tarde las autoridades municipales se hicieron cargo a menudo de esos servicios. En la Edad Media era obligatorio colocar carteles en las casas para alertar a la comunidad sobre casos de pestes, lo que demuestra un reconocimiento embrionario del derecho a la protección de la salud. Las Leyes Isabelinas de socorro a los pobres promulgadas en Inglaterra a principios del siglo XVII, reconocían la responsabilidad pública con respecto a los pobres e indigentes y contenían disposiciones relativas a la atención de la salud¹

Con la Revolución Francesa y como consecuencia directa de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 surgió el individualismo que consistía en que el individuo y sus derechos era lo primordial, el único objeto de tutela de la organización estatal. Juntamente con

¹ Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho. "El Derecho a la Atención de la Salud", s.e, año 1998. S.D.

ella impero el Liberalismo que contemplaba la abstención por parte del Estado en las relaciones sociales. Este liberalismo sirvió mayormente a los intereses de una clase, la burguesa, por lo que de inmediato fue puesto al ataque de ideologías colectivistas y antiliberales, entre las que el socialismo marxista ocupó el primer lugar. La clase trabajadora atacó al liberalismo por dos frentes: lucharon por la igualdad de los derechos políticos alcanzando el sufragio igualitario, por una parte y por la otra exigieron la seguridad económica para poder usar eficazmente sus derechos políticos. Aunado a ello los grupos pluralistas organizados en sindicatos y asociaciones profesionales exigieron ser reconocidos en el proceso económico lo que dio como resultado la intervención del Estado, el cual tomó una función de planificar, dirigir, controlar y supervisar la vida económica. Trayendo entre otras consecuencias las limitaciones a la libertad de contratación y de disposición de la propiedad².

El resultado visible de este proceso para Loewenstein, “es que una exigencia de una mayor seguridad económica y justicia social quedan concretadas en los derechos fundamentales de contenido social y económico. Estos nuevos “derechos” fundamentales se diferencian esencialmente recogido por el antiguo catálogo liberal. No están gestionados a garantizar la libertad frente al Estado y la protección contra el Estado, sino que son pretensiones del individuo o del grupo colectivo ante el Estado. El Estado tiene primeramente que actuar para satisfacer estos derechos fundamentales no son derechos en el sentido jurídico, ya que no pueden ser exigidos judicialmente del Estado, antes de que no hallan sido institucionalizados por una acción estatal”³

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

² Bertrand Galindo, Francisco; *Et al.*, Manual de Derecho Constitucional, Tomo II. Ed. talleres gráficos UCA, tercera ed., San Salvador, año 1999. p. 951

³ Bertrand Galindo, Francisco *Et al.*, *apud* Karl Loewenstein, s.f.

Inglaterra impulso el movimiento a la salud cuando la Reina Victoria organizo comisiones para investigar las condiciones de salud de la clase trabajadora. Se menciona que en 1832, el abogado Edwin Chadwich, fue nombrado como asistente de la comisión real encargada de investigar las condiciones reales de aplicación de la ley de los pobres; luego se crea el primer consejo de salud, reconociendo por primera vez en la humanidad que la salud del pueblo era integralmente reconocida como importante acción administrativa del gobierno⁴.

A finales del siglo XIX se producen varios hechos que impulsaron la sanción de leyes en materia de salud, a raíz de los progresos de la ciencia, el aumento de los riesgos en la salud necesito la adopción de medidas de carácter social el auge de la interdependencia de todos los sectores de la sociedad y la expansión del ámbito de responsabilidad social respecto de la salud.

Uno de estos hechos es el movimiento social que actualmente se identifica como salud publica, es mucho mas reciente, situándolo a principios del siglo XX no como un hecho aislado sino como un complejo fenómeno estrechamente relacionado con una amplia corriente filosófica, cuyo núcleo de acción radica en lograr un mayor respeto por la dignidad del hombre cambiando la filosofía de educación por comprensión del Derecho a la Salud⁵

En 1978, después que la asamblea mundial de la salud, decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la Asociación Mundial de la Salud, consistiría en alcanzar para el año 2000, un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo, que les permita una vida social y económicamente

⁴ Badía, Roberto de Jesús. Apuntes de Salud Pública, Ed. Universitaria UES, El Salvador, C.A. año 1983. , p. 21

⁵ Gallardo, Ricardo. Constituciones de El Salvador, t. dos, Derecho Constitucional Salvadoreño, Ed. Diana Artes Graficas, 1961, Madrid p. 295

productiva, la conferencia internacional sobre la atención primaria de salud en Alma-Ata en la Unión Soviética definió la atención primaria de la salud como una estrategia destinada a permitir el acceso a los servicios fundamentales de la salud a toda la población mundial bajo las condiciones de: que fuera basada en métodos y prácticas, científicamente fundados y científicamente aceptados; puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país pueda soportar.

1.1.1 Origen del Derecho a la Salud Pública Gratuita

La **salud pública** es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

La salud pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente.

- Los egipcios, según Herodoto, eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.
- Los hebreos llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de JC. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua...

- La civilización griega presta más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio.
- El imperio romano es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.
- En América, la civilización Teotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia, Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se crea en islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrolla diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenotitlan una de las ciudades más sucias del mundo.
- En la Edad Media, presidida por el cristianismo, se produjo una reacción contraria a todo lo que recordaba al imperio romano y al paganismo. El desprecio de lo mundano y la "mortificación de la carne" pasaron a ser las normas preferidas de conducta, por lo que el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, se produjeron las grandes epidemias de la humanidad. La lepra se consiguió erradicar de Europa con la marginación y el exterminio de los leprosos. Con respecto a la peste bubónica se establecieron medidas de cuarentena en los puertos marítimos y cordones sanitarios en tierra.
- En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad por algunas de las enfermedades

infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad. Resaltan también los trabajos de W. Farr, quien en polémica con Chadwick señalaba que las condiciones de salud de los trabajadores se debían al exceso de trabajo que los mataba de inanición. En Alemania Rudolf Virchow, una gran patólogo de la época, al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que "la política es medicina en gran escala", mostrando con ello que las transformaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud. A mediados del siglo XIX casi todos los médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas que llevaban la enfermedad a las personas. Otro grupo de médicos, los contagiacionistas sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de "cazadores de microbios". Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la salud Pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX.

1.2 Fundamentación Doctrinaria del Derecho a la Salud.⁶

La obligación del Estado de propiciar atención médica individual a los ciudadanos constituye un tema altamente controvertido. En consiguiente se tratara de dar referencia a las teorías mas relevantes en consideración al

⁶ Araujo Velásquez, Ivette Rocío, Et al. Tesis: "La Ineficacia del proceso de amparo como medio de tutela frente al Derecho de Salud Publica". Universidad de El Salvador, San Miguel, año 2004, pp. 111-114.

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 Health Care*, Harvard University.

Siendo las teorías que dicha obra trata: Teoría de los Libertarios, Teoría de los Partidarios del Igualitarismo y la Teoría de los Economistas.

1.2.1. Teoría de los Libertarios.

Estos consideran que la atención médica constituye una recompensa al éxito individual y atribuyen suprema importancia a la libertad del individuo y la eliminación de la fuerza. Según esta teoría la salud es solamente una necesidad mas del individuo, como serian la educación, la vivienda 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.

1.2.2. 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 razonable 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.

1.2.3. Teoría de los Economistas.

Consideran que el Derecho a la Salud es 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 mas que la posibilidad de permitir que las personas compren servicios de atención medica 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".

De las teorías descritas anteriormente resulta que: es poco aceptable la idea de aplicar al rubro de la salud publica las reglas del libre mercado de la primera teoría, puesto que esa filosofía de dejar hacer dejar pasar, propone la no intervención del Estado en el sistema económico defendiendo el individualismo.

Dicho liberalismo económico no debe ser aplicado al campo de la salud pública, puesto que esta constituye un derecho eminentemente social, lo que significa que corresponde a la sociedad o comunidad entera velar por su promoción y garantización. La segunda teoría puede considerarse mas acertada, ya que resalta no solo la igualdad de condiciones en cuanto al acceso de los servicios de salud publica, sino que además pone de relieve la integración de todos los sectores de la sociedad para lograr la justicia social.

En conclusión, la tercera teoría aporta otro elemento, el cual es mas aceptable, ellos proponen que los servicios de salud sean gratuitos, es decir, abogan por la supresión de las barreras económicas para adquirir servicios de salud, ya que, la salud constituye un derecho primordial del cual todos deben gozar.

1.3 Definición del Derecho a la Salud.

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

Así tenemos que Derecho, según el Diccionario de Manuel Ossorio, en un sentido etimológico, proviene del Latín *directum* (directo, derecho); a su vez del latín *dirigere* (enderezar, dirigir, ordenar, guiar) en consecuencia, en sentido lato quiere decir recto, igual, seguido, sin torcerse a un lado ni otro, mientras que en sentido restringido es tanto como *ius*.

Sin embargo, el concepto de derecho tiene dos enfoques, así tenemos:

Enfoque individualista y sociológico: de todos modos, no se trata de un concepto uniformemente definido, para algunos es un conjunto de reglas de conducta cuyo cumplimiento es obligatorio y cuya observancia puede ser impuesta coactivamente por la autoridad legítima. Ihering, lo define como el conjunto de normas según las cuales la coacción es ejercida en un Estado. Esa idea, más que un concepto filosófico del vocablo, parecería referirse a una estimación del derecho positivo, que quedaría limitada a las normas legales y consuetudinarias. Más, aun dentro de tal limitación se advierte la existencia de

una conformidad en la definición de lo que es derecho; en primer termino porque se presenta una diferencia fundamental, según el punto de vista desde el que sea considerado: individualista o sociológico.

Son varios los autores que se han expresado a cerca del sentido individualista. Para Kant, el derecho es: “el complejo de las condiciones por las cuales el arbitrio de cada uno puede coexistir con el criterio de todos los demás, según una ley universal de libertad”. A su vez, Arhens, lo define como: “el conjunto de condiciones dependientes de la voluntad y que son necesarias para poder realizarse todos los bienes individuales y comunes que integran el destino del hombre y de la sociedad”. Todavía es más acentuada en esa misma dirección, la idea de Wolff, quien afirma que el derecho, como deber perfecto que es, tiene por objeto, eliminar cuanto impida el recto uso de la libertad humana. Y para Giner de Los Ríos, es “el sistema de los actos o prestaciones en que ha de contribuir cada ser racional en cuanto de él depende, a que su destino y el destino de todos, se efectúe en el mundo”. Es, dice Josserand, “la conciencia y voluntad colectiva que sustituyen a las conciencias, a las voluntades individuales para determinar las prerrogativas, los derechos subjetivos de cada uno y, en tal sentido, puede decirse que es la regla social obligatoria.

El criterio sociológico , opuesto al precedente, uno de cuyos partidarios es Duguit, estima que el Derecho es la regla de conducta impuesta a los individuos que viven en sociedad, regla cuyo respeto se considera, por una sociedad y en un momento dado, como la garantía de interés común , cuya violación produce contra el autor de dicha violación una reacción colectiva. Ihering anteriormente citado, pretende que es “la garantía de las condiciones de vida de la sociedad, asegurada por el poder coactivo del Estado”. La Fur, a su turno, sostiene que el Derecho no es otra 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”

Entre una y otra tendencia, Individualista y Sociológica, surge un criterio ecléctico, pues algunos autores, como Castàn, tratan de conciliar ambas tendencias y para conseguirlo éste lo define como “el sistema de normas fundadas en principios éticos susceptibles de sanción coercitivas que regulan la organización de la sociedad y las reacciones de los individuos y agrupaciones que viven dentro de ella, para asegurar en la misma consecución armónica de los fines individuales y colectivos”.

No es el caso entrar a considerar cual de esas tres tendencias es la mas acertada; entre otras razones, porque ello depende de la apreciación subjetiva que cada uno haga, posiblemente basada en criterios no ya filosóficos, sino también políticos y sociales, lo único que interesa destacar es que, para todas ellas, el Derecho tiene siempre por objeto posibilitar el cumplimiento de los fines humanos, tanto si se considera que los individuales deben prevalecer sobre los colectivos, como si, al contrario, se entiende que los colectivos tienen primacía sobre los otros.

Por otro lado se vuelve, también, necesario establecer el concepto de salud. Hay palabras cuyo significado se cree comprender, hasta que se compara con lo que estas significan para otras personas. Salud es una de ellas.

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

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

El carácter dinámico implícito en la descripción de Perkins, contrasta con el estatismo de la definición de salud propuesta en 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De acuerdo con este organismo, la “salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aunque esta definición ha permitido ubicar el concepto de salud en los ámbitos en que el hombre interactúa y expresa su razón de existir, cabe reconocer que los elementos que la integran no fueron expuestos con el rigor doctrinal que exige una definición. Quienes la redactaron dieron solución al problema que entraña la descripción de salud igualando este término al de bienestar, trasladando así, a este concepto, el problema que implica definir salud.

A pesar de que este enunciado puede juzgarse tautológico, en años recientes ha surgido la idea de considerar como “entes inseparables” el desarrollo humano y la salud, por lo que actualmente ambos términos son objeto de nuevos enfoques y redefiniciones. A este respecto, en la Carta de Ottawa sobre promoción de la Salud, se definió con claridad que “El concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas, y que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”, coincidiendo así con la nueva orientación de la salud pública.⁷

⁷ Vega Franco, Leopoldo. “La salud en el contexto de la nueva salud pública”, Ed. El Manual Moderno. Año 2000, pp. 9-10.

Teniendo un poco más claros los conceptos que componen el Derecho a la Salud, podemos formular lo que en su conjunto significa:

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

La génesis del derecho se explica por la propia actividad social del hombre, inherente a su propia cualidad humana, y por la necesidad de establecer un ordenamiento o regulación a las acciones que de ella se derivan. Por ello, el derecho, como elemento regulador de las relaciones sociales, reviste una importancia especial en todas las acciones humanas. Es fácil comprender pues, el origen y desarrollo de un sistema que debe no sólo considerar sino también regular, todas las facetas de las complejas y siempre cambiantes relaciones humanas. Y en este amplio aspecto de interacciones, se ha fomentado y consolidado uno revestido de connotaciones muy especiales determinado por las complejidades propias del Sector de la Salud y lo singular de las relaciones que genera, propiciatorias de la aparición de un conjunto de regulaciones, disposiciones y leyes propias de este sector.

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

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

Del análisis de la definición expuesta se deduce que las relaciones médico-paciente son sólo un aspecto, quizás el más reconocido, del objeto de estudio de esta disciplina; pero su campo de acción es mucho más amplio. Por tanto, es fácil entender que el Derecho a la Salud es un concepto o categoría mucho más abarcador que el usualmente utilizado de Derecho Médico, ya que el término Derecho a la Salud comprende relaciones jurídicas en las que la tradicional relación médico-paciente no está necesariamente presente, como es el caso de las políticas sanitarias o acciones que pueden influir en el estado de Salud de la población, bien sean determinadas por un factor de tipo ambiental o psicosocial y otras que se apartan de los procedimientos médicos más específicos.⁸

Por otro lado, desde el punto de los derechos sociales el Derecho a la Salud se considera como un Derecho Social que tiene toda persona humana a que se le garantice y proteja respecto a la salud como una obligación del Estado a proporcionar dicho beneficio; la salud comprende el bienestar físico mental y social como aspectos para ejercer normalmente todas las funciones del ser humano.

Pero el **Derecho a la Salud** "no debe entenderse como un derecho a estar sano". Ya que sería muy difícil que los Estados "pudieran garantizar la buena salud de brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano... Los factores genéticos, la propensión individual a una

⁸ González Díaz, Carlos. "Entorno a una definición sobre el Derecho a la Salud". Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana Cuba, s.e., año 2005, p. 1-5.

afección y la adopción de estilos de vida arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona."

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

El Derecho a la Salud ha sido reconocido de distintas maneras por las constituciones, leyes y reglamentos; esto es debido a los distintos factores que han surgido a través de la historia y experiencia de cada nación y cabe mencionar que algo muy importante ha sido la industrialización, el avance tecnológico y la posibilidad de disponer de medios mas eficaces para diagnosticar y tratar enfermedades. Es por ello, que el Derecho a la Salud se ha consagrado en las constituciones evolucionando hasta convertirse en una promesa de asistencia a los ciudadanos; es obligación del Estado de tomar medidas encaminadas a ese fin; apartándose así de la tendencia tradicional hacia la limitación de sus poderes.

El Derecho a la Salud se considera; desde hace mucho tiempo, un derecho humano básico, si bien resulta evidente que no es posible garantizar a nadie ni la salud perfecta, ni la observancia del Derecho a la Salud como tal, se puede hablar del derecho a la atención de la salud. Por lo general, se considera que la atención de la salud comprende una variada gama de servicios, protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación. En muchos casos, el fundamento jurídico de la legislación que versa sobre estas áreas reside en la capacidad que posee el Estado para proteger la salud pública o las condiciones sanitarias, atributo que ha sido reconocido desde las más antiguas civilizaciones. Aristóteles señalo la importancia del Derecho a la atención de la salud en el siglo IV a. de J.C.

En la declaración precedente se pone de relieve las siguientes características del derecho a la protección de la salud, según se observa en las sociedades contemporáneas:

- La fórmula Aristotélica da la idea que la salud es un derecho natural de todos los seres humanos. Si aceptamos que hay un derecho a la vida, debemos aceptar también que existe un derecho a la protección de la salud.
- Incluye la idea que el Derecho a la Salud es un derecho tanto individual como social. La salud como derecho individual debe incluir la protección de la integridad física del individuo y de su dignidad. La salud como derecho social implica que la sociedad es responsable de la protección de la salud de sus ciudadanos y del suministro de servicios en caso de enfermedad.
- Según se desprende del pensamiento Aristotélico, si bien el Derecho a la Salud es un derecho absoluto o por lo menos básico, su ejercicio depende de las condiciones en que se encuentre la sociedad.

En conclusión diremos que el Derecho a la Salud implica fundamentalmente que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida, y que tal igualdad sea garantizada por todos los Estados a través de las leyes, normas y agentes competentes. Según esta premisa, a fin de que cada persona pueda llevar a la práctica el plan de vida que ha escogido, se debe garantizar un nivel mínimo de atención de salud individual y la protección de la salud pública.

1.4 Naturaleza Jurídica del Derecho a la Salud.

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

La salud es, desde el punto de vista señalado anteriormente, considerada como un derecho individual y un derecho social; es individual por incluir la protección de la integridad, identidad e intimidad del individuo y social porque implica la interacción activa y la responsabilidad de la sociedad y del estado en la observancia y protección de ésta.

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

- El Derecho a la Salud como derecho meramente individual.
- El Derecho a la Salud como derecho individual y social.

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

La segunda tendencia, a la cual se afilia el autor, parte de concebir el Derecho a la Salud como una suma de componentes individuales y colectivos, con la participación activa de la sociedad, lo que se ajusta los conceptos más novedosos en materia de salud. Esta corriente se genera tomando como punto de partida la aceptación del hombre.

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

La salud es, desde el punto de vista señalado anteriormente, considerada como un derecho individual y un derecho social; es individual por incluir protección de la integridad, identidad e intimidad del individuo y social porque implica la interacción activa y la responsabilidad de la sociedad y del Estado en la observancia y protección de ésta.

1.4.1 Naturaleza Social del Derecho a la Salud

La naturaleza Social del Derecho a la Salud implica cuatro dimensiones de importancia, las cuales son: la Igualdad y Universalidad de la atención, Integración, Participación y Eficiencia.

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

La integración se refiere conjuntamente: a) Las medidas de salud, los niveles de atención y la continuidad de la atención, y b) A la salud en el proceso de desarrollo. El primer aspecto amplía la noción de igualdad como el derecho a la atención integral y el pronto acceso a todos los niveles de atención, según la necesidad. En consecuencia se refiere a la igualdad en la calidad de la atención, conservación y promoción del Derecho a la Salud para que cada persona se realice al máximo. El segundo, se refiere a la salud como

responsabilidad intersectorial y su elevación a la máxima expresión de bienestar.

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

La eficacia permite emplear los recursos disponibles de la manera mas apropiada para que sean adecuados para prestar servicios de salud que permitan atender verdaderamente las necesidades reales y crecientes de la población.⁹

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

Existiendo estas cuatro dimensiones frente a este Derecho, existe como contrapartida un deber, surgiendo ante ello la cuestión sobre que responsabilidad podemos hallar enmarcado el Derecho a la Salud, y encontramos tres tipos de responsabilidad que son :a) Responsabilidad Penal: cuando se ocasiona la muerte o un daño que afecta directamente al paciente, se puede responder penalmente, lo cual esta regulado en el Código Penal, con respecto a la administración de este derecho, el Estado responde a través del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social por medio de sus dependencias. b) Responsabilidad Administrativa: esto implica que el daño o la muerte ocasionada, ha sido por la mala administración o por los problemas que se dan internamente en hospitales o unidades de salud, aquí la responsabilidad es

⁹Sánchez Martínez, Irma Judith Ana; *Et al.* Op. Cit. p. 13-14

para los funcionarios públicos, aun que para la administración publica en si, la responsabilidad es muy relativa, y en muchos casos se limita a la destitución, como ultimo recurso o, en otros casos a la suspensión temporal de sus empleos o funciones, así como multas. C) Responsabilidad Civil, esto es cuando se ocasiona un daño pecuniario y el funcionario puede responder civilmente por sus actos que ocasionaron el daño, pero esto en el Derecho a la Salud no tiene eficacia.

1.4.2 Ubicación del Derecho a la Salud dentro de la División Bipartita de los Derechos Subjetivos.

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

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

En tal sentido, el Derecho a la Salud también formula ese tipo de divergencias al tratarse de ubicar dentro de esa gama de derechos subjetivos. Es de importancia señalar que no siempre la salud fue considerada un derecho. Un síntoma de las dificultades para consagrarlo como tal, lo da el hecho de que

cuando hubo que plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se los dividió en dos pactos: por un lado los derechos civiles y políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por el otro los derechos económicos, sociales y culturales, (dentro de los que se encuentra la salud) a los que el Estado debe proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

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

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

El Derecho a la Salud aparece en el Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales y por tanto, las posibilidades de exigir al Estado su cumplimiento tienen las mismas dificultades que la mayoría de ellos.

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

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

A pesar de los obstáculos que se enfrentaron para consagrar los derechos económicos, sociales y culturales, y el propósito expreso de darle un nivel de exigibilidad menor, luego de muchos años de trabajo y a través de distintas instancias, se ha logrado consagrar la **universalidad, interdependencia e indivisibilidad** de los derechos humanos. Podemos agregar además que estos derechos son **inderogables, no pueden restringirse o menoscabarse** (Prot.El Salvador, art.4) y sólo podrán establecer restricciones o limitaciones a su goce y ejercicio a través de leyes y cuando tengan por objeto "preservar el bienestar general dentro de una sociedad democrática, en la medida que no contradigan el propósito y razón de los mismos". (P. El Salvador, art.5).

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

La realización de los DESC no depende "de la sola instauración de un orden jurídico ni de la mera decisión política de los órganos gubernamentales, sino de la conquista de un orden social donde impere la justa distribución de los

bienes,..." Por tanto, según Nikken, "La violación no emana de un acto sino de una omisión, muchas veces condicionada a la existencia de recursos que permitan la satisfacción de esos derechos, por lo que para establecer que un Estado los ha violado, no basta comprobar que no se está gozando, sino que el comportamiento del poder público, en orden a alcanzar este fin, no se ha adecuado a los estándares técnicos apropiados".

En Estados Unidos, país que ratificó sólo el Pacto de los Derechos Civiles y Políticos pero no ratificó el Pacto de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, la salud no es considerada un derecho sino un servicio, al que se accede si se tiene medios para ello. O sea, su disfrute queda librado a las posibilidades de cada ciudadano/a. En cambio en Latinoamérica, Canadá, Africa, la mayoría de los países asiáticos y la Unión Europea, la salud es ahora, como en Argentina, un derecho.

1.5 Principios que rigen el Derecho a la Salud.

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

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

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

Lo anterior se ve reflejado en uno de los fines del Estado, cuando en su artículo 1 inc. 3º expresa que el Estado está obligado a proteger el Derecho a la Salud, como uno de sus fines principales; esta finalidad, la desarrolla a través del Ministerio de Salud y Asistencia Social y del Consejo Superior de Salud Pública, utilizando como base para este desarrollo una política nacional de salud, que cambia de acuerdo a las políticas implementadas por los gobiernos de turno, pero que siempre deben de respetar los principios establecidos en la Constitución de la República, los cuales sin distinción alguna van dirigidos a proteger la salud de todos los habitantes, sin distinción alguna¹⁰.

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

Cuando se dice que la salud es un bien público, esto indica que nadie puede arrogarse el derecho de privar a otro del acceso a la salud, es algo que todos tenemos desde que nacemos y aun dentro del vientre materno, algo inherente de cada quien, que no se puede renunciar porque nos pertenece como un derecho natural y jurídico, garantizado por la ley primaria.

Este principio según el artículo 65 de la Constitución de la República, el Estado debe establecer la política nacional de salud 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 estos presten servicios relativos a la salud en clínicas, consultorios, hospitales o farmacias.

¹⁰ Constitución de la República de El Salvador, Asamblea Constituyente, Decreto N° 38, D.O. N° 234, Tomo N° 281, del 16 de diciembre de 1983.

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

El artículo 66 de la Constitución de la República expresa que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la deseminación 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 están obligados a proveerlos gratuitamente a personas de escasos recursos económicos y a todos en general, cuando se trate de prevenir la diseminación de enfermedad transmisible, lo anterior no obstaculiza que esa promoción y protección sean realizados o prestados por entes descentralizados. En este último caso corresponde al Estado, la función de control y vigilancia, para que no se vulnere este derecho.

El art. 68 de la Constitución de la República, dispone que un Consejo Superior de Salud Pública velará 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.

Existen en la Ley Primaria otras disposiciones, con relación a la salud, así encontramos el artículo 1 el cual establece como obligación del Estado, asegurar a los habitantes, bienes como la salud. Desde el punto de vista del sujeto activo de la obligación, un postulado de esta naturaleza implica que la salud es un derecho que se tiene frente al Estado.

El artículo 2 de la Constitución de la República establece que toda persona tiene Derecho a la vida, y la salud, considerando que este como un Derecho Natural a todos los seres humanos. Como complemento a este artículo, el artículo 11 del mismo cuerpo legal dice, “que ninguna persona puede ser privada del derecho a la vida”, que tiene por sujeto activo o pretensión cada individuo y por sujeto de obligación o pasivo, de manera inmediata, a los titulares del poder y de la autoridad pública; se traduce para el Estado y sus agentes en una obligación.

1.6 Objeto del Derecho a la Salud

El Derecho a la Salud ha tenido como finalidad 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 existencias 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 que es libre para escoger sus metas y para elegir los medios para lograrlas sin mas limites que los que impone el respeto a la libertad de los demás y la necesidad de preservar la sociedad (Art. 4 Cn.); la protección de la Seguridad Social como un servicio publico de carácter

obligatorio que debe de ser prestado por una o varias instituciones debidamente coordinadas.

En sentido amplio tienen por objeto la salud humana y su protección, entendida la salud como una actitud de armonía que abarca los estados de completo bienestar físico, mental y social, lograda en un medio ambiente que garantice la sostenibilidad de este equilibrio.

1.7 Sujetos del Derecho a la Salud

La Constitución de la Republica de El Salvador establece que el sujeto obligado a garantizar el goce de salud, la vida y la integridad física, es el Estado Salvadoreño, a través del Ministerio de Salud Publica 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 Medico 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.¹¹

¹¹ Fuenzalida, Hernán. " El Derecho a la Salud en las Ameritas" Organización Panamericana de la salud, Publicación Científica N° 509, año 1989, s.e.pp. 525,531 y 543

De lo anterior se puede concluir que el Estado, esta 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.

1.8 EL Bien Jurídico Tutelado.

Para tener una mayor comprensión de lo que trata este apartado, primeramente se plantea una definición de lo que se entiende como bien publico, la cual servirá de referencia para luego analizar la salud como tal.

El bien publico: “Es aquel cuyo dominio pertenece a la nación y su uso a los habitantes”.¹²

Para Bolaños Sandoval es: “Conjunto de bienes afectados al uso directo de la colectividad y destinados al uso publico de los administrados”.¹³

Una vez dada la definición, podemos afirmar que la salud, como bien publico, lo constituyen todas aquellas medidas que van en pro de conservar y restablecer la salud de la población salvadoreña. Tanto el Estado como los particulares están obligados a garantizar el cumplimiento, como derecho social, plasmado en la Constitución de la Republica, el cual es una de las principales necesidades básicas para alcanzar el bienestar social, y por consiguiente lo que constituye una de las premisas para lograr el desarrollo de nuestro país, pero es

¹² Barriere, Jorge Adalberto. “Personas y Familia”, Guía de Estudios, San Salvador, año 1974, p. 11.

¹³ Bolaños Sandoval, Juan Manuel, et al. Tesis: “Bienes Públicos”, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Universidad de El Salvador, año 1979, p. 2.

de hacer notar que el Estado, como ente garante de la sociedad es el primero en estar obligado a dar cumplimiento a dicho principio constitucional.

Ahora bien, conforme al marco jurídico que rige la organización y funcionamiento de la administración pública salvadoreña, el Estado tiene la responsabilidad de dictar leyes y demás disposiciones conducentes a viabilizar las acciones de la salud en general y así atender y prevenir las enfermedades que resultan de las relaciones propias de los individuos y su medio ambiente, en función de las condiciones demográficas, ecológicas y geográficas.

La Constitución vigente contiene disposiciones que inciden sobre la salud directa e indirectamente. La sección cuarta se refiere específicamente a la salud pública y a la asistencia social y forma parte del Capítulo II que trata de los derechos sociales y que junto con el Capítulo I sobre los derechos individuales forman parte del título II, referente a los derechos y garantías de la persona.

La constitución establece en sus artículos 65 y 66 que la salud es un bien Público y toda persona esta obligada a velar por su conservación y que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos. De lo anterior es de comentar que si bien es cierto el Estado incrementa cada año el presupuesto al sector salud, este no toma en cuenta que el costo de la vida aumenta cada año. Pero no se puede obviar que con lo poco asignado a este sector se han hecho actividades para contrarrestar algunas necesidades medicas y de ayuda contra enfermedades que atacan a la población; además, el Estado también a contribuido con solicitar ayuda internacional de instituciones medicas para llevar la salud a las poblaciones mas pobres del país, al grado de involucrarse la empresa privada.¹⁴

¹⁴ El Diario de Hoy, 19 de Julio de 2001, p.55

Si bien es cierto estos hechos son positivos, todavía existe mucho que hacer por este sector que cada día necesita de más apoyo. El bien jurídico tutelado, consiste en como está protegido el bien jurídico y la forma de hacerlo valer por los habitantes, incluyendo a los extranjeros, ya que el artículo de la Constitución de la República reconoce el derecho a entrar, permanecer y salir del territorio de la República y esto permite establecer en la ley secundaria limitaciones al mismo. Ello faculta al Estado a controlar las fronteras tanto por razones sanitarias como de otra índole. Esa libertad puede ser suspendida o restringida en casos de epidemias, catástrofe u otra calamidad general.

El artículo 101 del cuerpo legal citado también establece: Que el orden económico debe responder a los principios de justicia social y asegurar la existencia digna del Ser Humano.

La forma de cómo hacer prevalecer la Justicia que reclame cualquier ciudadano, es a través del Artículo 247 de la Constitución de la República que establece “Toda persona puede pedir amparo ante la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia por violación de los derechos que otorga la presente Constitución”.

En lo que respecta a la Legislación Secundaria, el Código de Salud establece un especie de Juzgado Especial de Sanidad, con el propósito de controlar el comportamiento y ética de los miembros de las profesiones que tienen relación con la salud. Estas autoridades son de conformidad al art. 289 del Código de Salud; el Consejo Superior de Salud Pública, Juntas de Vigilancia, y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social son las encargadas de imponer las penas contempladas en el citado Código, pero solo en referencia a dichas profesiones. Sus resoluciones son apelables ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el que resuelve con audiencia al interesado, permitiendo la presentación de pruebas si fuere necesario.

Asimismo, el art. 32 y siguientes del mismo cuerpo de ley establece que cualquier persona mayor de 16 años que resultare perjudicada con una infracción contra la salud o que presenciare o tuviere conocimiento de ella, podrá denunciar ante la autoridad de salud.¹⁵

En conclusión, cuando se refiere a la salud como bien público, es porque así lo eleva a tal categoría la Constitución, siendo de suma importancia que se le de cumplimiento de una forma oportuna real y concreta.

¹⁵ Recasens Siches, Luís. "Tratado General de Filosofía de Derecho", Ed. Porrúa, ed. 9ª, año 1986, p. 55

CAPITULO II

EVOLUCION HISTORICA Y EFICACIA DE LA REGULACION NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO DE EL SALVADOR.

2.1 Historia del Derecho a la Salud en El Salvador.

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

En cambio la génesis del reconocimiento y de la proclamación de los derechos sociales del hombre se prepara y gesta a lo largo del siglo XIX, con doctrinas sociales, movimientos obreros, intervencionismo del Estado, progreso de la idea de Justicia Social, etc., y madura principalmente en el siglo XX, desde la Primera Guerra Mundial, siendo México quien abrió la brecha en este sentido con su Constitución de 1917.¹⁶

La Constitución de Weimar de la Republica Alemana dio gran amplitud a los derechos sociales y ejerció una gran influencia sobre otras constituciones. Esta preocupación por las exigencias de justicia social se extienden y se exceptúan durante la Segunda Guerra Mundial y en el periodo subsiguiente, y se manifiesta lo mismo en las nuevas constituciones que han sido elaboradas desde 1945, y en documentos internacionales como la Carta de San Francisco,

¹⁶ Araujo Velásquez, Ivette Roció. Et al. Tesis: “La ineficacia del Proceso de Amparo como medio de tutela frente a la violación del Derecho a la Salud”. Universidad de El Salvador, San Miguel, año 2004, p. 49-50.

la Declaración Universal de Derechos del Hombre y otros Acuerdos de las Naciones Unidas.¹⁷

Ahora bien, respecto a El Salvador, el Derecho a la Salud ha ido evolucionando en unas etapas con menor o mayor intensidad, también ha sido tomado en cuenta en mayor o menor medida en las Constituciones de este.

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 los territorios que ahora son Chiapas (México), Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica.

El proceso 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 antes las Cortes del Cádiz¹⁸. Esta declaración fue confirmada por los ayuntamientos de todas las provincias de Centroamérica en forma de cabildos abiertos y por el acta de Julio de 1824 que proclamo la independencia con carácter absoluto, no solo en cuanto a España, sino también respecto a cualquier otra potencia. El proceso termino con la emisión de la primera Constitución Federal en 1824 por medio de la cual se constituyo la Federación Centroamericana integrada por Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica, la cual se disolvió en 1838 y se trato inútilmente restablecer en 1888 y 1921.¹⁹

¹⁷ Recasen Fiches. Tratado General de Filosofía del Derecho, Editorial Porrúa, S.A. p.602-603.

¹⁸ Gallardo, Ricardo. "Constituciones de El Salvador, Tomo II, Madrid, España. Diana Artes Graficas, año 1961, p. 265.

¹⁹ Op. Cit. Gallardo Ricardo. P. 662.

El Salvador comienza su vida independiente después de disuelta la Federación Centroamericana, con su Constitución de 1841. Hasta el momento ha tenido varias constituciones, las cuales se dividen en tres grupos²⁰:

1. Constituciones Republicanas y Democráticas con tendencia conservadora, en las cuales se guardaba gran vínculo entre la Iglesia y el Estado, que comprende desde la primera constitución hasta la de 1883.
2. Constituciones liberales y laicas, en estas persiste la separación de la Iglesia con el Estado, se dan a partir de 1885, la cual no llegó a entrar en vigencia; la de 1886, en la cual se proclamó la separación absoluta entre la Iglesia y el Estado e introduce el laicismo en todas las instituciones del Estado, rigiendo hasta 1939 y fue restablecida en Julio de 1944 a Noviembre de 1945.
3. Constituciones que acentúan el Intervencionismo del Estado. Esta tendencia se inicia en forma moderada en 1939, se intensifica con la de 1945, y se consolida con la de 1950, la cual se tratara en el siguiente apartado.

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

²⁰ Sanchez Martinez, Irma Judith. Et al. Tesis: “El Derecho a la Salud en la Constitución de la Republica de EL Salvador”. Universidad de El Salvador, año 1994. p. 20-23.

el Alcalde. Sin embargo como se puede observar el tema de la Salud Pública no era tan claro en las constituciones de este primer grupo.

Las constituciones del segundo grupo, a diferencia de las primeras, contenían directa o indirectamente disposiciones referentes a la salud. La Constitución de 1939 con sus reformas de 1944, disponía en su apartado 21 del artículo 67 que al decretar anualmente el presupuesto de entradas y gastos de la Administración Pública, la Asamblea Nacional debía arreglar la inversión de rentas de modo que sean atendidas preferentemente la salubridad, la educación...; en el artículo 105 numeral 8 entre los deberes del Poder Ejecutivo establecía el de “mantener la Salubridad Pública en el país y mejorar las condiciones higiénicas de sus habitantes”..., en el numeral 10 del referido artículo continuaba, “y proteger la maternidad y la infancia, organizando al efecto la Institución respectiva”. En el Título X, que trataba del régimen Departamental y Local, se encontraba el artículo 140 que permitía que las Municipalidades, “para llenar su función emitan acuerdos sobre policía, higiene y educación popular”. Así también se encontraban disposiciones que coadyuvan a la salud de manera indirecta.

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

En lo que se refiere a la legislación secundaria se puede indicar que desde 1821 hasta 1900 las cuestiones de salud fueron reguladas principalmente por leyes y ordenanzas de carácter municipal. A partir de 1900 la salud cobra la relevancia, en ese año se crea el Concejo Superior de Salubridad, inspirado en

el Código de Sanidad que hizo promulgar el perfecto de París Dubois, el 6 de Julio de 1807, y que en El Salvador, constituyo una verdadera revolución sanitaria.²¹

La Institución nace el 23 de Julio de 1900, con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. El Consejo determino que entre las actividades principales a realizar fueran: estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones de víveres, higiene de rastros y mercados, construcción de cloacas y sistemas de aguas servidas, obligatoriedad de instalar letrinas, lucha contra los mosquitos, visitas a establos, fábricas y beneficios de lavar café. El primer Código de Sanidad entra en vigencia el 24 de julio del mismo año. El 15 de agosto se creó la Dirección General de Vacunación la cual en 1907 se llamó Instituto de Vacunación Contra la Viruela.

En 1920 se fundó Dirección General de Sanidad dependiendo también del Ministerio de la Gobernación. En 1925 se nombra al primer odontólogo y se inicia la profilaxia antivenéreas en siete cabeceras departamentales. En 1926 El Poder Ejecutivo creó a través de la Subsecretaría de Beneficencia, el servicio de asistencia medica gratuita, cuya finalidad era prestar auxilio oportuno y eficaz a los enfermos pobres en todas las poblaciones de la República, la creación de circuitos médicos y especificando que en cada circuito se establecerá una Junta Calificadora integrada por el Alcalde Municipal y otros ciudadanos para clasificar a las personas como pobres, ya que la condición de escasez pecuniaria establecería el derecho de ser atendido gratuitamente, también especifica el mismo Decreto en su articulo 23 que este servicio de asistencia médica gratuita recibirá el apoyo moral y económico no solo del supremo Gobierno y de las Municipalidades sino también de las clases que por sus condiciones económicas tenga aptitudes para ello.

²¹ Sánchez Martínez, Irma Judith. Et al. Op. Cit. p. 24.

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

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

En 1950 El Ministerio de Asistencia Social pasaba a ser El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En Julio de 1951 se inician las actividades del área de demostración Sanitaria, proyecto conjunto con la OMS en este proyecto nació la Escuela de Capacitación Sanitaria la cual brindaría capacitación en adiestramiento en servicio, atención integral, organización de comunidades rurales para las actividades de saneamiento rural y puestos de salud. En 1956 existían 40 servicios locales bajo la Dirección General de Sanidad, pero debe tenerse presente que el Ministerio tenía bajo su supervisión y coordinación: 14 hospitales, Escuela Nacional de Enfermería, la Beneficencia Pública, Guarderías Infantiles, los Hospicios, Asilo de Ancianos, Sociedad de Señoras de la Caridad y la atención a la ayuda técnica de Organismos Internacionales. Para el año de 1958 después de 10 años de labores para la erradicación de *Aedes Aegypti*, en la XII Reunión de Consejo Directivo de la OPS/ OMS declaró al país libre de este. Para finalizar la década en 1959 se contaba con 74 servicios locales, con el área de demostración sanitaria.²²

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

Se observa que si bien la legislación constitucional no refleja la mente o intención del legislador, la ley secundaria si lo hace a partir de 1900; desde entonces se produce un cambio sustancial en el enfoque del Derecho a la Salud. Podemos añadir que la política estatal cambio y apoyo la acción del consejo superior de salubridad, como dice Allwood Paredes. “la vida de la institución sanitaria es el fiel reflejo de la vida política, científica y social del pueblo”²³

²² <http://mspas.gob.sv/historia.com>.

²³ Paredes J., Allwood, Revista del Ministerio de Salud, publicaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1985, p. 13

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

La constitución de 1950 consolida la tendencia respecto de la constitución que acentúan el intervencionismo del Estado; en esta se introducen principios de la Democracia social. Se limita seriamente la autonomía de la voluntad, los derechos individuales dejan de ser absolutos y su regulación queda librada a la legislación secundaria, la cual no debe llegar a vulnerar el principio fundamental, pero si puede limitarlo seriamente. Se eleva a la categoría de Derechos Sociales, los que tienen que ver con la familia entre ellos el Derecho a la Salud²⁴.

Con respecto a la Salud Publica y Asistencia Social, la exposición de motivos de la constitución de 1950 manifiesta que “se establece como una de las obligaciones primordiales del Estado la protección, y el restablecimiento de la salud por que se estima esta como el don maspreciado del hombre; la salud de un pueblo la constituye la condición indispensable para su progreso y todo gobierno que propenda a tal fin tiene que procurar mantenerse a la altura de los progresos de la ciencia, para asegurar a sus gobernados el pleno goce de la salud”²⁵.

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

²⁴ Sánchez Martines, Irma Judith. Et al. Op cit. p 21-22.

²⁵ Asamblea Constituyente. Documentos Históricos, El Salvador, año 1950, p. 221

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

En el capítulo anterior se determinó en cierta medida lo que se entiende por bien público, siendo nuestro entender una de las definiciones más concretas la de Bolaños Sandoval para quien es: “Conjunto de bienes afectados al uso directo de la colectividad y destinados al uso público de los administrados”²⁶.

Ahora bien constitucionalmente hablando fue hasta 1950 que se consideró que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. En este sentido podríamos decir que al declarar la Constitución que la salud es un bien público ha querido significar que ese estado de completo bienestar físico, mental y social que va más allá de la sola ausencia de afecciones o enfermedades, como diría la Constitución de la OMS, debe ser disfrutado por todos los habitantes de la República como aspiración de la sociedad salvadoreña. Hay en esto un interés comunitario y no meramente oficial del Estado o particular de los individuos. La sociedad, toda íntegramente considerada debe propiciar el logro de ese estado de salud, por eso la Constitución dispone en su Art. 65 que “El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”. Ahora bien, en la Ley Fundamental se encuentra otra disposición en el Art. 1 que establece como obligación del Estado el asegurar a los habitantes de la República, entre otros bienes, la salud. Correlativamente, y visto desde el punto de vista del titular activo de la obligación, un postulado de esta naturaleza implica que la salud es un derecho que se tiene frente al Estado. Aparentemente este concepto de la salud, derecho resulta contrario al anteriormente expuesto de la salud, bien público, porque en este último supuesto tanto el Estado como las personas están obligadas a velar para su conservación y restablecimiento.

²⁶ Bolaños Sandoval, Juan Manuel, et al. Tesis: “Bienes Públicos”, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Universidad de El Salvador, año 1979, p. 2.

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

De ambas disposiciones, de su relación con los demás referentes a la salud, y de lo expresado en la exposición de motivos de la Constitución de 1983 que dice “Dentro de la concepción del Estado que sustancia el proyecto organizado para la consecución de los valores de justicia, seguridad jurídica y bien común, de beneficio de la persona lo obliga a velar por la salud de los habitantes de la República. La salud es, a juicio de la Comisión, uno de los factores más determinantes en la consecución de este bien común que se valora como una de las metas finales de la organización estatal. La persona humana no es un ser abstracto sino viviente, cuyas necesidades primarias son corporales”...”en tal sentido, la salud, tanto preventiva como curativa, es parte de los medios que el Estado debe promover para la realización de sus propios fines. La realidad salvadoreña hace que el Estado tenga que definir y aplicar determinadas políticas de salud”... “por eso, el proyecto establece con claridad que la política nacional de la salud es determinada, controlada y supervisada por el Estado”²⁷, se puede concluir que la conservación y restablecimiento de la misma son un deber de carácter público y, por tanto, una función estatal.

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

²⁷ El Salvador, Asamblea Constituyente. Informe Único. Comisión de Estudio del Proyecto de Constitución.(Exposición de Motivos de la Constitución de 1983) p. 54

inciso que establece la atribución del Estado de determinar, controlar y supervisar la política nacional de salud.

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

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

Con respecto a lo anterior es de establecer que la salud es un bien público y no una mercancía, por lo que no es cierto que la salud en manos de la empresa privada necesariamente resuelva la ineficiencia y la falta de calidad del sistema de salud actual, porque no es lógico que el sistema público deba buscar objetivos como el crecimiento de las ganancias privadas.

2.2.2 El Derecho a la Salud Gratuita en la Constitución de 1983.

El Derecho Constitucional es la rama del Derecho Publico que tiene por objeto la organización del Estado de garantizar la salud como un bien jurídico, en beneficio de la persona humana la cual no esta obligada al pago por los servicios médicos pues es una garantía y obligación del estado de velar por la salud de los habitantes de la República de El Salvador, constitucionalmente este derecho equivale a un servicio social proporcionado por el estado gratuitamente sin percibir remuneración alguna²⁸.

El Estado para satisfacer las necesidades de sus habitantes se obliga para con ellos a proporcionar protección, seguridad, bienestar y el goce de los derechos sociales siendo una obligación o exigencia moral que debe regir la voluntad libre y vinculada a ser una cosa. Constitucionalmente la obligación enmarca a todo aquello que se ajusta o es conforme a las normas que la Constitución establece²⁹

La práctica medica esta social e históricamente definida y tendrá formas y efectos diferenciales para los distintos grupos y estratos poblacionales en donde juegan un papel importante la oferta y la posibilidad de acceso que la población tenga. En los distintos países y mas aun en las sociedades complejas, es posible encontrar estratificaciones en la población; así como, diferentes formas de practica medica y de servicios de salud, algunos simples y sencillos grupos marginales , otros pobres, con un nivel de sofisticación tecnológica orientada para sectores minoritarios y que puedan pagar por estos servicios.

²⁸ Fundación de Estudio para la Aplicación del Derecho. Estudiemos Nuestra Constitución año 1983. Pág. 23

²⁹ Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador. Decreto N° 38 de fecha 15 de diciembre de 1983. Constitución de la Republica de El Salvador.

Estos y otros hechos marcan verdaderas barreras discriminatorias para la medicina; por otro lado al acceder a un servicio de salud se convierte en una verdadera necesidad para unos y lucro para otros. Se torna por tanto, evidente la reproducción de las desigualdades sociales en la génesis de las enfermedades y en los accesos del servicio de salud.

De ahí que la manifestación de que la salud es un Derecho, es irreal, por cuanto “Si el dinero es una barrera para la medicina, el sistema es discriminatorio”³⁰.

Del análisis anterior podemos decir que este derecho es excluyente y privilegiado, pues basta con tener una observancia directa del fenómeno, para percibir la magnitud de todas sus manifestaciones. Para el Derecho Constitucional Salvadoreño, la Salud es una función Estatal que obliga al Estado y a los particulares a su promoción, conservación, recuperación y rehabilitación como factor vital del desarrollo del país. El Derecho a la Salud se refiere al hombre íntegramente considerado en su doble dimensión individual y social, lo protege desde la concepción durante toda su vida.

Al Estado le corresponde 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 medio ambiente, el trabajo, la familia, 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 constituya un fin en si mismo sino un instrumento al servicio del hombre, origen y propósito de la actividad estatal y debe estar orientada a la conservación de la justicia de la seguridad jurídica y del bien común.

³⁰ Fuenzalida, Hernán, “El Derecho a la Salud en las Americas” Organización Panamericana de la Salud, Estudio Constitucional Comparado, Publicación Científica N° 509, año 1989, p 525,531 y 543.

La salud como un Derecho Social, se considera desde hace mucho tiempo como un derecho humano básico, que implica fundamentalmente que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida, a fin de que cada persona pueda llevar a la practica el plan de vida que ha escogido, y se le garantice un nivel mínimo de atención de salud individual y la protección de la salud publica.

En lo concerniente al Estado de bienestar humano o de funciones normales estas dependen intrínsecamente de las expectativas individuales y culturales de una persona en un entorno que se considera sana pero que podría en otro, considerarse carente de salud.

Los sociólogos de la medicina han observado desde hace mucho que las percepciones individuales de la salud o la enfermedad, dependen no solamente de la idiosincrasia física o psicológica personal, sino también de las expectativas culturales.

También las definiciones medicas profesionales de la salud pueden mostrar diferencias según la expectativas culturales, Pannenberg, ha enunciado claramente la difusión de la salud que da el profesional medico moderno residente de un país en desarrollo y las percepciones y necesidades generales de la población de los países de menor desarrollo. Aparentemente, entonces, no parece posible llegar a un acuerdo respecto de una definición legal sobre Derecho de Salud pues es un concepto que resulta difícil de definir o puede ser definidas por un medico en ciento ocho términos estándares de funcionamiento normal. Pero, ese a que entre los profesionales de la salud esta como un derecho se encuentra ya mas o menos definida en la comunidad de legisladores, abogados y funcionarios ejecutivos que redactan leyes que gobiernan los derechos sociales e individuales.

Se ha dicho que la definición de la Organización Mundial para la Salud es excesivamente amplia y baga a los fines del texto jurídico; sin embargo es satisfactoria como declaración de una intención general, en parte porque es difícil encontrar otra adecuada, que para estos efectos pueda ser mas precisa.

En los años recientes en lugar de ensayar una definición de la salud los textos han puesto mas énfasis en usar una serie de indicadores concretos y cuantificables, por lo tanto resulta apropiado y conveniente examinar las cuestiones legales de política en el contexto de salud como un derecho.

Con respecto a todo lo anterior se establece que en el artículo 1 de la Constitución de la Republica en su inciso segundo expresa que es obligación de el Estado asegurar a los habitantes de la Republica, el goce de la Libertad, la Salud, la Cultura, el Bienestar Económico, y la Justicia Social.

Es al segundo derecho, es decir, a la salud que menciona este artículo en su segundo inciso, el que la Constitución de la Republica, desarrolla en la Sección IV, Salud Publica y Asistencia Social; el artículo 65 cuando dice la salud de los habitantes de la Republica constituye un Bien Publico. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Cuando el artículo menciona a las personas como obligadas a velar por la conservación y restablecimiento de la salud, no especifica que clase de personas son las que pueden contribuir a ello. Es conocido en el país, que la inmensa mayoría de las personas carecen de recursos económicos para procurarse un poquito de salud, la cual indica la no posibilidad de procurar para otros.

Por otro lado con la afirmación del artículo en comento, el Estado es el ente obligado a dar salud a las personas, aceptando que la salud, es un

derecho inherente a la persona misma, es decir, es algo que no se le puede negar, quitar ni comprar.

Pero lo anterior resulta contradictorio frente a la realidad, pues la salud es uno de los problemas más agudos que debe resolver el Estado. Es conocido el hecho del cobro por consultas en los hospitales del sistema a los pacientes de escasos recursos económicos desde \$1.14 en adelante y además de pagar corren el riesgo de no lograr medicina, la cual deben comprar por su propia cuenta, pues dichos hospitales no están dotados de la medicina necesaria. Asimismo no se le da asistencia gratuita, a las personas de escasos recursos y en general a nadie porque todos tienen que pagar en menor o mayor cuantía por pasar consulta. En base a este análisis surge la pregunta ¿Donde queda el espíritu del artículo 66 Cn?

2.2.3 Análisis de la aplicación de los principios constitucionales que rigen el Derecho a la Salud.

Si bien es cierto, en el Capítulo I de la presente investigación se trato en cierta medida los principios que rigen el Derecho, los cuales son, fundamentalmente, el principio de Igualdad y el de La Salud como Bien Publica, los cuales, como se determino, se reflejan en el apartado constitucional, entre los artículos 65 y 66 de la misma, en este apartado lo que se tratara de enfocar es que, si bien, los principios en mención son los mayor resonancia constitucional, ello no obsta de contemplar la existencia de otros, que al final de cuentas vienen a complementar a los anteriormente tratados, y que son a los que nos referimos en este agregado.

En este apartado se trataran no solo los principios, a secas, sino también una serie de valores, que conforman el Derecho a la Salud, los cuales son.³¹

Universalidad: Es necesario garantizar los servicios de salud a toda la población. El Estado no debe evadir su responsabilidad de dirigir, regular, financiar, y proveer atención en la salud.

Equidad: Los satisfactores de la salud deben proveerse de manera proporcional y justa a toda la población según sus necesidades. Equidad se refiere al acceso a los servicios de salud y a la distribución justa de los fondos estatales, establecimientos y personal de salud, ambientes saludables y otra facilidades para acceder al conocimiento, capacidades y poder de participación en el goce de la salud.

Solidaridad: Todas las personas naturales o jurídicas deben contribuir a la salud del resto de la población de acuerdo a sus posibilidades. Esto se logra de diferentes maneras como: pago de contribuciones, programa de atención a los adultos mayores por parte de los jóvenes y otras.

Integralidad: La salud debe atenderse más allá de la curación, pues comprende la satisfacción de muchas necesidades humanas y muchos otros factores que afectan el goce de este derecho. Por eso se debe incluir la prevención, rehabilitación, atención psicológica, y otras áreas para mejorar la calidad de vida.

Accesibilidad: La atención en salud debe ser brindada sin ningún tipo de barreras: geográficas, económicas sociales, educacionales y otras.

³¹ Procuraduría para la Defensa de Derechos Humanos. "Fundamentos del Proceso de Reforma del Sector Salud en El Salvador". Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud, El Salvador, año 2005, pp 16-18

La accesibilidad comprende aspectos tales:

- La no discriminación: los servicios de salud deben ser accesibles para todas y todos, especialmente para la población más vulnerable.
- Accesibilidad física: los servicios de salud debe estar al alcance de todas las poblaciones, especialmente los grupos vulnerables como indígenas, población rural, mujeres, adolescentes, personas con discapacidades, niños y niñas y personas con VIH. La accesibilidad a la salud también significa contar con servicios básicos de agua potable, también en las zonas rurales o que los edificios sean adecuados para las personas con discapacidad.
- Accesibilidad económica: los pagos en lo establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de toda la población, especialmente a los mas pobres según su capacidad de pago.
- Acceso a la información: toda persona tiene derecho a solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud, así como educarse para prevenir y tratar los problemas de salud.

Calidad: Los servicios de salud prestados deben ser los adecuados para alcanzar un nivel adecuado de salud.

Calidez: Los servicios de salud deben prestarse con un buen trato humano: entusiasmo, comprensión, responsabilidad y amabilidad.

2.3 El Derecho a la Salud en la legislación secundaria.

El Derecho a la Salud, como se ha mencionado con anterioridad, tuvo desde sus inicios un mayor trato por parte de la legislación secundaria, tal es así que desde 1821 hasta 1900, las cuestiones de salud ya eran verificadas por medio de leyes y ordenanzas. Sin embargo como se verá lastimosamente, en cuanto a

la prestación de un servicio gratuito, dicha legislación deja mucho que desear, pues al parecer, esta limita ha hacer regulaciones de tipo administrativo, mas que el desarrollo esencial constitucional.³²

2.3.1 Código de Salud³³.

El artículo 1 del Código de Salud establece: "que este código tiene por objeto desarrollar...", lo cual se desarrolla en una forma mas amplia en el Artículo 14 donde determina cual es el ente a través del cual el Estado velara por la salud del pueblo, siendo este el Consejo Superior de la Salud Pública juntamente con el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.

En la practica se ha podido comprobar, que no obstante la importancia de la labor encomendada al Consejo Superior de Salud Publica, 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 actividad mas activa, para vigilar y controlar en una forma mas eficiente todas aquellas profesiones que tiene relación con la salud. El Consejo Superior de Salud Publica, 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 estas brinda a la comunidad, razón por la que tampoco ejerce control, pues como se vera mas adelante, en muchos casos de enfermedades, que se pueden prevenir o controlar no se hace por la mala capacitación o mala disposición de los profesionales, que por motivaciones mercantilistas, se preocupan mas por el aspecto económico que por el aspecto social y humano.

³² n. del ed.

³³ Código de Salud de la Republica de El Salvador. D.L. N° 955, D.O. N° 86 t. 299, fecha de publicación 11 de Mayo de 1988.

Todas las atribuciones encomendadas al Consejo Superior de Salud Pública, en el Artículo 14 del Código de Salud, están encomendadas 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, odontológica, 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 este objetivo.

Asimismo el Código de Salud, regula las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; para el caso el Art. 40, se refiere a que este Ministerio, será el encargado de determinar, planificar y ejecutar la Política y el Plan Nacional de Salud, dictar las normas pertinentes organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

La Política y el Plan Nacional de Salud, serán estudiados mas adelante, por el momento severa 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” regula el derecho de programas en las comunidades para capacitar a parteras que puedan ayudar aquellas mujeres que por cualquier motivo no puedan asistir a un Centro Hospitalario o a una Unidad de Salud; así también se regula el desarrollo de programas preventivos de enfermedades a través de charlas informativa, 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.

También se norma el desarrollo de programas de salud bucal, para prevenir las caries y la pérdida de dientes a temprana edad, estos programas los desarrolla el Ministerio de Salud, en coordinación con la empresa privada y universidades del país, en las que existen facultades de Odontologías, 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 servicio social en las unidades de Salud del Ministerio de Salud Publica 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 estas campañas; esto lo hace con el fin de proporcionar sus productos 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 lleva a cabo entre el Ministerio de Salud Publica 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, la 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 tienen relación con la medicina; estos 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 proveer 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 integrarlo como miembros activos de la comunidad; esto se trata de llevar a la práctica a través del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

Si bien el Código de Salud establece prohibiciones, a los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, no les impone una sanción para tales prohibiciones, como se puede ver en el Capítulo VIII, del Título I, en el que se establecen las obligaciones, derechos y prohibiciones, pero no sanciones para ellos, cuando no cumplan con sus obligaciones y cometan las infracciones establecidas en el Código de Salud. Lo anterior facilita los casos en los cuales profesionales relacionados con la salud, cometen errores, que en muchos casos ponen en peligro la salud y no los sanciona, por lo que vuelven una y otra vez a cometer dichos errores, a sabiendas que nadie les va a sancionar ni a exigirles una conducta adecuada a la profesión que ejerce.

En este aspecto es necesario que se reforme el Código de Salud, imponiéndose y estableciéndose el procedimiento a seguir para su imposición y

cumplimiento, lo cual ayudaría a que el factor social y humano en el Derecho a la Salud, se respete y no se vea como algo mercantil y de provecho personal.

Asimismo en el Título II, se regula las infracciones, sanciones, competencias y procedimientos, en caso, de que cualquier persona realiza actos que atenté contra la salud del pueblo³⁴, pero estas en la práctica no se llevan a cabo, por los tramites engorrosos que se tienen que realizar para poder hacer uso de estos Derechos.³⁵

2.3.2 Código Municipal³⁶.

En su artículo 4 numeral 5^o establece 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 basura, según el numeral 19 del artículo indicado; así también en el numeral 20, se establece la prestación del servicio de 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 que deja claro que este derecho es uno de los fines del Estado, garantizado en nuestra Constitución, al ser regulado en el Código de Salud, para ser desarrollado por instituciones del Ejecutivo, como por el Código Municipal, para que este intervenga activamente a promover, desarrollar y vigilar todas las acciones que tienen que ver con este derecho.

³⁴ Código de Salud de la Republica de El Salvador. Op. Cit. pp. 15

³⁵ Sánchez Martines, Irma Judith. Et al, pp. 40-44.

³⁶ Código Municipal de la República de El Salvador. D.L. N° 274 del 31 de Enero de 1986, D.O. N° 23 t. 290, fecha de publicación 5 de Febrero de 1986

Existen muchas mas 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 del Derecho a la Salud a que tenemos todos los salvadoreños.

2.4 Eficacia de las obligaciones del Estado Salvadoreño en cuanto al Derecho a la Salud.

La eficacia se entiende como la capacidad para lograr los objetivos propuestos con el mínimo esfuerzo y el menor costo posible, utilizando adecuadamente los recursos disponibles³⁷, es así, que en base a este concepto que se desarrolla el presente apartado, en el cual se explica las funciones que tiene el Estado respecto a la prestación del servicio de salud pública, obligación que le es conferida por mandato constitucional.

2.4.1 El Estado como Organismo rector de la Salud.

La salud es un bien público y su conservación y reestablecimiento constituye una función estatal, porque corresponde al Estado determinar la política de salud, controlar y supervisar su aplicación.

La Constitución de la Republica por su parte crea un Consejo Superior de Salud, encargado de velar por la salud del pueblo, de cuyas atribuciones más adelante se hacen referencia.

³⁷ www.uca.edu.ni/direcciones/pea/.htm

La función de determinar la política nacional de salud corresponde en sus etapas de formulación y ejecución al Órgano Ejecutivo, que cuenta entre sus secretarías de Estado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, este a su vez descansa en la Dirección General de Salud, como unidad técnico administrativa³⁸.

2.4.2 El Estado como organismo coordinador del sector Salud.

Por aplicación del principio que establece que la salud es un bien público y en su mantenimiento y conservación son funciones públicas, el Estado no puede permanecer al margen de las actividades de los particulares cuando estos prestan servicios relativos a la salud, en clínicas, consultorios, hospitales y farmacias. Por consiguiente, si bien es dable permitir a la iniciativa privada que actúe, con el fin de lucro o sin el, en la prestación del servicio de salud, corresponde al gobierno velar y controlar para que tales servicios sean prestados en condiciones adecuadas esta función esta encomendada al Consejo Superior de la Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de los Profesionales que tienen relación con la salud³⁹.

2.4.3 El Estado como proveedor del servicio de salud.

En cumplimiento de sus deberes como principal responsable de la atención de los servicios de salud, y como consecuencia de estar obligado a proveerlo gratuitamente a las personas de escasos recursos económicos cuando se trata

³⁸ De la Torre Arauz, Patricia, "Anales de la Universidad de Cuenca". T. XXXIX, año 1987-1988. pp. 154-156.

³⁹ Bertrand Galindo, Francisco. "El Derecho a la Salud en las Américas" s.e. s.f. pp 223 y 224

de prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible, el Estado tiene a su cargo una red de hospitales estatales dispersos en el territorio nacional reforzado por una red mas amplia de unidades de salud. Periódicamente, y por lo general con el apoyo y colaboración de organismos internacionales como la Organización Mundial para la Salud (OMP) y la Organización Panamericana para Salud (OPS), emprenden y realizan campañas de vacunación de enfermedades transmisibles o de erradicación de enfermedades endémicas. La prestación de estos servicios es gratuita, salvo algunas excepciones, y no esta regulada por leyes propiamente dichas sino por decisiones ejecutivas que cuentan para su realización con la asistencia de otros órganos del Estado y de las Asociaciones de servicios a los particulares. Todas las instituciones que brindan servicio de salud estatal son gratuitos, pero solicitan a los pacientes cuando ingresan una contribución voluntaria.

Los hospitales cuentan con servicios de pensionados a precios menores que los de hospitales privados cuyos ingresos sirven para su financiamiento, sin embargo la contribución en los hospitales estatales no pueden ser obligatorias en virtud del Principio de Gratuidad del servicio de salud para las personas de escasos recursos, según lo establecido por el Art. 66 de la Constitución.

Existen también los servicios de salud atendidos por medio de empresas privadas, que tienen por lo común fines de lucro, y por asociaciones de clubes de servicio que lo prestan con carácter gratuito, dada su capacidad económica y la atención individualizada que proveen, los servicios privados suelen ser eficientes pero por sus costos se encuentran reservados solamente a un sector privilegiado de la sociedad.

Se puede hablar también de los servicios mixtos prestados por instituciones con participación del Estado y de los propios beneficiados, como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; además existe otras asociaciones de tipo

cooperativo que tienen clínicas asistenciales y servicio de salud siempre bajo el control del Estado pero sostenido y financiado por sus miembros.

2.5 Organismos e Instituciones Gubernamentales competentes de garantizar el Derecho a la Salud.

Las instituciones que por mandato constitucional y por leyes secundarias, están obligadas a velar por la salud de todos los Salvadoreños, como es el caso del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Consejo Superior de Salud Pública.

2.5.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

De acuerdo al art. 1 de la Constitución, relacionado con el art. 65 de la misma, le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), determinar la Política Nacional de Salud y controlarla así como su supervisión y aplicación, el Código de Salud, en su Art. 41 encomienda a este Ministerio Orientar la Política Gubernamental en materia de salud Pública y Asistencia Social, así como establecer y mantener colaboración con los demás Ministerios, Instituciones Pública y Privadas, agrupaciones profesionales o de servicio que desarrollen actividades relacionadas con la salud.

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

El Ministerio, elabora políticas y estrategias que están enmarcadas dentro de lo que es la Política Global de Desarrollo Social del Gobierno, que van orientadas a detener el aumento de la extrema pobreza, aunque en la practica esto no se ve reflejado ni en los Centros Asistenciales del Gobierno ni privados, ni mucho menos en las oficinas de apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

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

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

Este objetivo, el Ministerio, trata de cumplirlo a través de diferentes programas que realiza, pero que siempre va limitado por la falta de un presupuesto adecuado, pero que ha tratado de darle seguimiento. Es así que realizó en el periodo de 1989 a 1993, campañas nacionales de vacunación, fortalecimiento del modelo de atención medica a nivel de la región metropolitana puesta en funcionamiento del hospital Benjamín Bloom, puesta en marcha del Plan Nacional de Capacitaciones, fortalecimiento de la supervisión nacional, conducción de proyectos dirigidos al medio ambiente y de lisiados con el financiamiento de la Comunidad Económica Europea, aplicación de mecanismos para la coordinación Ínter gerencial, monitoreo y evaluación del programa de atención global, redefinición de la red de servicio de salud y reorientación del SILOS, aprobación y restablecimiento del sistema de

recuperación de costos a través de un plan piloto. Establecimiento del sistema de contabilidad gubernamental, suscripción del Convenio con la Comunidad Económica Europea para el tratamiento de desechos hospitalarios, apertura de laboratorio Central de Salud, remodelaciones y apertura de nuevos establecimientos de salud.

Todas las anteriores acciones iban dirigidas a cumplir con los objetivos generales del MSPAS, con ello se pretendía elevar la calidad y cobertura de los servicios sociales en los niveles básicos de atención, mediante una mayor inversión de recursos financieros destinados a ese fin; así como aumentar la eficiencia en la prestación de servicios a través de la mejora en la capacidad gerencial del manejo de recursos financieros, así como, de los procesos de información, supervisión y planificación de las instituciones sociales.

En el periodo comprendido entre 1989 – 1982, las actividades del MSPAS se desarrollo de acuerdo al plan nacional de salud, fueron de acuerdo al objeto general de fomentar, proteger y restaurar la salud de la población a través de la atención integral a las personas.

El MSPAS, para dar cumplimiento a su objetivo y tomando como base las políticas del Gobierno, definió como marco político y estratégico lo siguiente:

1. Mejorar el estado de la salud del pueblo salvadoreño, desarrollando programas dirigidos a los problemas prioritarios en función del riesgo de grupos vulnerables, haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades y ejecutando acciones de promoción y educación para la salud, así como la protección.
2. Coordinar las acciones necesarias para la conservación del medio ambiente para la vida humana.

3. Coordinar las acciones de las diferentes instituciones del sector con el objeto de estructurar, en el mediano plazo, un Sistema Nacional de Salud, que permita la mejor utilización de los recursos del país. El Ministerio coordina las acciones que realizan instituciones públicas y privadas vinculadas a la salud de la población.
4. Mejorar la capacidad de respuesta del Sistema de Salud para atender a las Necesidades de la población, concentrando los esfuerzos en el sector de extrema pobreza, articular los programas y actividades del Ministerio e ISSS, así como el de otras instituciones que prestan el servicio.
5. Implementar medidas y acciones para agilizar el proceso de desarrollo institucional del Ministerio, particularmente aquellas de desconcentración y descentralización que facilitaran la administración de los recursos en nivel regional y local.
6. Impulsar la adecuación de los recursos humanos del sector. Diseñar sistemas que aseguren la continuidad y superación del personal con el propósito de facilitar una utilización racional de los recursos disponibles.
7. Racionalizar la utilización de los recursos financieros asignados al sector salud y promover la participación económica del sector privado en la solución de los problemas de salud de la población.
8. Racionalizar la utilización de los recursos materiales, con el fin de mejorar y conservar la infraestructura física existente. Dinamizar el proceso de suministros y distribución de equipos, medicamentos y otros materiales críticos.
9. Colaborar con otros sectores sociales involucrados con el Ministerio de Planificación, en la reformulación y desarrollo de una política nacional de la población.

10. Armonizar la cooperación extrema al sector salud, en función de las prioridades nacionales a fin de que sea un recurso adicional para lograr los objetivos.

Como se puede ver en todas estas políticas, el gobierno del Licenciado Cristiani pretendió dar cumplimiento al mandato constitucional, pero en la realidad la salud del pueblo salvadoreño no fue atendida en la manera adecuada, porque siempre se vieron durante ese periodo escasez de medicamentos, falta de personal (especialmente de médicos), falta de una atención humanizada por parte de muchas enfermeras que olvidándose de su profesión maltrataban a los pacientes.

Es así que esas políticas en relación a la salud, en parte si se cumplieron a través de los diferentes programas que se llevaron a cabo como por ejemplo: reducción de la mortalidad infantil, a través de la capacitación de parteras., prevención de enfermedades, charlas educativas, impulso de la atención primaria como base esencial del cuidado de la madre y del niño, para contrarrestar la saturación de hospitales y unidades de salud, de aquellas enfermedades que pueden ser tratadas a tiempo, sin necesidad de llegar a extremos fatales. Aumento del número de promotores de salud ubicada en áreas de alto riesgo, como son las comunidades marginales, etc. Participación de sectores públicos y privados para los programas dirigidos a los problemas prioritarios de salud, destacándose las jornadas de vacunación y las acciones contra el SIDA, control epidemiológico del cólera, gracias a las diferentes acción del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social programas de fluocolutorios y cepillo dental se beneficio a mas de 750,000 niños de 5 a 12 años⁴⁰ , asistentes a parvularia y a los primeros cuartos grados de las escuelas oficiales del país y a los niños del área rural y marginal que no asisten a las escuelas.

⁴⁰ Resumen G:R: por el GOES. Ramo S:P: p A:S: año 1993, pp. 2 y 3

Se equipo a más de 12 unidades dentales y tres unidades móviles rurales, favoreciendo a una población de más de 50,000 habitantes, distribución de mezclas altamente nutritivas dirigidas a grupos de riesgo en 26 municipios prioritario, así como desarrollo de los recursos existentes para el control y erradicación de problemas epidemiológicos.

Así también el Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento a las atribuciones encomendadas tanto como la Ley Primaria como el Código de Salud, realizo sus funciones, tratando en la medida de lo posible cumplir con las metas propuestas, algunos de sus programas tuvieron el impacto deseado, pero mucho de ellos especialmente aquellos que tendían a mejorar la infraestructura y la capacitación de personal, creemos que no logro a un cien por ciento los objetivos deseados, pero si se minimizaron aquellos problemas epidemiológicos, aunque también hay que hacer mención, qué en muchos casos la falta de cooperación por parte de la población involucrada, hizo que no fuera posible cumplir las metas propuestas.

Gracias a los programas de vacunación, se ha logrado que casos de sarampión, tos ferina u otras enfermedades prevenible por vacunación haya descendido, aunque siempre la cooperación de la población es de suma importancia, ya que se dan casos en los cuales las madres de familia se resisten a llevar a sus hijos a control de vacuna, lo que permite que muchos niños se vean expuestos a enfermedades que se puedan prevenir.

De acuerdo a la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Departamento de Planificación, durante el periodo de 1989-1993, logro:

- Fomento en la capacitación de servicios de personal de salud y miembros de la comunidad y de diferentes instituciones públicas y privadas.

- Incremento de presupuesto asignado al ramo de Salud Pública y Asistencia Social en un 142% en relación a 1989
- Estudio sobre el costo de los servicios en establecimientos del Ministerio de Salud Pública y asistencia Social, lo cual conlleva a reorientar las políticas en cuanto al servicio médico-hospitalario.
- Construcción y remodelación de hospitales como el Benjamín Bloom, Zacamil, Maternidad y Santa Gertrudis, y Unidades de salud como Unicentro, Ciudad Delgado y San Marcos.
- Fortalecimiento de establecimientos ubicados en municipios prioritarios y riesgo, con personal médico y paramédico, material y equipo, así como medicamentos necesarios para brindar una mejor atención.
- Habilitación e instalación de 15 unidades y puestos de salud ubicados en zonas afectadas por el conflicto e identificados en el Plan de Reconstrucción Nacional, beneficiándose con ello a más de un cuarto de millón de habitantes.
- Creación y fortalecimiento de 28 centros rurales de nutrición en el área rural de todo el país.
- Dotación de 70 ambulancias con sus respectivos equipos a las 5 regiones de salud del país.
- Equipamiento médico-quirúrgico de 5 hospitales a un monto de \$3.5 millones, como parte de una primera fase.
- Reconstrucción del laboratorio para fabricación de vacuna antirrábica.

Todos estos logros han permitido que los hospitales, unidades de salud, hayan prestado una mejor atención que en años anteriores, aunque como se ha expresado, no ha sido del todo satisfactoria, ya que por la burocracia existente en muchos centros asistenciales la mayoría de las personas prefieren no

acudir a solicitar los servicios que presta el Estado, aunque un buen número de personas, se sientan satisfechas y al menos encuentran un poco de medicamento para su curación.

De acuerdo a la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la salud está dividida en tres niveles:

- a) Educación para la salud y acciones preventivas.
- b) Atención ambulatoria y hospitalaria
- c) Rehabilitación o recuperación post-enfermedad

Con esto se pretende que los casos de mortalidad, epidemias, y otras disminuyan poco a poco y que todos gocemos de una salud digna y en condiciones de igualdad.

Las acciones referentes a la salud, son cubiertas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Sector Privado lucrativo y por organizaciones no gubernamentales como médicos sin fronteras, asociación salvadoreña para la salud rural y la fundación salvadoreña para la salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cubre el 80% de la población, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social el 11% y el sector privado el 7.5%. Sin embargo, según los datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud en 1989 la consulta externa proporcionada fue atendida de la siguiente forma:

- 39.8% por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- 12.7% por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- 2.3% por otro tipo de instituciones como hospitales de las fuerzas armadas, etc.

El resto de la población, o sea el 45.53% fue atendida por el sector privado o no tuvo acceso a ningún tipo de atención.

Esto es alarmante ya que el Estado no esta proporcionando la atención debida y la mayoría de la población se queda sin recibir atención medica hospitalaria, por cuanto no todos tienen acceso a los servicios privados de salud, ya que los costos de estos son elevados y la población sobre todo, la que habita en las zonas rurales no tiene la posibilidad económica como sufragar los gastos en que incurrirá si van donde un medico o clínica privada.

Estos datos revelan, que el Estado, a través del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, no esta cumpliendo con el mandato constitucional de preservar la salud a todos los habitantes de la nación.

Un caso importante de mencionar es el área de rehabilitación, la que es atendida por el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, el cual cuenta con nueve centros de especialización dando una cobertura para el año 1982 de aproximadamente de 12,300 personas. En esta misma área de atención, el sector privado de forma complementaria atiende algunas incapacidades por medio de la Fundación Teletón pro-rehabilitación y la Institución de Ayuda Medica para El Salvador.

Aun así no se esta cubriendo a toda la población que necesita de los servicios de rehabilitación que presta tanto el gobierno como la empresa privada, por lo que se hace necesario que el Estado, incremente mas sus acciones, y realice en forma activa sus proyectos, que tienden a satisfacer la demanda de los servicios solicitados por la población.

Como se refleja, todavía falta mucho por hacer , para que el Derecho a la Salud , sea un derecho que llene todas las expectativas que la población espera

y que se brinde en una forma igual a todos, para lograr así una sociedad mas justa y con alternativas para alcanzar un desarrollo económico y social.

2.5.1.1 Recurso del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En sus inicios en 1950 el Ministerio contaba con 32 servicios de salud, para 1965 habían aumentado a 151, distribuidos en establecimientos de primero, segundo y tercer nivel de atención.

Para 1994 ya el Ministerio contaba con 378 establecimientos y en el año 2000 existen 610 establecimientos distribuidos de la siguiente manera 30 hospitales, 357 unidades de salud, 171 casas de salud y 52 centros rurales de salud y nutrición. Se ha priorizado la atención de primer nivel en las áreas rurales con casas de salud, implementando centros rurales de salud y nutrición , y mejorando la red de unidades de salud a nivel nacional. Esta red extensa de servicios permite mejorar el acceso en búsqueda de equidad en la atención de la población.

El personal del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, supera las 21,000 personas, de las cuales 2,184 son médicos, 202 odontólogos, 4566 enfermeras, 8,557 personal administrativo, obreros y servicios y 5,744 otras profesiones.

El Ministerio cuenta con 2,184 plazas médicas, 202 odontólogos, 1,573 enfermeras, 2,993 auxiliares de enfermería y 263 inspectores de saneamiento , lo que da una idea del bajo índice de personal que aun existe en estos recursos por habitantes, contándose por cada 10,000 habitantes 5 médicos, 0.5

odontólogos, 3.5 enfermeras, 7 auxiliares de enfermería y 0.6 inspectores de saneamiento ambiental.

Para la atención Primaria de salud en el área rural existen 1442 promotores de salud, que significa 5 promotores por 10,000 habitantes en esa misma área, 3.556 parteras empíricas, 3,000 colaboradores voluntarios de nutrición.

Como se aprecia, aunque las políticas, metas y estrategias, se planifiquen de una forma en la cual se logren los objetivos deseados, estos no podrán ser alcanzados, mientras que el Ministerio de salud no cuente con personal suficiente de médicos, enfermeras y todo aquel personal que le permita dar una cobertura a nivel nacional con mayor eficiencia y sin mucha saturación, ya que los programas primarios o preventivos jamás podrán superar la falta de personal en los servicios-hospitalarios.

2.5.2 Concejo Superior de Salud Pública.

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

Las atribuciones que le corresponden al Concejo se encuentran plasmadas en el Capitulo II del Código de Salud; así también tiene otras funciones que le facilitan su labor de velar por la salud del pueblo. Estas funciones, algunas de ellas, las realiza a través de la Junta de Vigilancia de las diferentes profesiones que tienen relación con la salud.

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

Además cuenta con tres representantes electos de entre sus miembros por cada uno de los gremios: Médico, Odontológico, químico-farmacéutico y médico-veterinario. Esto deberá ampliarse a más profesiones relacionadas con la salud, como es el caso de las enfermeras que juegan un papel importante, anestesiólogos, laboratoristas, psicólogos, que también tienen mucha importancia para la salud de la población.

Las juntas de Vigilancia se formaran por cinco académicos cada una perteneciente a las respectivas profesiones, electos en la Asamblea General de Profesiones de cada gremio, convocada especialmente para tal efecto por el Consejo Superior de Salud Pública.

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

porque las personas no ejercen sus derechos cuando se ven vulnerables éstos en el área de salud.

El secreto profesional, es el mecanismo por medio del cual los médicos no se perjudican y guardan el estricto silencio al respecto, así como la burocracia existente para ejercitar las acciones entre la Junta de Vigilancia, Concejo Superior de Salud y el Propio Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, razón por la cual muchas personas aunque tengan desavenencia con el profesional que las atendió, mejor se quedan calladas.

De acuerdo a lo anterior, al Consejo Superior de Salud Pública y a las Juntas de Vigilancia de las profesiones que tienen relación con la salud, le son encomendadas cuestiones de suma importancia para la salud, pero que éstos organismos realizan una actividad meramente administrativa sin preocuparse por una actitud más activa que les permita cumplir con las funciones emanadas de la Constitución de la República como del Código de Salud.

Muchos de los dictámenes que emite el Consejo y las Juntas de Vigilancia, son condicionados por factores políticos y económicos.

2.6 El Sistema de Salud en El Salvador.

Se entiende como Sistema de Salud: “Todas las Organizaciones, Instituciones y Recursos dedicados a producir actividades de salud, es decir, cualquier acto en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar la salud”⁴¹.

⁴¹ Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. “Propuesta Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”. El Salvador, año 2006, p. 52.

Para dar cumplimiento al Art. 65 de la Constitución de la República⁴², se propone crear el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de actores regidos bajo normas de Derecho Público y Privado, que suministren, en forma directa o indirecta bienes y servicios de atención curativa de recuperación y rehabilitación de promoción de la salud y prevención del riesgo y del daño. El Estado es el principal responsable de la atención en salud de los salvadoreños⁴³, como actor primario y las instituciones privadas proveerán servicios como actores complementarios.

El proceso de reforma de salud responde a los derechos y deberes de los habitantes de la República así como al rol del Estado en dar atención gratuita a las personas que carezcan de recursos. Además, se concibe el concepto de salud de forma integrada e intersectorial partiendo de la necesidad de bienestar de los usuarios desde el ámbito local asegurando calidad de vida, protección social y salud familiar, en el contexto de un medio ambiente sustentable.

De ahí que sea necesario llevar a cabo una reforma de salud que conduzca hacia un sistema Nacional de Salud eficiente y consolidado, funcionando descentralizadamente, y que permita alcanzar cobertura universal y garantice la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos.

El Sistema Nacional de Salud deberá vincularse al desarrollo nacional. Por tanto, es imperativo considerar el enfoque desde lo local, que funcione con alta calidad y eficiencia, que promueva el cambio del modelo tradicional de provisión de servicios de salud de tipo biomédico, curativo y centrado en la atención hospitalaria, a un modelo de salud familiar que enfatice la promoción de la salud y prevención del riesgo y el daño al individuo la familia y la comunidad,

⁴² Asamblea Constituyente, Constitución de la República de El Salvador, Decreto N° 38, D.O. N° 234, Tomo N° 281, del 16 de diciembre de 1983, Ed. Jurídica Salvadoreña, p. 17.

⁴³ Asamblea Constituyente, Op. Cit. p. 2.

propiciando la mejora del medio ambiente, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales.

Los objetivos del Sistema Nacional de Salud se orientan a la solución de los problemas actuales del sector a lograr una mayor cobertura, acceso a mayores y mejores servicios de salud y contribuir a la calidad de vida de los habitantes.

La reforma es un proceso de instauración gradual diseñada para responder a las necesidades en salud de acuerdo con las condiciones económicas y sociales del país. De ahí que la organización y consolidación de un nuevo Sistema de Salud exigirá los ajustes necesarios que faciliten su aplicación a nivel nacional, de manera que todos los actores y sectores que lo conforman contribuyan a alcanzar los mismos objetivos, bajo la conducción de un ente rector.

Con la implementación del Sistema Nacional de Salud se espera contribuir a mejorar la calidad de vida, el bienestar humano y la erradicación de la pobreza, procurando el desarrollo social y económico del país de una forma sostenible y amigable con el medio ambiente.

2.6.1 Descripción del sector Salud en El Salvador

El Sector Salud en El Salvador tiene dos componentes: el público, constituido por El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Bienestar Magisterial (BMg) del Ministerio de Educación y Sanidad Militar (SM) del Ministerio de la Defensa, y el privado, que incluye entidades lucrativas como las compañías de seguros, hospitales y clínicas

privadas y, no lucrativas como las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), fundaciones, organizaciones de base y caritativas.⁴⁴

La esperanza de vida al nacer para el año 2002 fue de 70.4 años, variando de 67.5 años en los hombres a 73.5 años en las mujeres. La tasa promedio anual de crecimiento poblacional fue de 2.0% en el periodo de 1995-2000 mientras que la tasa de crecimiento natural anual fue de 2.2% y la migración rural de 150,000 habitantes. El 46% de la población es menor de 19 años y, en 1999 las mujeres representaron el 50.9% de la población. La tasa bruta de natalidad y la tasa de fecundidad muestran una tendencia a la disminución en los últimos años.

La tasa global de fecundidad para el quinquenio 1993-1998 fue de 3.6 hijos por mujer y, para el año 2003, se estimó en 3.0 hijos por mujer, siendo de 3.8 en el área rural y de 2.4 en la zona urbana.

Para 1999, las primeras cinco causas de mortalidad general fueron: enfermedades isquémicas del corazón, agresiones y homicidios, lesiones por accidentes de tránsito, influenza – neumonía, e insuficiencia cardíaca congestiva.

Para el año 2003, la tasa de mortalidad infantil fue de 25 por 1000 nacidos vivos, la mortalidad en menores de cinco años fue de 31 por 1000. Las principales causas de mortalidad infantil son afecciones originadas en el periodo peri natal, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, neumonía depleción de volumen y diversas malformaciones congénitas del corazón. En términos comparativos, El Salvador se sitúa a nivel intermedio en cuanto a

⁴⁴ Organización Mundial para la Salud. Et al. "Perfil del Sistema de Servicios de Salud Pública en El Salvador". 2ª Edición, El Salvador, año 2001.

mortalidad infantil y de la niñez si se compara con Centroamérica, México y Chile.

En 1996 el Gobierno de El Salvador propuso que el Plan de Modernización del Sector Salud se realizara en tres fases; la primera de modernización institucional (1995-1999); la segunda, de modernización del sector salud y consolidación de la primera fase (1999-2004); la tercera fase de consolidación del proceso de modernización del sector estaría proyectada del 2004-2009. La nueva estructura orgánica, administrativa y funcional del MSPAS se expresaría en la conformación del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), como unidad cooperativa de los servicios de salud.

Los servicios del MSPAS están organizados por niveles de complejidad, con enfoque curativo – preventivo, el primer nivel con enfoque preventivo y servicio de baja complejidad; el segundo nivel con programas preventivos y de hospitalización; y el tercer nivel con oferta de servicios curativos especializados y hospitalización. Para 1999, se contaba con treinta hospitales con un total de 4,677 camas hospitalarias, 357 Unidades de Salud, 171 Casas de Salud, 52 Centros Rurales de Nutrición y una Clínica para empleados.

El ISSS atiende a trabajadores de las empresas privadas e Instituciones Públicas, cubre a trabajadores cotizantes, sus cónyuges e hijos hasta los 12 años de edad y a los pensionados. Proporciona atención médica en hospitalización, atención ambulatoria y servicios preventivos. La red de servicios esta constituida por 10 hospitales, 35 Unidades Medicas, 31 Clínicas Comunales y 177 Clínicas Empresariales. Las demás Instituciones del sector público (ISRI, BMg, SM) ofrecen atención médica y hospitalización.

El sector privado lucrativo esta compuesto de hospitales generales y especializados, los cuales se encuentran concentrados en el área metropolitana

de la Capital y en las zonas urbanas de las principales cabeceras del país. Algunos hospitales privados venden servicios privados al ISSS y a BMg. Las Instituciones no lucrativas ofrecen servicios médicos preventivos en la zona rural del país y servicios de hospitalización en la capital, a través de ONG's.

Existen cuadros básicos de medicamentos, que se revisan cada dos años, tanto en el MSPAS como en el ISSS y, principalmente, en el tercer nivel de atención (hospitalización de especialidad) se cuenta con normas de tratamiento y, a veces, con protocolos estandarizados. Los equipos de alta tecnología están concentrados en el área urbana y carecen de recursos apropiados y suficientes para mantenimiento. La experiencia anecdótica y cotidiana indica graves problemas de abastecimiento de medicamentos y de disponibilidad de exámenes en forma eficaz y oportuna.

Algunos estudios han señalado que la provisión de los servicios tienen varios problemas fundamentales: baja cobertura poblacional, burocratización excesiva, ineficiencia, inequidad, alto costo administrativo y exclusión de acceso de grupos tradicionalmente excluidos. Además se ha mencionado que la gestión administrativa del sector público se ha caracterizado por excesivo verticalismo y centralización con consecuencias negativas sobre la calidad, eficiencia y efectividad de la provisión de salud.⁴⁵

La definición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en El Salvador se sustenta en el concepto de salud pública como una acción colectiva del Estado y la Sociedad Civil para proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades.⁴⁶

⁴⁵ Cruz Saco, O. "Sistema de Salud en El Salvador: Diagnostico y Lineamientos de Reforma". Fundación Friedrich Ebert, Representación en El Salvador FESSAL. Imprenta Ricaldone, El Salvador, año 2001, pp. 13-39.

⁴⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Et al. "Funciones Esenciales de Salud Publica en El Salvador". 1ª Edición. El Salvador, año 2001.

En base al ejercicio de medición de las FESP realizado en el 2001 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el apoyo de la OPS/OMS, las FESP son:

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud;
2. Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la Salud Pública.
3. Promoción de Salud;
4. Participación de los ciudadanos en salud;
5. Desarrollo de Políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública;
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en Salud Pública;
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
8. Desarrollo de recurso humanos y capacitación en Salud Pública;
9. Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos;
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública;
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

En septiembre de 2003, se presentó para su aprobación a la Asamblea Legislativa, el anteproyecto de Código de Salud, el cual, entre otros aspectos, coloca bajo la rectoría del MSPAS propiciar "... esfuerzos de coordinación e integración del sector público, autónomo y privado, lucrativo o no, para mejorar el desempeño en la provisión de servicios y garantizar la optimización de los recursos en materia de salud."⁴⁷

⁴⁷ Cañas L. "Reforma Sanitaria: fundamentalismo neoliberal autoritario o democratización inaplazable". Comunicación Personal, El Salvador, año 2004.

2.6.2 La prestación del Servicio de Salud Pública en zonas de escasos recursos económicos.

En el contexto socio económico que presenta nuestro país, se han hecho representativas propuestas de Reformas de Salud con diversos enfoques y visiones. Todas estas previas a la Propuesta de Reforma Integral de Salud del Consejo de Reforma del Sector Salud presentada a la presidencia de la Republica el 15 de diciembre de 2000. En agosto de 2003, la Presidencia de la Republica nombro la comisión de Seguimiento de la Reforma de Salud, para dar seguimiento a lo definido por ella. Algunos sectores políticos y sociales del país consideraron esta propuesta como lo máximo esperable para el futuro de la salud del país; otros reconocen en ella la mejor manera de privatizar la salud; un último sector la ve como una materia a debatir como primer paso hacia la reforma, dando como resultado que esta reforma no recoge consenso alguno.

La Reforma Integral de Salud tiene claro que en la actualidad, no todos los salvadoreños tienen acceso a servicios de salud equiparables, lo que se vuelve mas lamentable en aquellas zonas de escasos recursos, la Reforma contempla que el sistema de salud esta conformado de tal manera, que la población puede ser clasificada en cuatro segmentos. Los dos primeros lo conforman, por una parte, aquellos que tienen acceso a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud, y por la otra, los que son cubiertos por servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social. A los extremos de estos dos segmentos se ubican otros dos: el de quienes no tienen acceso a servicios regulares de salud y el de los que acuden a los servicios privados. Es por ello que esa parte que no puede ser cubierta debido a distintos factores es la razón más importante de preocupación y en consecuencia debe ser el objeto fundamental de esfuerzos de la Reforma en El Salvador, si se quiere alcanzar la cobertura universal.

Según la Reforma Integral de Salud (RIS) casi la cuarta parte de los salvadoreños que se enferman no buscan ninguna atención porque la ayuda está muy lejos o por falta de recursos. Esta proporción aumenta a 35% entre las personas pobres. La mayor parte de esta población se encuentra dispersa en las zonas rurales y en zonas urbanas marginales. No ha existido una estrategia efectiva para hacerle llegar servicios a esta población, ya que los criterios y los instrumentos han sido aislados, dispersos y mal coordinados. Paradójicamente, se han venido asignando recursos crecientes a intervenciones de alto costo y baja efectividad, sobre todo en aspectos curativos al ampliar servicios a los que tiene acceso un limitado conjunto de la población, mientras aún no se garantiza que otro segmento tenga acceso a las intervenciones más elementales. En el medio rural también existen esfuerzos paralelos y falta de coordinación entre los proveedores de servicios a la población. Es también un problema frecuente en este medio que se intercepten ámbitos de atención mientras que prevalecen diversas zonas que no reciben atención alguna o en que los servicios de salud son irregulares.

Con la RIS se busca que el sistema nacional de salud vuelva accesible los servicios de atención a la salud que demanda y requiere la población, facilitando su uso más justo, eficaz y eficiente. y propiciar esfuerzos de coordinación e integración del sector público y de complementariedad con el sector privado de salud lucrativo y no lucrativo. Así también, deberá estar en condiciones de mejorar el desempeño en la provisión de servicios y hacer el mejor uso posible del gasto público en materia de salud.

Además de lo anterior, con la Reforma se busca un Sistema Nacional de Salud que contenga una base sólida con sustentación política y coordinación interinstitucional, es por ello que la reforma considera que el sistema debe ser integral y articulado con capacidad organizativa de adaptación, descentralizado que funcione como tal. El modelo de atención debe ser integral centrado en la familia y la comunidad. Deberá así mismo responder al perfil epidemiológico del

país, y concentrar sus esfuerzos en los grupos más vulnerables. Finalmente, deberá dar seguimiento a su desempeño y evaluar constantemente sus resultados.

2.7 Estructura del Sistema actual de Salud en El Salvador

El Salvador pertenece al grupo de países de la región Latinoamericana que tiene por delante pendiente en su agenda el fortalecer y mejorar el Sector Salud en todas sus áreas y para la población en general. Estos indicadores nos revelan que los problemas de salud más importantes son: la desnutrición, la falta de saneamiento básico y la insuficiente cobertura para la promoción, prevención y atención primaria de salud. Es chocante la diferencia, enormemente notoria, entre los indicadores de la zona urbana y de la zona rural, para la mayoría de países de la región es característico que este sector se encuentre casi totalmente deteriorado, debido a que todos los gobiernos con muy poca excepción, han prometido mejorarlo sin haber mostrado hasta la fecha resultados concretos.

Entre los problemas estructurales mas preocupantes se encuentran: las pésimas condiciones de infraestructura y deficiente calidad en los servicios (por el lado de los oferentes), y la insuficiente cobertura en la atención al publico sobre todo a nivel preventivo (por lado de los demandantes).

2.7.1 Oferentes del Sector Salud

Por el lado de los oferentes, se tiene que los principales actores son: El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS); la Seguridad Social,

que incluye: al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar (SM) y Bienestar Magisterial (BM)g), y el sector Privado, lucrativo y no lucrativo.

El sistema de salud presenta algunas similitudes para toda la region, ya que su problemática se centra en el bajo nivel de cobertura y excesiva burocratización en las instituciones públicas y privadas. Esto lleva a la exclusión de grupos de trabajadores rurales, pobres, niños, etc.

El Gobierno de la República, debido a que muchos usuarios se quejan de la falta de efectividad del MSPAS, inicio un proceso de reforma institucional y modernización del Sistema de Salud en el país.

Los principales actores o proveedores de salud pública encargados de estos servicios son:

- a) Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS): según el Código de Salud, vigente desde 1987, esta institución asigna funciones normativas, regulatorias y de administración de programas de provisión de servicios de salud; lo cual incluye: nutrición, salud mental, saneamiento ambiental, etc. Todo lo anterior, se ha visto limitado por razones de carácter administrativo y financiero, que han limitado la habilidad para desarrollar todas estas acciones con la efectividad necesaria.
- b) Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS): es una entidad pública que cubre los siguientes riesgos: enfermedad o accidente común, accidentes de trabajo, maternidad, invalidez, vejez y muerte, las cuales están dirigidas a los trabajadores que presten servicios remunerados a un patrono. El ISSS esta financiado por el Estado, y por las cotizaciones que aportan los trabajadores, así como subsidios, ingresos por multas, impuestos y otros. Entre los asegurados del ISSS, están:

cotizantes activos, pensionados, cónyuges, compañeros de vida e hijos de los cotizantes, hasta los doce años de edad. Siendo que el total de la población que atiende, según estadísticas, es del 16.44% de la población total.

- c) Bienestar Magisterial: este sistema esta creado para los maestros, el cual cubre riesgos de enfermedad y maternidad. Hasta 1980, estos servicios fueron brindados por el Hospital de ANTEL, y luego por hospitales privados y públicos. Este sistema funciona con cotizaciones relativamente bajas y con un mayor aporte gubernamental. La cobertura incluye a maestros que trabajan para el Estado en el ramo de la Educación, rehabilitación de inválidos, maestros jubilados, a los hijos de estos que sean menores de 21 años y a los cónyuges. La contribución es de un pequeño porcentaje del salario (2%) y una cuota mensual aproximada de un dólar por familia, más el aporte de recursos del ramo de educación. Además, se excluye a los cotizantes de ISSS, aunque sí cubre a usuarios de servicios cuyas pensiones son pagadas por el Ministerio de Hacienda. Este sistema es diferente del ISSS porque no comprende servicios médicos tales como: cirugías especializadas y tratamientos especializados en el exterior. La población que atiende es de 110,000 personas.
- d) Sanidad Militar: proporciona servicios médicos y curativos al personal de la Fuerza Armada, pensionados militares y sus familiares. La Población que se calcula que atiende es de 17,000 personas.

Ahora bien, como se estableció con anterioridad, también se cuenta con un sector privado, el cual se divide en dos subsectores:

- ❖ Lucrativos: clínicas, consultorios, hospitales, farmacias, laboratorios, curanderos y otros establecimientos de salud.
- ❖ No Lucrativos: ONG's, iglesias, fundaciones, instituciones caritativas, organizaciones comunitarias y otras personas que practican medicina tradicional.

Dentro de este sector también participan empresas privadas, seguros médicos privados y programas prepagados. Estos son controlados por un grupo de personas con niveles de ingresos un poco mayores, ya que en su mayoría tienen la percepción de la ineficiente e inefectiva cobertura de los servicios del ISSS, así como la no cobertura para los niños mayores de doce años.

2.7.2 Demandantes del Sector Salud

Por el otro lado de la demanda se tiene a toda la población pero dividida en dos grandes grupos: las personas cubiertas por algunos de los oferentes anteriormente citados, y las personas que no tiene capacidad para ser absorbidas por estos; independientemente si pertenecen al sector urbano o rural del país.

Según el Ministerio de Salud, las enfermedades infecciosas intestinales y de origen respiratorio son las principales causas de mortalidad; la cual viene a evidenciar la fuerte ausencia de cobertura y vulnerabilidad del sector salud en todas las áreas; que además es notoria en la atención prenatal y posparto.

La mayor demanda de servicios de salud se presenta en unidades o centros de atención comunitaria, tales como centros de salud y dispensarios. Sin embargo el número de personas que deciden buscar atención médica es muy reducido, según datos de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2000,

debido a su elevado costo o inaccesibilidad geográfica, particularmente para la zona rural del país.

Es sabido que estas personas prefieren automedicarse y atenderse con medicina natural, y muchas veces por curanderos.

Cabe mencionar que, según algunas estadísticas, la mayoría de la población (casi el 50%) acude a clínicas del MSPAS, lo cual denota dos puntos importantes: que solamente un 14% de la población esta cubierta por el ISSS y por lo tanto esta incluida dentro del sector formal; además un 23% acude a clínicas particulares, evidenciando la falta de confianza en el sistema de salud publica; el cual se ve acentuada en el pequeño grupo que acude a curanderos, farmacias, programas sociales, etc.

2.8 Políticas Gubernamentales dirigidas al sector Salud en los últimos seis años.

Durante la administración presidencial del Ing. José Napoleón Duarte, periodo del partido político (PDC), no se le concretizo dentro de su política de gobierno un apoyo al Derecho a la Salud pues los problemas sociales y políticos por los que atravesaba nuestro país en esa época tenia prioridad el apoyo al Ministerio de Defensa al programa de la Reforma Agraria y a buscar el dialogo por la paz como objetivo fundamental de su gobierno.

En lo referente al Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social este cubría al sector público potencial en un 85% de la población dejando el 15% restante a ser cubiertos por los centros autónomos y privados.

En el sector privado el servicio fue mas eficiente pero de acceso restringido si tomamos en cuenta las elevadas tarifas que se cobraban en relación a los bajos ingresos de los sectores populares. Todo lo anterior va en detrimento de peores condiciones de vida de los sectores populares, lo que refleja un modelo de atención en salud con tres problemas fundamentales:

Ineficiencia: en este esquema no existe atención en relación proporcional entre las inversiones de salud y los niveles de mejoramiento de la situación actual de la época.

Ineficacia: este modelo no produce alivio en salud ya que es incapaz de solucionar los problemas de las enfermedades y a la vez la medicina curativa es de mala calidad.

Desigualdad: existe menos acceso a la salud en relación a la atención.

En este periodo presidencial las asignaciones presupuestarias dejan de ver la disminución en el interés de mantener la salud de la población se registra una baja en las asignaciones del presupuesto para la salud publica de 10.7% en 1972 hasta un 8.2% en 1986 mientras que en los gastos de defensa y seguridad aumenta su participación de un 9.2% en 1978 a 25.5% en 1986.

Lo anterior nos muestra el efecto que la evolución del conflicto político militar a lo largo de esos años y especialmente su financiamiento, sobre las condiciones de vida de la población.

Durante el periodo presidencial del Licenciado Félix Alfredo Cristiani en los años de 1989-1994, el planteamiento en el área de la salud primeramente fue "El Plan de Desarrollo Social", el cual plasmaba una concepción sobre las políticas sociales a seguir. Este planteamiento era consecuente con el

pensamiento neoliberal en la propuesta económico-social y tenía muchas similitudes con la propuesta de la mayoría de los países latinoamericanos.

La política sanitaria en este mandato presidencial consistía en: modificaciones en la estructura estatal de salud que buscaban la descentralización o al menos la desconcentración planteadas al inicio del quinquenio lo cual no se realizó; el Estado no logró asumir la función rectora de la política sanitaria en el periodo. El Fondo de Inversión Social (FIS) fue en esta administración el principal instrumento para atender las necesidades de la población más vulnerable; sin embargo dentro de este programa la salud no fue prioridad destacada; al final de la administración se registra un incremento del gasto absoluto en el sector, de cualquier forma esta es de poca importancia si se le compara con el gasto total del estado y disminuye comparado con producto interno bruto; y por último no se registra ningún incremento importante en el gasto del sector privado en la salud de la población a través de la seguridad social, ni a través de ningún otro mecanismo⁴⁸

El sistema de salud durante la administración del Presidente de la República Doctor Armando Calderón Sol, asume el gobierno en una coyuntura nacional e internacional que exige mucha mayor atención a lo social y a la lucha contra la pobreza. En el plan nacional la administración anterior logró grandes conquistas políticas. Logró la paz y encaminó sustancialmente la reforma política del sistema: electoral, judicial, Derechos Humanos, etc.

En el año de 1994, la política sanitaria tiene un nuevo giro con la reforma del sector salud y la modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; esto conllevó a establecer una política general de salud la cual fue: “mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización de dicho sector y el desarrollo del ente institucional tendiente a

⁴⁸ Adenauer Honrad. Salud y Política Sanitaria, Política de Gobierno 1996, Pág. 41

la atención integral de la atención de las personas y disminución de los riesgos y daños al medio ambiente”. Y define su modernización en las siguientes fases:

Primera Fase de 1995 hasta 1999

Se pretende la modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Segunda Fase de 1999 hasta 2004

Se pretende la modernización del Sector Salud.

Tercera Fase del 2004 hasta 2009.

Se pretende la consolidación del proceso de modernización del sector salud a nivel nacional el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, considera en la primera etapa dos grades componentes:

- Fortalecimiento del área programática.
- Mejoramiento de la gestión administrativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El segundo componente se realizara mediante las acciones de reorganización y fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de:

- La elaboración de una propuesta de reorganización institucional y
- La definición de un modelo alternativo de atención en salud a ser desarrollado por fases.

En al practica, la departamentalización constituyo la principal mediada impulsada; poco se conoce de los resultados de la misma y de otras acciones emprendidas. El resto del sistema marcho a su propio ritmo arrastrando las mismas deficiencias.

El sistema de salud de El Salvador necesita mejorarse, es una realidad que nadie cuestiona.

Desde 1993 han surgido varias propuestas, para volverlo mas accesible a todas las personas y en todos los lugares, que han sido parte de las políticas gubernamentales dirigidas directamente al sector salud.

Algunas propuestas tienen clara tendencia a privatizar la salud y no todas han nacido de un debate y concertación de varios sectores.

La pretensión de la Mesa Permanente es integrar las propuestas ya hechas y ampliar sus alcances hacia un sistema público de salud fuerte, equitativa y de calidad. Además de lograr participación democrática en la construcción de la reforma⁴⁹.

Estas han sido las propuestas:

1993: Propuesta del Banco Mundial: “Invertir en Salud”.

1994: Propuesta del Grupo ANSAL: “Hacia su Equidad y Eficiencia”.

1995: GRSS: “Guía para la Reforma del Sector Salud”.

1999:

- Propuesta de la Comisión Nacional de Desarrollo: “Lineamientos para la Reforma del Sector Salud en El Salvador
- Propuesta de la Mesa XIII, de la Comisión Nacional de Desarrollo: “Reforma del Sistema de Salud”.
- Propuesta Conjunta del Colegio Medico del El Salvador (COLMES) y el Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (SIMETRISSS): “Propuesta Ciudadana por la Salud”.
- Propuesta del Sindicato de Trabajadores del ISSS (STISSS): “Modelo de Protección Social para El Salvador.”

⁴⁹ Procuraduría para la Defensa de Derechos Humanos. Op. Cit., pp. 6 y 7

- Propuesta de la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES): “Una Propuesta de Reforma”.

2000: Propuesta del Consejo de Reforma del Sector Salud: “Propuesta de Reforma Integral de Salud”.

2002: Propuesta del Ex-Presidente Francisco Flores: “Democratización del Sistema Previsional de Salud”

2.8.1 Propuesta de Reforma Integral del Sector Salud en El Salvador.

En la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, incluido El Salvador, la Reforma del Sector Salud (RSS) responde a reformas generales del Estado y forman parte de su proceso de modernización⁵⁰. La modernización esta enmarcada dentro de las políticas neoliberales impuestas por organismos financieros internacionales, como el BM.⁵¹

El desarrollo de estos procesos de reforma han sido desigual, parece incipiente, no se ha realizado de manera sistemática y cuando se ha cumplido esta última característica, no se ha empleado como insumo importante para diseñar el contenido y las estrategias de la implementación de la reforma.⁵²

Los contenidos que se definen para la reforma del sector salud son: el marco jurídico, el derecho a los ciudadanos de la salud y al aseguramiento, el aumento de la cobertura, función rectora de los ministerios de salud, separación

⁵⁰ Marinero C, JA. “Memoria: La Reforma del Sector Salud en El Salvador, análisis comparativo de las principales propuestas”. Documento Impreso (fragmento), El Salvador, año 2000.

⁵¹ Selva Sutter, EA. “Nuevo Concepto sobre el proceso de salud – enfermedad”. Publicación impresa, Unidad de Salud Comunitaria, Departamento de Salud Preventiva y Pública, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, año 1990.

⁵² De La Mata, Infante A. Et al. Revista. “Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y El Caribe: situación y tendencias”. Panamá, año 2000. pp. 13-20.

de funciones, descentralización, participación y control sociales, financiamiento y gastos, ofertas de servicios, modelos de gestión, recursos humanos, calidad y evaluación de tecnologías. Diferentes acciones no siempre similares se han realizado en varios países de la región sobre estos contenidos. Lo que debe enfatizarse es el hecho de que esta lista no menciona el objetivo teórico ulterior de cualquier reforma del sector salud, cual es mejorar la equidad, y desde luego la salud. Debe señalarse que esta opinión solamente menciona los elementos técnicos de la reforma del sector salud, sin profundizar en el rumbo y en la viabilidad que el proceso debe tener.

A reglón seguido se presentan y comentan algunos conceptos de reforma del sector salud:

“Cambio sostenido e intencionado que busca mejorar la eficiencia, equidad y eficacia del sector de la salud”⁵³. En general, incluye criterios que se han estado usando dentro del lenguaje y del contexto internacional de RSS. Las dudas surgen en el termino “intencionado”, pues hay que saber si son las intenciones de los organismos supranacionales bajo el ropaje de políticas estatales o si son las intenciones de grupos locales basados en sus intereses de grupos, o si son las intenciones de grupos locales que pretenden dar respuesta humana y efectiva a la realidad sanitaria imperante con el fin de mejorar la salud de la población.

“Proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinada de tiempo y a partir de coyunturas

⁵³ Gwatkin, DR. Revista. “La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad”. Panamá, año 2002. pp. 310-315.

que las justifican y viabilizan”.⁵⁴ Tiene sentido y coherencia a partir de la dinámica de proceso, califica los cambios, señala propósitos y describe parcialmente las condiciones necesarias. La gran inquietud es qué rumbo tiene o debe tener la transformación mencionada y, por otro lado, cuales son las coyunturas que justifican y viabilizan la reforma.

Evidentemente no existe una definición única de lo que es la reforma del sistema de salud; la literatura internacional es rica en definiciones que son más o menos similares. Hay, sin embargo, un acuerdo relativo en cuanto a las características de una reforma del sector salud:

- ❖ El cambio introducido debe ser estructural.
- ❖ El cambio en los objetivos debe acompañarse de un cambio en las instituciones y no quedar en una simple definición de los objetivos.
- ❖ El cambio debe ser deliberado, deseado y bien determinado y no dejado al azar.
- ❖ El cambio debe ser a largo plazo y tener un efecto durable.
- ❖ El proceso debe ser dirigido por las autoridades nacionales o regionales.
- ❖ El contenido de la reforma implica un gran número de medidas coherente, y
- ❖ Las características del país determinan los cambios introducidos y su adaptación.

Ahora bien, en el periodo de Gobierno del Presidente Francisco Flores, el Consejo Nacional de Salud presentó la propuesta de Reforma Integral de Salud, siguiendo necesariamente un proceso por fases en las que cada avance serviría de cimiento para llevar a cabo esfuerzos ulteriores.

La primera fase contempla el establecimiento de la Estructura de Apoyo al proceso de Reforma y otras actividades como etapa preparatoria, también

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud. “La cooperación de la OPS ante los procesos de reforma sectorial, Washington, DC., año 1997

incluye el fortalecimiento institucional y la urgente ampliación de cobertura de los servicios esenciales de salud, además del establecimiento de las bases para la conformación de un Sistema Nacional de Salud. La segunda corresponde a fortalecer la complementariedad entre el sector público y el sector privado de salud lucrativa y no lucrativa en la provisión mixta de servicios y a la institucionalización de la participación social. La tercera es la consolidación de la descentralización y de la Conformación del Sistema Nacional de Salud equitativo, solidario, eficiente y de calidad que responde adecuadamente a las demandas y necesidades de salud de la población.

2.8.2 La Prestación del Servicio de Salud Pública en las Zonas de Escasos Recursos desde la Perspectiva de la Propuesta de Reforma Integral de Salud

En el contexto socio económico que presenta nuestro país, se han hecho representativas propuestas de Reformas de Salud con diversos enfoques y visiones. Todas estas previas a la Propuesta de Reforma Integral de Salud del Consejo de Reforma del Sector Salud presentada a la presidencia de la Republica el 15 de diciembre de 2000. En agosto de 2003, la Presidencia de la Republica nombro la comisión de Seguimiento de la Reforma de Salud, para dar seguimiento a lo definido por ella. Algunos sectores políticos y sociales del país consideraron esta propuesta como lo máximo esperable para el futuro de la salud del país; otros reconocen en ella la mejor manera de privatizar la salud; un último sector la ve como una materia a debatir como primer paso hacia la reforma, dando como resultado que esta reforma no recoge consenso alguno.

La Reforma Integral de Salud tiene claro que en la actualidad, no todos los salvadoreños tienen acceso a servicios de salud equiparables, lo que se vuelve mas lamentable en aquellas zonas de escasos recursos, la Reforma contempla que el sistema de salud esta conformado de tal manera, que la

población puede ser clasificada en cuatro segmentos. Los dos primeros los conforman, por una parte, aquellos que tienen acceso a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud, y por la otra, los que son cubiertos por servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social. A los extremos de estos dos segmentos se ubican otros dos: el de quienes no tienen acceso a servicios regulares de salud y el de los que acuden a los servicios privados. Es por ello que esa parte que no puede ser cubierta debido a distintos factores es la razón más importante de preocupación y en consecuencia debe ser el objeto fundamental de esfuerzos de la Reforma en El Salvador, si se quiere alcanzar la cobertura universal.

Según la Reforma Integral de Salud (RIS) casi la cuarta parte de los salvadoreños que se enferman no buscan ninguna atención porque la ayuda está muy lejos o por falta de recursos. Esta proporción aumenta a 35% entre las personas pobres. La mayor parte de esta población se encuentra dispersa en las zonas rurales y en zonas urbanas marginales. No ha existido una estrategia efectiva para hacerle llegar servicios a esta población, ya que los criterios y los instrumentos han sido aislados, dispersos y mal coordinados. Paradójicamente, se han venido asignando recursos crecientes a intervenciones de alto costo y baja efectividad, sobre todo en aspectos curativos al ampliar servicios a los que tiene acceso un limitado conjunto de la población, mientras aún no se garantiza que otro segmento tenga acceso a las intervenciones más elementales. En el medio rural también existen esfuerzos paralelos y falta de coordinación entre los proveedores de servicios a la población. Es también un problema frecuente en este medio que se intercepten ámbitos de atención mientras que prevalecen diversas zonas que no reciben atención alguna o en que los servicios de salud son irregulares.

Con la RIS se busca que el sistema nacional de salud vuelva accesible los servicios de atención a la salud que demanda y requiere la población, facilitando su uso más justo, eficaz y eficiente; y propiciar esfuerzos de

coordinación e integración del sector público y de complementariedad con el sector privado de salud lucrativo y no lucrativo. Así también, deberá estar en condiciones de mejorar el desempeño en la provisión de servicios y hacer el mejor uso posible del gasto público en materia de salud.

Además de lo anterior, con la Reforma se busca un Sistema Nacional de Salud que contenga una base sólida con sustentación política y coordinación interinstitucional, es por ello que la reforma considera que el sistema debe ser integral y articulado con capacidad organizativa de adaptación, descentralizado que funcione como tal. El modelo de atención debe ser integral centrado en la familia y la comunidad. Deberá así mismo responder al perfil epidemiológico del país, y concentrar sus esfuerzos en los grupos más vulnerables. Finalmente, deberá dar seguimiento a su desempeño y evaluar constantemente sus resultados.

En concreto La reforma Integral de Salud busca que:

- El sistema nacional de salud deberá contar con la firme rectoría del Estado a través del Ministerio de Salud a fin de mantener vigentes los mecanismos que generen y garanticen equidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud. Así también deberá incorporar la participación de los usuarios en la toma de decisiones, a fin de asegurar su satisfacción y promover el mejor desempeño del sistema.
- El sistema nacional de salud cuente con un sistema de información que ofrezca datos robustos y oportunos tanto a usuarios y a los actores

involucrados en la salud, como a la población en su conjunto.

- La provisión mixta de servicios de salud debe estar orientada a aumentar la cobertura y el acceso, buscar la equidad, aumentar la calidad, racionalizar el uso de los recursos existentes en el sector salud y consolidar una red que vincule a las personas, los proveedores de salud y a las otras instituciones involucradas coordinando sus esfuerzos en la promoción, prevención, curación y rehabilitación en salud.

Para la elaboración del instrumento de la RIS, el Consejo llevo a cabo una consulta en todo el territorio nacional, 42 municipios ubicados en los 14 departamentos fueron incorporados en ese proceso. Se realizaron jornadas de trabajo con duración de 6 a 8 horas. Este espacio ha permitido que ciudadanos de las áreas urbanas, urbano marginal y rural de cada municipio expresaran sus opiniones, temores, expectativas y sugerencias sobre el tema de salud, así como sus repercusiones en la persona, la familia y la comunidad. La Consulta Territorial se realizó con un enfoque antropológico para obtener una radiografía social que describe el entorno en que la reforma habrá de implementarse. Los aportes proporcionados por las comunidades enriquecen e incorporan la visión popular a la propuesta de este Consejo.

La problemática de la prestación de los Servicios Esenciales para las áreas rurales y urbano marginales, según el Instrumento RIS, representan la etapa inicial en los esfuerzos de ampliación de la cobertura y desarrollo del primer nivel de atención que facilite la respuesta social organizada a las necesidades prioritarias de salud para toda la población, todo ello aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud.

En consecuencia de lo anterior la RIS prevé que la provisión de los Servicios Esenciales será de forma inmediata para lo cual se deberá elaborar un plan. La cobertura de los Servicios Esenciales se ampliará de forma gradual y el número de intervenciones se incrementará en forma progresiva con base en la asignación y disponibilidad de recursos físicos, humanos y financieros, y del perfil de necesidades de salud de la población. Los Servicios Esenciales serán gratuitos y con prioridad a grupos (y/o zonas) vulnerables y marginados⁵⁵.

La reforma integral de salud nos refleja que el sistema de salud se encuentra en una crisis en cuanto a la prestación del servicio y que busca de cierta manera solventar toda la problemática por la que este pasa, principalmente la escasez del servicio en las zonas de escasos recursos económicos; lo que demuestra que el “deber ser” que contemplan los Artículos 65 y 66 de la Constitución de la República difieren “del ser” de la realidad nacional.

⁵⁵ Consejo de Reforma del Sector Salud, “Propuesta de Reforma Integral de Salud. 15 de Diciembre del 2000.

CAPITULO III

EL DERECHO A LA SALUD PÚBLICA GRATUITA DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO INTERNACIONAL.

3.1 Sistema Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas)

La promoción y la protección de los derechos humanos ha sido la mayor preocupación para las Naciones Unidas desde 1945, cuando las naciones fundadoras de la ONU resolvieron que las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial nunca deberían repetirse.

Tres años después, la Asamblea General declaró, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que el respeto por los derechos humanos y la dignidad humana "es el fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo." Durante años, se ha desarrollado una red extensa de instrumentos y mecanismos de derechos humanos para asegurar la primacía de los derechos humanos y oponerse a las violaciones de derechos humanos dondequiera que ocurriesen.

Los compromisos de derechos humanos contenidos en la Declaración Universal han sido traducidos en obligaciones legales de derechos humanos (tratados y convenciones) para los estados que los han ratificado. En algunos casos, los mecanismos garantizan el derecho de los individuos a solicitar directamente la reparación de la violación de sus derechos.

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

desemboca 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 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 procedimiento de las Naciones Unidas.

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 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.

En síntesis el reconocimiento que en el orden internacional han tenido los derechos no solo 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 formulas de protección de la dignidad humana.

3.1.1 Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)⁵⁶

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 de una Declaración de los derechos esenciales del hombre, pero esas propuestas no fueron aprobadas. 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 llega a la conclusión de que si bien sería posible elaborar una Declaración de carácter general, resultaría más difícil llegar a un acuerdo respecto de las disposiciones que se incorporarían a un tratado jurídicamente vinculante.

En consecuencia la Comisión decidió ocuparse de una Declaración de Derechos Humanos para después elaborar uno o varios proyectos de tratados. De este enfoque se derivó la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Si bien la Carta de las Naciones Unidas elevó los Derechos Humanos a un plan Internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos se ha convertido en símbolo de la Revolución Internacional de Derechos Humanos, esta declaración universal constituye uno de los hitos fundamentales en la lucha del hombre por la libertad y la dignidad humana.

Esta Declaración fue redactada por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, del 24 de mayo al 18 de junio de 1948 y fue aprobada por la Asamblea General de la ONU en su tercera sesión, celebrada en la Ciudad de París, el 10 de Diciembre de 1948.

⁵⁶ Declaración Universal de Derechos Humanos. Ratificada por El Estado de El Salvador por D.L. N° 35, publicado en D.O. N° 228, de fecha 8 de diciembre de 1960, Tomo N° 189

Fue ese el documento que sintetizó las aspiraciones de todos los pueblos del mundo en materia de derechos humanos y libertades fundamentales en esa época, es la semilla de la universalización de esos derechos.

Esta declaración se aprobó por consenso al no existir votos en contra, lo que implica que todos los pueblos de diversos sistemas políticos, económicos, sociales y culturales están de acuerdo en que contiene un mínimo de derechos o condiciones de vida con los que una persona puede vivir con la dignidad inherente al ser humano.

La declaración Universal esta integrada por un preámbulo y treinta artículos; en el preámbulo se cita la necesidad esencial de que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de derechos, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión, en forma similar como se señala en la Declaración de Virginia (1776) y la Declaración Francesa (1789).

Es el primer documento mundial que contiene un catalogo de derechos humanos y libertades fundamentales.

Esta declaración es obligatoria debido a que es la extensión de los artículos 55 y 56 de la Carta de la ONU en relación con el compromiso de todos los miembros de la ONU de adoptar medidas para el logro del respeto mundial y efectivo de los derechos humanos y de las libertades fundamentales; además, porque la proclamación de Teherán (ONU) la declaro obligatoria a todos los miembros de la comunidad internacional.

Esta Declaración ha sido fuente inagotable de nuevos derechos, especialmente de los denominados derechos de los pueblos o derechos de

solidaridad; existe también, una obligación para todos los integrantes de la comunidad internacional de difundirla a los planes de estudios a todos los niveles.⁵⁷

Con la Declaración, se vienen a sentar las bases para que todas las naciones reconozcan a través de la Libertad la Justicia y al Paz que la familia humana tiene iguales derechos e inalienables.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en cuanto al Derecho 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 de todos los habitantes.

“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 lo Organización Internacional de carácter mundial. La importancia jurídica y política que ha adquirido en el curso de los años aun no tiene paralelo en ningún otro instrumento internacional sobre derechos humanos.

⁵⁷ Sagastume Gemmell, Marco A. Colección Derechos Humanos: “Convenios y Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos, Nivel ONU. Cuadernos Educativos N° 17, CSUCA, Costa Rica, año 1998, pp. 21-22.

Lo anterior se ve concretizado en el Art. 25 de la Declaración en mención, al determinar que a toda persona debe reconocérsele un nivel de vida adecuado que le permita asegurar el acceso a la salud, en todas sus etapas.

3.1.2 Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales⁵⁸

Fue aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 16 de Diciembre de 1966 por ciento cinco votos favorables no habiendo ningún voto en contra y estando ausentes de la votación 17 de los 122 Estados que en ese entonces integraban a la ONU. Entro en vigor en 3 de enero de 1976.

Este Pacto incorpora nuevos derechos que no integran la Declaración Universal de Derechos Humanos tales como el derecho a la libre determinación de los pueblos (Art. 1), el derecho a la huelga (Art. 8), aunque también elimina otros derechos contenidos en la Declaración, tal como el derecho a la propiedad, esto ultimo es debido a que los Estados de la ONU no se pusieron de acuerdo en lo relativo a la propiedad individual y colectiva.

Este Pacto obliga a los Estados ratificantes o adhirientes a presentar informes periódicos acerca de las medidas tomadas para lograr la efectiva progresividad de los derechos reconocidos en el pacto, y que son examinados por el Consejo Económico y Social (ECOSOC), o por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU.

Este Pacto posee un preámbulo igual al del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, también los artículos 1 y 5 son iguales.

⁵⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Aprobada por la Junta Revolucionaria de Gobierno, mediante D. N° 43 de fecha 13 de Diciembre de 1979. Ratificada por la Junta Revolucionaria de Gobierno, mediante D. N° 24 de fecha 23 de Diciembre de 1979, publicado en D.O. N° 218, de fecha 23 de Julio de 1979, Tomo 265.

Si bien es cierto que los mecanismos de control de esos informes, tanto en su presentación por parte de los Estados, como en su examen, han resultado en muchos casos deficientes, no por eso se puede propalar su inutilidad, sino al contrario se debe presionar a todos los Gobiernos para que los ratifique y al mismo tiempo, buscar la forma de mejorar dichos sistemas de control.

Este Pacto expresa entre sus objetivos principales crear las condiciones necesarias para que toda persona goce tanto de derechos económicos, sociales y culturales como derechos civiles y políticos; lo importante de este Pacto es que sujeta a los Estados partes a que mediante dicho pacto se comprometan a garantizar el ejercicio de los derechos mencionados sin ninguna clase de discriminación alguna ya sean por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole⁵⁹.

En relación al Derecho a la Salud, este Pacto, lo desarrolla en su Art. 12, el cual establece en un primer momento, el reconocimiento de dicho derecho, y en un segundo, los medios que los Estados Partes deben adoptar a fin de asegurar el cumplimiento del derecho.

Con todo lo anterior se puede constatar que el gobierno de El Salvador, por ser Estado Parte esta obligado a proporcionar las condiciones necesarias para que todos tengan acceso a servicios médicos hospitalarios y de cualquier naturaleza para gozar de una salud que garantice una existencia digna y que se pueda salir del subdesarrollo en el que actualmente se encuentra el país, ya que el derecho a la salud no solo esta garantizado por la ley primaria, sino que

⁵⁹ Misión de Observadores de las Naciones Unidas en El Salvador "Normas Nacionales e Internacionales sobre los Derechos Humanos", Marzo 1983. , s.e. p. 41.

también esta garantizado en el ámbito internacional, a través de tratados como el señalado anteriormente.

3.2 Sistema Americano de Derechos Humanos (Organización de Estados Americanos)

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 la 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 considera 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 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 e, en la que tuvieron su origen en 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, o Pacto de San José Costa Rica, y su protocolo Adicional o Protocolo de San Salvador.

El 30 de abril de 1948, 21 naciones del hemisferio se reunieron como ya se estableció, en Bogotá, Colombia, para adoptar la Carta de la Organización de Estados Americanos (OEA), con la cual confirmaron su respaldo a las metas comunes y el respeto a la soberanía de cada uno de los países. Desde entonces, la OEA se ha expandido para incluir a las naciones del Caribe y también a Canadá.

Específicamente el Artículo 4 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos, establece que "Son miembros de la Organización todos los Estados Americanos que ratifiquen la presente Carta". Este procedimiento no ha sido modificado desde que la Carta de la OEA fuera aprobada en la Novena Conferencia Internacional de Estados Americanos (Bogotá, Colombia, 20 de marzo - 2 de mayo de 1948).

Veintiún Estados Americanos participaron en esa Conferencia: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba (Por resolución de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores, 1962, el actual Gobierno de Cuba está excluido de participar en la OEA), Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República

La Organización de los Estados Americanos (OEA) reúne a los países del hemisferio occidental para fortalecer la cooperación mutua y defender los intereses comunes. Es el principal foro de la región para el diálogo multilateral y la acción concertada.

La misión de la OEA se basa en su inequívoco compromiso con la democracia, como lo afirma la Carta Democrática Interamericana: “Los pueblos de América tienen derecho a la democracia y sus gobiernos la obligación de promoverla y defenderla”.

Sobre esta premisa, la OEA trabaja para promover la buena gobernabilidad, fortalecer los derechos humanos, fomentar la paz y la seguridad, expandir el comercio y abordar los complejos problemas causados por la pobreza, las drogas y la corrupción.

Por medio de las decisiones de sus organismos políticos y los programas ejecutados por la Secretaría General, la OEA promueve la colaboración y el entendimiento entre los países americanos.

Los Estados miembros de la OEA han intensificado su cooperación mutua desde el final de la Guerra Fría, asumiendo nuevos e importantes desafíos.

En 1994 los 34 presidentes y primeros ministros democráticamente electos del hemisferio se reunieron en Miami para celebrar la Primera Cumbre de las Américas, en la que establecieron amplios objetivos de desarrollo político, económico y social.

Desde entonces, los líderes de la región continúan reuniéndose de manera periódica para examinar intereses y prioridades comunes.

Por medio del proceso de Cumbres de las Américas, han confiado a la OEA un creciente número de responsabilidades para ayudar a promover la visión compartida de sus países.

3.2.1 Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (aprobada en la novena conferencia Internacional Americana Bogota, Colombia 1948)⁶⁰

“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 los Derechos Sociales y Económicos. En sus treinta y ocho artículos aparecen los derechos políticos y civiles entremezclados con los económicos, sociales y culturales, sin percibirse un orden o sistema. Los segundos se contemplan 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.

Esta Declaración tiene entre sus objetivos reconocer que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana y que la protección internacional de los derechos debe ser guía principal para la evolución del Derecho Americano.

En cuanto a Derecho a la Salud se refiere, la Declaración en discusión, establece en su Art. 11: “Toda Persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia medica, correspondiente al nivel que permitan los derechos públicos y los de la comunidad...; constituyendo que se trata de un derecho inherente a toda persona, el cual debe reconocerse así, por los estados Partes, y además buscar las medida que garanticen su efectividad.

⁶⁰ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogota, Colombia, Abril, 1948.

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.

Finalmente cabe hacer notar que la Carta no alcanzo la aspiración de ser adoptada en forma de convención, pero ha adquirido especial relieve, gracias a lo dispuesto en el Art. 1 del “Estatuto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”⁶¹, 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. Para los fines de este estatuto, por derechos humanos se entienden:

- 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.

3.2.2 Convención Americana sobre Derechos Humanos (22 de noviembre de 1969)⁶²

⁶¹ Aprobado por la resolución N° 447, de la Asamblea General de la ONU, celebrada en Octubre de 1979.

⁶² Convención Americana Sobre Derechos Humanos, Ratificada por El Salvador. D. L. N° 5, del quince de junio de 1978. Publicado en D.O. N° 113, del 19 de junio 1978.

“Es el documento sobre derechos humanos mas 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”⁶³

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 se escribe a continuación:

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

En consecuencia se dice que hay una coexistencia entre los documentos básicos y en materia de derechos económicos, sociales y culturales; en Latinoamérica son: La Carta de la OEA y la Declaración Americana, 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

⁶³ Aprobada y suscrita en Noviembre de 1969, entro en vigencia el 18 de Junio de 1978.

ambos. Esta concepción fue aceptada por la comisión de derechos humanos en el informe correspondiente al décimo octavo periodo de sesiones, celebrado en Abril de 1968. Por lo tanto este Pacto es otro documento básico en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Latinoamérica y el resto del mundo.

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 trato el Derecho a la Salud de una manera general; así en el capítulo III referente a Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 26 titulado “Desarrollo progresivo”, se determina que los Estados Partes se comprometían a acoger medios tanto en el ámbito interno como internacional especialmente económicos y técnicos, para alcanzar efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre todo educación, ciencia y cultura

En esta Convención no se tomo el Derecho a la Salud de una forma especifica, sino que se genéricamente, al mismo tiempo, dentro de los derechos sociales; pero si es importante analizar esta convención por que trata la forma como los gobiernos deben adoptar las medidas pertinentes para que todos los seres humanos gocen de los derecho mas elementales como son los del área social.

3.2.3 Efectividad de la aplicación de los instrumentos internacionales en el Derecho a la Salud en El Salvador⁶⁴

Si bien es cierto el estado de El Salvador se ha comprometido por medio de las distintas ratificaciones de instrumentos internacionales, a garantizar el bienestar en relación a la salud de la población, esto implica únicamente el principio de la voluntad de este, lo que no significa que ello sea efectivo puesto que existen factores que impiden que la población salvadoreña en general goce a plenitud el tan preciado Derecho a la Salud.

Lo anterior es manifestado a través de la situación actual del sistema de salud, puesto que de todos es sabido que todavía existen zonas donde la prestación del servicio a la salud es escaso lo cual, se verificara en su momento con la investigación de campo, pero se expone ha hacerse este tipo de aseveraciones porque no se esta ciego ante la problemática que muchos hermanos salvadoreños viven a diario por la falta de tan preciado servicio, especialmente en las zonas mas vulnerables del país.

En otras palabras, todos estos instrumentos internacionales están llenos de un “deber ser” maravilloso pero que lastimosamente no ha pasado a su fase mas importante, a la del “ser”.

Hablar de efectividad , es hablar de la aplicación inmediata de los medios necesarios para hacer real todo el contenido que esos instrumentos internacionales poseen, lo que como anteriormente se dejo claro todavía falta un largo camino por recorrer para poder decir que El Salvador esta cumpliendo con lo que se ha comprometido.

⁶⁴ n. del ed.

En este apartado no es posible ofrecer datos estadísticos, sino mas bien empíricos, de la realidad del Sistema Nacional de Salud, puesto que en el presente trabajo de investigación se cuenta con un capitulo especial, el cual es el siguiente, en el que a través del trabajo de campo se presentara una parte de esa realidad donde existe esa escasez de la que se viene hablando.

En conclusión, El Salvador estará listo para hablar de la efectividad de la aplicación de los instrumentos internacionales cuando los órganos competentes tengan la voluntad de aplicar todos los medios para luchar porque todos y todas los salvadoreños vivan a plenitud un verdadero Derecho a la Salud.

CAPITULO IV
EL DERECHO A LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAN ISIDRO,
DEPARTAMENTO DE MORAZÁN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS
ARTS. 65 Y 66 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA.

En el presente capitulo se tratara, en la medida de lo posible, incorporar la información obtenida de la investigación de campo, recordando que la mayor parte de la investigación de campo se realizo específicamente en el municipio de San Isidro, Departamento de Morazán, debido a ello es considerable establecer en un primer momento una descripción esbozada de la situación actual del municipio en mención.

El municipio de San Isidro cuenta con 3,543 habitantes. Pertenece al distrito de Osicala y se divide en 6 cantones y 27 caseríos. Limita al norte con Chilanga y Lolotiquillo; al este con Sociedad y Jocoro; al sur con El Divisadero y San Carlos y al oeste con Yamabal y Sensembra.

Es un municipio de difícil acceso por lo lejos y por las calles de tierra. Rodeado por montañas, manantiales, caídas de agua y por el río Torola. Existe la elaboración de sombreros, dulce de panela, desfibrado de henequén, petates y productos de jarca. Sus principales cultivos son: granos básicos, henequén, tule y caña de azúcar. Hay crianza de ganado vacuno, caballar, porcino y aves de corral. (Ver anexos)

Cuenta con una alcaldía, una unidad de salud, cinco escuelas, un instituto, dos iglesias católicas y cinco protestantes.

En cuanto al estado de los servicios, tenemos:

SECTOR EDUCACIÓN

- ◆ El municipio no cuenta con bachillerato (solamente a distancia)
- ◆ 2 cantones con cobertura escolar a 8° y 9°

- ◆ De 13 caseríos, 6 tienen algún tipo de infraestructura escolar
- ◆ Todas las escuelas poseen servicios básicos
- ◆ Ampliación de educación a bachillerato en Casco Urbano
- ◆ 3 solicitudes de construcción de centros escolares, nivel parvularia
- ◆ 3 solicitudes de ampliación centros escolares existentes

SECTOR SALUD

- ◆ Unidad de Salud en Casco Urbano
- ◆ Un cantón no posee ninguna atención en salud
- ◆ Un cantón posee promotor de salud cada 15 días
- ◆ Solicitan construcción de dispensario médico en 2 cantones
- ◆ Ampliación Unidad de Salud Casco Urbano

SECTOR VARIOS

- ◆ Deficiencia en acceso a comunicación telefónica
- ◆ Una Casa Comunal en todo el municipio
- ◆ Reparaciones y construcción de complejo deportivo
- ◆ Se solicita proyecto de viviendas

SECTOR ELECTRIFICACIÓN

- ◆ Municipio casi totalmente electrificado
- ◆ 2 caseríos con 25% de electrificación
- ◆ Algunas viviendas no poseen electricidad por carecer de recursos para conexión
- ◆ 4 solicitudes de ampliaciones de red eléctricas

SECTOR SANEAMIENTO BÁSICO

- ◆ Carencia de sistemas de eliminación de excretas en todo el municipio

- ◆ Algunos caseríos poseen pero en mal estado
- ◆ Proyecto priorizado por la población a nivel municipal
- ◆ Introducción de proyecto de letrización en 9 caseríos

4.1 Medidas adoptadas por el Estado Salvadoreño para cumplir con el servicio de salud pública gratuita para las comunidades de difícil acceso al servicio de salud.

Actualmente, no todos los salvadoreños tienen acceso a servicios de salud equiparables. De hecho, el sistema está conformado de tal manera, que la población puede ser clasificada en cuatro segmentos. Los dos primeros los conforman, por una parte, aquellos que tienen acceso a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud, y por la otra, los que son cubiertos por servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social. A los extremos de estos dos segmentos se ubican otros dos: el de quienes no tienen acceso a servicios regulares de salud y el de los que acuden a los servicios privados. El extremo de los no cubiertos, es motivo fundamental de preocupación y debe ser objeto de importantes esfuerzos de la Reforma en El Salvador, si se quiere alcanzar la cobertura universal.

Casi la cuarta parte de los salvadoreños que se enferman no buscan ninguna atención porque la ayuda está muy lejos o por falta de recursos. Esta proporción aumenta a 35% entre las personas pobres. La mayor parte de esta población se encuentra dispersa en las zonas rurales y en zonas urbanas marginales. No ha existido una estrategia efectiva para hacerle llegar servicios a esta población, ya que los criterios y los instrumentos han sido aislados, dispersos y mal coordinados. Paradójicamente, se han venido asignando recursos crecientes a intervenciones de alto costo y baja efectividad, sobre todo en aspectos curativos al ampliar servicios a los que tiene acceso un limitado

conjunto de la población, mientras aún no se garantiza que otro segmento tenga acceso a las intervenciones más elementales.

En respuesta a lo anteriormente expuesto, el Estado ha presentado una serie de propuestas que en cierta medida van encaminadas a buscar “soluciones” a fin de solventar carencias del servicio en aquellas zonas de escasos recursos y de difícil acceso, como el caso del Municipio de San Isidro. Es el caso, que tales propuestas fueron planteadas en capítulos anteriores, sin embargo, en este apartado se visualizara el tratamientos de las comunidades rurales de escasos recursos económicos, respecto al Derecho a la Salud, desde la perspectiva de las ultimas propuestas de reforma, en vista que dentro de ellas encontramos las medidas que el Estado ha pretendido adoptar y ha adoptado para tratar de enfrentar el problema, es decir, que las propuestas dadas, han sido los instrumentos a través de los cuales el Estado ha manifestado dichas medidas.

Es de hacer notar, que la propuesta donde se ha dado mayor tratamiento a la problemática del sector salud respecto a la prestación del servicio, es la de Reforma Integral de Salud, presentada en 1999, y desarrollada en el 2000, por tal razón es el punto de análisis central.

Es así, que la propuesta de Reforma Integral de Salud, antes mencionada, manifiesta, respecto al alcance del servicio de salud: que el sistema nacional de salud deberá volver accesibles los servicios de atención a la salud que demanda y requiere la población, facilitando su uso más justo, eficaz y eficiente y propiciar esfuerzos de coordinación e integración del sector público y de complementariedad con el sector privado de salud lucrativo y no lucrativo. Así también, deberá estar en condiciones de mejorar el desempeño en la provisión de servicios y hacer el mejor uso posible del gasto público en materia de salud.

El Sistema Nacional de Salud, advierte la propuesta, deberá tener una base sólida con sustentación política y coordinación interinstitucional. El sistema deberá ser integral y articulado con capacidad organizativa de adaptación, descentralizado que funcione como tal. El modelo de atención debe ser integral centrado en la familia y la comunidad. Deberá así mismo responder al perfil epidemiológico del país, y concentrar sus esfuerzos en los grupos más vulnerables, siendo este uno de los puntos importantes, a fin de garantizar que esas zonas, donde el servicio es escasos, por razones, económicas y sobre todo geográficas, alcancen a percibir el servicios, como lo es el Municipio de San Isidro, donde encontramos que actualmente no cuentan con una prestación eficaz del servicio de salud pública, vulnerándose así, a una buena parte de la población, su derecho a recibir atención médica, en vista que el Estado no ha logrado implementar un sistema de salud que cubra verdaderamente las necesidades de salud a las cuales se enfrentan diariamente los habitantes de dicha localidad. Finalmente, deberá dar seguimiento a su desempeño y evaluar constantemente sus resultados.

La propuesta se trata a largo plazo, entre los objetivos a alcanzar, que el sistema nacional de salud deberá estar encaminado a dar las mismas oportunidades de atención a todos los grupos sociales, eliminando la inequidad de la población que hoy en día genera la existencia de instituciones públicas sin coordinación.

El modelo de atención tiene que dar cobertura en los tres niveles, entendiéndose, la Unidades de Salud, como el primero, el segundo, Hospitales de Referencia y el tercero, Hospitales Especializados, con énfasis en el primero, priorizando las acciones de promoción y prevención y la atención de la morbilidad con o sin hospitalización. Este modelo debe ser un pilar fundamental en el cual se deberá apoyar la transformación del sistema de salud; ya que contribuirá a que la prestación de servicios se vuelva más eficiente y equitativa, se brinde con calidad, y que responda a las necesidades de mayor prevalencia

entre la población. Para ello, se deberá motivar la promoción de la salud, fomentar la prevención, y aumentar la capacidad de resolución de los proveedores del primer nivel de atención en el cuidado de las enfermedades.

Uno de los principales objetivos de la reforma es el acceso universal a servicios de salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud; este es un objetivo que debe lograrse gradualmente. En el corto plazo no se debe escatimar esfuerzos para alcanzar la cobertura universal de los servicios esenciales de salud, haciéndolos accesibles a toda la población, comenzando por garantizarlos a las poblaciones por debajo de la línea de pobreza establecida en datos oficiales.

En vista que el punto fundamental del modelo implementado a través de la propuesta es el Primero, es decir las Unidades de Salud, se debe asignar recursos y enfocar esfuerzos para alcanzar la cobertura universal en el menor plazo posible. Una vez superado este primer reto, se debe avanzar en ampliar los servicios a toda la población con miras a consolidar una atención integral de la salud.

En conclusión, la Propuesta de 1999 no ha alcanzado todos los objetivos planteados, puesto que actualmente todavía existen sectores, como es el caso del Municipio de San Isidro, donde lo establecido en la propuesta queda simplemente en un documento, ya que según lo observado y percibido en la investigación de campo se tiene conocimiento empírico, que si bien es cierto se cuenta con una unidad de salud en el Casco Urbano, esta no tiene las posibilidades de cubrir las necesidades de todos los habitantes de dicho municipio, puesto que la lejanía de los cantones y caseríos es bastante accidentado, imposibilitando a muchos el goce pleno del Derecho a la Salud, ni siquiera en su primer nivel, puesto que la pobreza del municipio es palpable, ello impide en la mayoría de ocasiones acceder al mismo.

4.2 Aplicación de los artículos 65 y 66 de la Constitución de la Republica de El Salvador frente a las comunidades de escasos recursos, como agentes pasivos del derecho.

La aplicación de los artículos 65 y 66 de la Constitución de la Republica, desde la perspectiva de la investigación realizada, es ineficaz, puesto que el municipio en comento no cuenta con las condiciones adecuadas para recibir a plenitud el Derecho a la Salud como lo plantean los artículos en cuestión. Es tan así, como se estableció al principio del presente apartado, que existe una Unidad de Salud en Casco Urbano, para una población 3543 habitantes, y lo que es mas lamentable, esta un solo medico en dicha unidad, quien además es el Director de la misma, para atender las “necesidades” medicas que se presentan, sin embargo, como también se ha establecido, el Municipio, esta constituido por cantones y caseríos lejanos al Casco Urbano, a donde se les imposibilita asistir al centro de salud, ya que son kilómetros de distancia por recorrer, por lo cual prefieren tomar otras medidas inadecuadas, de las cuales se tocaran mas adelante; por otro lado, es de hacer notar, que un cantón no posee ninguna atención en salud y que solamente un cantón posee promotor de salud cada 15 días.

En cuanto a gratuidad, es posible creer que no hay nada que recriminar ya que el 100% de la población encuestada manifestó no haber pagado nada por la prestación de servicio, mas sin embargo, lo que es curioso, según lo observado, es que en la Unidad de Salud solamente se encontraron, durante los días de la investigación, a personas residentes del mismo Casco Urbano. Lo que dicta que quienes asisten a recibir el servicio de salud son los mas cercanos, olvidando que la población del municipio abarca cantones y caseríos que quedan a su suerte, incumpliendo así el Estado, de forma indirecta, con el

mandato constitucional de brindar el servicio de salud, en todas sus manifestaciones, a los enfermos de escasos recursos, como lo plantea el art. 66 de la Constitución.

Es de hacer mención, que la propuesta discutida en el apartado anterior, plantea un modelo de carácter mixto y regulado, basado en dar cumplimiento en los artículos 65 y 66 de la Constitución según el cual, articulará los subsectores del sistema de salud bajo la función rectora del Ministerio de Salud Pública.

La provisión mixta de servicios de salud deberá estar orientada a aumentar la cobertura y el acceso, buscar la equidad, aumentar la calidad, racionalizar el uso de los recursos existentes en el sector salud y consolidar una red que vincule a las personas, los proveedores de salud y a las otras instituciones involucradas coordinando sus esfuerzos en la promoción, prevención, curación y rehabilitación en salud.

La red, según el modelo, deberá poner énfasis en la calidad de la atención y la equidad en el acceso a los servicios, y respetar los derechos universales de los usuarios. Para ello se deberán adoptar medidas que garanticen el adecuado desempeño, regulen la calidad de los servicios de salud tanto públicos como privados -con y sin fines de lucro-, a fin de que estén en condiciones de participar en la provisión mixta de servicios.

Lastimosamente lo planteado por la propuesta, es muy bueno, sin embargo, no se refleja en la realidad del Municipio en cuestión, ya que la carencia del servicio es extrema y verdaderamente preocupante, y es posible que el Estado ignore tal situación ya que ni siquiera el Director de la Unidad de salud manifestó tener conocimiento de las condiciones en que se encuentra buena parte de la población respecto a percibir el servicio de salud. Para muestra, lo contestado a la Pregunta 6 de la Entrevista realizada al Director de dicha Unidad: Pregunta: *“¿Cree usted que actualmente se cubren las*

necesidades medicas de la población rural de escasos recurso económicos?” a lo que contesto: “Sí, porque las Unidades prestan el servicio, lo que pasa es que la gente no quiere consultar por acomodamiento”. Lo que denota un verdadero desconocimiento de su parte de la problemática que esta pasando el Municipio, principalmente en aquellas zonas más vulnerables.

4.3 Factores que dificultan el acceso al servicio de salud publica gratuita en zonas de escasos recursos.

En lo observado por el grupo de investigación respecto a los factores que inciden a dificultar el acceso al servicio de salud en las zonas de escasos recursos fue: primeramente se encontró con un difícil acceso al municipio, al Casco Urbano, y ni decir de los cantones y caseríos, donde se ve reflejada una pobreza extrema, y parecería una población en el olvido de los planes de Gobierno, con cero presencia de los servicios mas básicos, comprobado con ello que los medios jurídicos existentes son ineficaces ante la problemática. Conforme a lo expuesto en la políticas de Gobierno descritas en capítulos anteriores, se encuentra una falta de aplicación absoluta, pues no es tan cierto que se han hecho esfuerzos para ampliar la cobertura del servicio en esas zonas vulnerables, comprobando así lo que como grupo se había planteado, en las respectivas hipótesis, lo cual es el hecho de que existe una falta de aplicación de políticas gubernamentales de salud adecuadas, dirigidas a la prestación del servicio de salud, conllevando así a la ineficacia de los arts. 65 y 66 de la Constitución.

Con lo observado se puede concluir que se encontró con un grupo de personas con bajos conocimientos respecto del Derecho a la Salud que les asisten, y que por su mismo nivel de conocimiento prefieren ignorar el servicio y solventarlo de maneras inadecuadas.

La encuesta realizada por el grupo de investigación planteaba la pregunta que literalmente decía: *¿Cuál considera usted que es el principal factor que incide en la escasez del servicio de salud en su comunidad?*, presentando para ello las opciones: económico, geográfico, desinterés por partes del Gobierno u otros.

De lo cual obtuvimos que un 44.12% opina que el factor económico es el principal motivo por el cual se vuelve tan escasos el servicios, el municipio es verdaderamente pobre, lo cual lo vuelve mas vulnerable ante las enfermedades; otro 23.53%, contesto que el factor geográfico incide grandemente a que el servicio de salud sea tan escaso, es de recordar la descripción que se dio en un inicio del Municipio, el hecho de que las calles estén tan accidentadas vuelve difícil el acceso al servicio; mientras que un 32.35 % opino que la escasez del servicio se debe al desinterés por parte del Gobierno.

Por otro lado, en información adquirida recientemente se ha podido observar que se esta hablando de un presupuesto insuficiente para cubrir las necesidades del sector salud.

El presupuesto de salud como porcentaje del PIB, tendrá en el 2007 un peso similar al que tenía en 1999. Este es un punto de preocupación ya que en el actual presupuesto se separo el presupuesto del primer nivel de atención los Sistemas Básicos de Salud o SIBASI, que antes aparecía junto al de los hospitales, FUSADES analizo los montos de hospital por hospital, y descubrió que si bien los SIBASI contaran con \$6.5 millones mas, los hospitales tendrán 573 mil menos el próximo año.

Lo anterior, aunado a que los hospitales y Unidades de Salud ya no pueden cobrar las cuotas voluntarias, pone a los hospitales en una situación

difícil, y necesitaran de refuerzos en el transcurso del año, sin embargo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de la opinión que el presupuesto es alentador y cubre las necesidades básicas de la mayor parte de la población, y específicamente de aquellas más vulnerables, lo que se cuestiona, ya que difiere grandemente de la realidad observada en la investigación de campo, puesto que existe una falta enorme de medicamentos en el primer nivel de atención, debido en gran manera a la falta de asignación presupuestaria, comprobándolo así en la investigación de campo, ya que más de un 50% de la población encuestada manifestó que la Unidad de Salud del Municipio de San Isidro no brinda los medicamentos básicos, y que en lugar de ello los mandan a la Unidad de Gualococti, y en su defecto a la de Oscicala, aclarando que son municipios lejanos de San Isidro, dificultándose así el acceso a dichos medicamentos, aunado a ello, el servicio de transporte público no es tan accesible para toda la población.

4.4 Organismos ajenos al Estado que intervienen en solventar la carencia del servicio de salud pública.

La Salud es un derecho fundamental para toda persona y para su consecución necesita la coordinación de diferentes sectores técnicos y sociales, entre ellos es relevante el Sistema de salud, pero este debe de tener aportaciones de educación, vivienda, comunicación, agricultura y otros, para dar una atención integral hacia los factores determinantes y condicionantes de la salud.

Para lograr un mejor nivel de salud no basta con reorientar el sistema de salud cuyos recursos continúan concentrados en instituciones centralizadas, profesionalmente dominadas, orientadas a la curación y con un incremento sostenido y galopante en los costos de la atención, principalmente por los altos costos de la tecnología médica y la inflación. Es necesario propiciar la

coordinación intersectorial e internacional que los gobiernos eleven la prioridad del gasto de salud y establezcan políticas de salud que delimiten claramente las prioridades de acuerdo con criterios de equidad, eficacia y eficiencia.

El art. 65 de la Constitución de la República determina en su inciso primero que el Estado y las personas están obligadas a velar por la conservación de la salud y su restablecimiento; es así que existen entes no gubernamentales dirigidos a paliar de alguna manera el problema de las comunidades donde el servicio de salud es carente.

Existe la llamada Red Acción para la Salud, la cual está conformada por seis organizaciones no Gubernamentales, las cuales son: Centro para la defensa al Consumidor (CDC), Fundación Maquilishuat (FUMA), Asociación Salvadoreña de ayuda humanitaria Pro-Vida, Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños (APROCSAL), Asociación para la Salud y el Servicio Social Intercomunal en El Salvador (APSIÉS), y la Asociación para la Atención y Promoción del desarrollo comunal Centroamericano (APDCA).

La Red Acción para la Salud en El Salvador (APSAL) es el referente de El Salvador ante el Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria (CRPSC), espacio que cuenta con 27 años de trabajo y donde participan redes de salud de nueve países que incluye la región Centroamericana, México y República Dominicana. A su vez el Comité Regional es miembro de la Instancia Mundial de Salud: Consejo Internacional por la Salud de los Pueblos (CISP).

En esta red se analiza el impacto de la privatización de la salud, se formulan propuestas y demandas desde la sociedad civil que esperamos sean un insumo para la Reforma del Sector Salud. Las organizaciones de la sociedad civil aportan con la fortaleza más grande que se tiene: La vinculación directa con la población y las demandas que en una reforma de salud, la ciudadanía considera básico de tomarse en cuenta.

También existe otro organismo no gubernamental mas específico en tratar la prestación del servicio a la salud, el cual es, Médicos por el Derecho a la Salud (MDS), la cual, nació de una estrecha colaboración entre Médicos del Mundo Francia y un equipo de médicos salvadoreños que desarrollaban juntos programas sanitarios cuyo objetivo era minimizar los impactos negativos de salud en las comunidades mas vulnerables de El Salvador.

Nació en 1995, Médicos por el Derecho a la Salud se constituye como una asociación a fin de seguir trabajando para que la salud sea un derecho y una realidad.

Desde su formación, MDS ha ejecutado varias acciones en el tema de la salud y continúa desarrollando proyectos que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades de El Salvador.

Médicos por el Derecho a la Salud, tiene como misión el promover la salud en las poblaciones vulnerables dando respuesta a sus necesidades a través de la ejecución de programas integrales participativos contribuyendo al cumplimiento del Derecho a la Salud.

Por otro lado, tiene visión de ser una organización humanitaria participativa y propositiva, contribuyendo en los cambios efectivos en salud y desarrollo integral de las poblaciones vulnerables.

Los Municipios beneficiados con MDS son: Corinto, Cacaopera y Sociedad (20 caseríos).

La población total beneficiaria de las acciones y proyectos de MDS: Aproximadamente 6 100 personas.

A lo largo de los diferentes proyectos que MDS ha realizado y está realizando, se han identificado varios problemas en cuanto a la salud siendo los más relevantes los siguientes:

- ◆ Inaccesibilidad de la población a los servicios básicos de salud.
- ◆ Presencia de desnutrición infantil por encima de los índices nacionales.
- ◆ Presencia de humo intradomiciliar.
- ◆ Defecación al aire libre.
- ◆ Consumo de agua no apta.
- ◆ Inseguridad alimentaria.
- ◆ Alta tasa de analfabetismo.

De los problemas antes mencionados MDS contribuye a mejorar los siguientes aspectos:

- ◆ Accesibilidad de los servicios de salud.
- ◆ Desarrollar acciones complementarias nutricionales en la población infantil.
- ◆ Saneamiento Ambiental Básico: Construcción de letrinas, construcción de cocina ahorradoras de leña y mejorar la calidad del agua.
- ◆ Apoyo para la diversificación de la producción.
- ◆ Promoción y educación para la salud.
- ◆ Organización comunitaria con objetivo de sostenibilidad de las acciones realizadas.

A pesar de que las actividades de esta ONG esta específicamente encaminadas a los municipios antes mencionados, según nos comentaba el Director de la Unidad de Salud de San Isidro, Dr. Roger Santana Díaz, en

ocasiones han solicitado el servicio de dicha ONG, sobre todo cuando se les ha presentado un caso de emergencia, que ha sido imposible cubrir por la Unidad.

Con lo investigado se ha podido observar que hay entes ajenos al Estado que se encuentran continuamente tratando de solventar las carencias de la población respecto a la prestación del servicio. Lastimosamente en ocasiones los presupuestos de dichas instituciones son insuficientes para cubrir a más territorios, como pretenden.

4.5 Medidas que adopta la población de escasos recursos económicos para solventar la carencia del servicio de salud pública gratuita.

Como se ha venido observado a lo largo de la investigación se ha podido establecer que el municipio de San Isidro al igual que muchos otros de El Salvador, cuenta con pocos recursos económicos, debido a ello muchos de sus habitantes coinciden en tomar medidas, alternas, poco adecuadas para solventar la carencia del servicio de salud, lo que en la mayoría de casos empeora la situación de los mismos.

En la investigación de campo se pudo observar que una de las medidas mas frecuentadas por la población es el acudir a los llamados “curanderos”, en la mayoría de casos acuden a ellos las madres de niños con supuestas enfermedades de tipo “malignas”, según ellas; recibiendo tratamientos inadecuados para la enfermedad que presentan los menores. Precisamente durante el lapso que duro la investigación de campo, se pudo observar una menor, del municipio de San Isidro, en brazos de su madre, acabando de recibir tratamiento de un curandero.

Como es de muchos conocidos, dichos tratamientos en mucha ocasiones traen como consecuencia la muerte del menor. Ello se debe en gran medida a las creencias y mitos de las personas de esos lugares, aunado a ello, la falta de acceso al servicio de salud, lo cual obliga a estas personas a buscar salidas más “rápidas” a fin de solventar la necesidad, porque les resulta mas fácil el visitar al “curandero” que viven cerca de sus casas, en lugar de caminar Kilómetros, al centro de salud mas cercano, donde posiblemente ni siquiera puedan tratar la emergencia que presentan en ese momento. Lo que se pudo comprobar con la encuesta realizada, donde se planteaba la interrogante respecto a la frecuencia con que visitaban el centro de salud, obteniéndose que un 8.82% acude con mucha frecuencia, un 14.71% acude frecuentemente, un 8.82% acude pocas veces, mientras que un 67.65% nunca acude al centro de salud, siendo este porcentaje alarmante, lo que lleva a pensar que este porcentaje solventa la carencia del servicio por medio de medidas poco adecuadas para la salud de los mismos, siendo un claro ejemplo de la ineficacia que existe en el sistema de salud.

Es de hacer notar, que en la visita realizada a la Unidad de Salud de San Isidro, se deduce que en ese lugar no se puede dar un tratamiento eficaz que contribuya a prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible, como por ejemplo la hepatitis, incumpléndose de esta manera con lo establecido por el art. 66 de la Constitución.

Otro punto importante en este apartado es la utilización de la medicina natural o medicina alternativa, lo que no se puede calificar de dañina, pero puede volverse así debido al uso inadecuado de la misma, puesto que las personas en general no conocen las propiedades de las plantas y los efectos que estas puedan ocasionar en el cuerpo humano.

En conclusión las medidas adoptadas por el Municipio de San Isidro para solventar la carencia del servicio de salud es la visita a los mal llamados “curanderos” y la automedicación; y en caso de partos las mujeres embarazadas se atienden por medio de parteras en muchos casos estas no se encuentran autorizadas por el ente correspondiente, ya que el hospital mas cercano para atender partos es el Hospital Nacional de San Francisco Gotera el cual queda aproximadamente a veinticinco kilómetros del Casco Urbano, a parte de la distancia que tiene que recorrer desde los caseríos al centro del Municipio para abordar transporte; todo lo anterior es consecuencia de que no existe un verdadero acceso al servicio de salud para atender las necesidades mínimas de la población de dicho municipio, por razones expuestas en apartados anteriores.

4.6 Medidas que toma la población de escasos recursos económicos en casos de emergencia.

Por caso de emergencia se entiende aquella situación que aparece cuando surge un suceso inesperado que causa daños en las personas, y que requieren atención inmediata a fin de evitar consecuencias irreparables.

Como bien se ha podido visualizar a través de apartados anteriores la población del municipio de San Isidro, sufre de una carencia en cuanto a la prestación del servicio de salud, ello se vuelve más lamentable cuando ocurren emergencias dentro del municipio, especialmente en los caseríos y cantones ubicados a gran distancia del Casco Urbano. Ya que si es difícil tratar enfermedades comunes ni que decir de cuando se presentan casos de emergencia que requieren atención especializada.

Así tenemos que cuando se presenta un caso de emergencia que no puede ser atendido en la Unidad de Salud del Municipio, el paciente es referido

al Hospital del Municipio de San Francisco Gotera, en autobús, aclarando que el servicio de transporte público en dicho municipio es limitado, ya que solo salen del Casco Urbano, un aproximado de tres buses al día cada tres horas, aunado a ello dicho servicio tiene un costo que no está al alcance de todos los habitantes. (El costo es de \$1.65); en su defecto, se solicita ayuda a la alcaldía para poder transportar al paciente; sino está disponible el vehículo de la alcaldía, el doctor de la unidad lo transporta en su vehículo particular, debido a que la unidad no cuenta con servicio de ambulancia; cuando las alternativas anteriores no son posibles, el paciente, o sus familiares les queda, únicamente buscar transporte particular, el cual tiene un costo de \$50.00. Además, en ocasiones el director de la Unidad solicita la colaboración de algunas ONGs, cuando esto es posible⁶⁵.

Frente a esta problemática se visualiza que la población del Municipio de San Isidro se ve afectada de gran manera por la falta de una adecuada prestación del servicio de salud, lo cual se complica en gran medida por la incidencia de los factores económicos y geográficos, vulnerando a todas luces el Derecho a la Salud establecido en la Constitución de la República.

Ante tal situación la población demanda más atención a la institución para obtener una adecuada prestación; así mismo requiere un mayor abastecimiento de medicamentos, ya que la Unidad de Salud carece de medicamentos básicos y material de curación para satisfacer las necesidades de los pacientes, así como también incorporación de más personal médico especializado que puede atender los casos de emergencia que se presentan en la localidad y dotar a dicha unidad de ambulancia para poder trasladar a los pacientes que no pueden ser atendidos y necesitan atención hospitalaria; así como la instalación de laboratorio clínico, sala de emergencias y partos.

⁶⁵ Información obtenida a través de la entrevista realizada al Director de la Unidad de Salud, Dr. Roger Santana Díaz, y en conversaciones sostenidas con algunas personas de la comunidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Desde un principio de la investigación, tanto bibliográfica como de campo, se han venido dando a una serie de situaciones que no han sido mas que confirmaciones de las hipótesis como de los objetivos planteados en un principio, ante lo cual se han formulado un conjunto de conclusiones, que van en el siguiente orden:

- El Derecho a la Salud debe entenderse como un derecho al alcance de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Es uno de los conceptos más acertados, brindado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. (DESC- ONU)

- Los factores jurídicos existentes parecen no ser suficientes para obligar al Estado, como agente pasivo, a mejorar la situación de las poblaciones de escasos respecto al Derecho a la Salud que les asiste.

- El marco legal existente es inadecuado puesto que no define los roles, competencias ni ordena las relaciones intra e intersectoriales, por lo cual no existe una consolidación en la infraestructura operativa legal de la Reforma del Sector, que armonice y complemente las leyes y reglamentos existentes.

- La Constitución es el único instrumento jurídico que regula la gratuidad del servicio a la salud en casos específicos, sin embargo, a pesar de ser el instrumento jurídico más importante, en la realidad su cumplimiento es escueto.
- Que la Constitución de la República en sus artículos 65 y 66 establecen el Derecho a la Salud como un bien público y por ende gratuito, respectivamente, no es tan cierto que la realidad nacional se realicen dichas disposiciones.
- La salud es un interés vital y una necesidad de todos, en consecuencia, conservarla y restablecerla es un deber de carácter público, y por tanto, una función del Estado. La Constitución obliga al Estado a garantizar que la salud sea un bien público y en la organización social, económica y política del país.
- La problemática del sistema de salud, respecto a la cobertura la sufren en gran medida las zonas rurales de escasos recursos económicos, ya sean por factores económicos, geográficos, sociales o políticos.
- La población salvadoreña, en especial la de baja condición económica, desconoce dos aspectos del problema de salud: uno, que éste es un derecho humano; y el otro, que el Estado no ha cumplido con su obligación de mejorar el sistema de salud integral.
- Las políticas actuales, como las pasadas, han buscado la manera de integrar en sus propuestas lo que los artículos de la Constitución establecen referente al Derecho a la Salud de los

salvadoreños, sin embargo no han pasado de ser argumentos plasmados en documentos.

- Desde 1993 han surgido varias propuestas a fin de volver el sistema de salud más accesible a todas las personas y en todos los lugares. Algunas propuestas tienen clara tendencia a privatizar la salud y no todas surgen de un debate y concertación de varios sectores.
- La reforma del sector salud, como parte de las “políticas” de Estado, ha sido un proceso que se ha desarrollado en medio de conflictos institucionales, enfrentamientos de posiciones e intereses, polarización de los ánimos y fuerte desconfianza entre los sectores involucrados, lo que se traduce en los fracasos de la misma.
- La gratuidad, en muchas comunidades rurales de escasos recursos, no es mas que el no pago del servicio que no llena los requisitos principales de dichas comunidades, por ende se tiene la necesidad exhaustiva de buscar medidas pocas acertadas para solventarlas.
- Que el sistema de salud nacional ha sufrido ciertas transformaciones en los últimos años todavía existe una gran parte de la población que sufre la carencia del servicio de salud.
- A pesar de las “transformaciones” que ha sufrido el sistema de salud, actualmente se vive una profunda inequidad en el acceso a

los servicios de salud. En vista que no todas las personas reciben el mismo servicio de atención de Salud.

- La inversión pública y el gasto público destinado a la salud no son suficientes para ampliar la cobertura del servicio.
- Desde el punto de vista de lo observado en el Municipio de San Isidro se puede concluir que así como este municipio existen muchos mas en El Salvador, donde son palpables las deficiencias del sistema de salud.
- En la investigación de campo se comprobó el desconocimiento que tienen los entes competentes de solventar la prestación del servicio, respecto de la situación actual de esa parte de la población que carece del mismo, partiendo por lo expresado por el Director de la Unidad de Salud de San Isidro, quien manifestó que el servicio de salud es hasta cierto punto satisfactorio, contradiciendo con lo expresado por una buena parte de la población y con lo observado en la investigación. Uno de los principales problemas que padecen los habitantes de San Isidro es la falta de medicamentos en la Unidad de Salud, ubicada en el Casco Urbano de dicho municipio.
- El gasto de salud anual per cápita es de \$ 168 muy por de bajo del per cápita promedio para América Latina. El gasto de los hogares en salud es mayor que el gasto público lo cual denota el enorme esfuerzo que las familias realizan para el cuidado de la salud, pero en detrimento de otras necesidades.

5.2 RECOMENDACIONES

En vista de lo concluido por el grupo de investigación nos encontramos en la exhaustiva necesidad de establecer una serie de recomendaciones a fin de buscar, en la medida de lo posible, un mejoramiento al Sistema de Salud, partiendo de los entes centrales, sin olvidar que todos debemos participar en la búsqueda del mismo.

- El Estado, a través del Ministerio de Salud, debe buscar alternativas que verdaderamente solucionen la problemática de salud, a fin de garantizar un mejor servicio, en especial a aquellas comunidades de escasos recursos económicos.

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

- Existe la necesidad de establecer y adecuar el marco legal que defina los roles, competencias y ordene las relaciones intra e intersectoriales. Este marco deberá consolidar la infraestructura operativa legal de la Reforma del Sector, armonizando y complementando las leyes y reglamentos existentes y fortaleciendo al Ministerio de Salud para el cumplimiento de las leyes aplicables en el Sistema de Salud.

- Las políticas de Gobierno deben tomar en cuenta a aquellos sectores de difícil acceso de la población, a fin de que alcancen a gozar del servicio de salud.
- El Estado debe de crear una Política Nacional de Salud Pública y esta política debe involucrar a los diversos sectores que inciden en la salud. Estos sectores además, se encuentran a todo nivel: local, nacional y global.
- El Sistema de Salud debe ser integral e ir más allá de la prevención y curación, debe actuar sobre todos los factores que influyen sobre la salud, estableciendo los niveles de responsabilidad que le corresponden, en primer lugar, al Estado, así como a la sociedad.
- El sistema de salud debe poner énfasis en la calidad de la atención y la equidad en el acceso a los servicios, y respetar los derechos universales de los usuarios.
- El Estado a través de los entes competentes debe adoptar medidas que garanticen el adecuado desempeño, regulen la calidad de los servicios de salud tanto públicos como privados -con y sin fines de lucro-, a fin de que estén en condiciones de participar en la provisión mixta de servicios.
- Para que el Sistema de Salud atienda integralmente a la población, brindando a las personas oportunidades iguales de obtener el más alto nivel de salud posible, ninguna modalidad o forma de privatización puede atentar contra el fortalecimiento institucional del sistema de salud, ni puede sustituir la responsabilidad del Estado de financiar, invertir y gestionar la salud pública.

- El Estado debe crear una política de salud que busque procurar la atención de salud sin ningún tipo de barrera, ya sean geográficas, económicas, sociales, educativas y otras.
- Es necesario garantizar los servicios de salud a toda la población. El Estado debe dejar de evadir su responsabilidad de dirigir, regular, financiar y proveer atención de salud.
- Se vuelve importante que todas las personas, ya sean naturales o jurídicas, contribuyan a la salud al resto de la población de acuerdo a sus posibilidades.
- La salud debe entenderse más allá de la curación, pues comprende la satisfacción de muchas necesidades humanas y muchos otros factores que afectan el goce del derecho. En razón de ello debe incluir la prevención, rehabilitación, atención psicológica y otras áreas para mejorar la calidad de vida.
- El Sistema Nacional de salud debe volver accesible los servicios que demanda y requiere la población, facilitando su uso más justo, eficaz y eficiente, y propiciar esfuerzos de coordinación e integración del sector público y de complementariedad con el sector privado de salud lucrativo y no lucrativo. Así también, debe estar en condiciones de mejorar el desempeño en la provisión de servicios y hacer el mejor uso posible del gasto público en materia de salud.
- El Sistema Nacional de Salud debe tener una base sólida con sustentación política y coordinación interinstitucional. El sistema debe ser

integral y articulado con capacidad organizativa de adaptación, descentralizado que funcione como tal. El modelo de atención debe ser integral centrado en la familia y la comunidad. Debe así mismo responder al perfil epidemiológico del país, y concentrar sus esfuerzos en los grupos más vulnerables. Finalmente, deberá dar seguimiento a su desempeño y evaluar constantemente sus resultados.

- El sistema nacional de salud debe contar con la firme rectoría del Estado a través del Ministerio de Salud a fin de mantener vigentes los mecanismos que generen y garanticen equidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud. Así también debe incorporar la participación de los usuarios en la toma de decisiones, a fin de asegurar su satisfacción y promover el mejor desempeño del sistema.

- El Sistema Nacional de Salud debe volver accesible los servicios que demanda y requiere la población de una forma eficiente y eficaz así como mejorar el desempeño en la provisión de servicios centrando su atención en los grupos más vulnerables y responder al perfil epidemiológico de los mismos a fin de prevenir las enfermedades infectocontagiosas.

- La provisión de los servicios de salud debe ser de una forma inmediata para lo cual se debe brindar una cobertura en forma gradual y progresiva en base a las necesidades de salud que presentan los grupos de zonas vulnerables económicamente incluyendo el acceso geográfico con la finalidad que estos grupos se les de una cobertura de carácter preventivo de primer nivel a fin de minimizar los riesgos en la salud.

- El Estado debe incrementar el presupuesto nacional para la Salud definiendo estrategias de captación y distribución de fondos de fuentes adicionales a los impuestos generales tales como: cotizaciones y aportaciones para la seguridad social aumentando los techos salariales, seguros voluntarios y de accidentes de trabajo, gasto privado de familias con capacidad de pago demostrada, donaciones, loterías, impuestos específicos de carácter progresivo, préstamos, intereses sobre reservas etc.

- La asignación de los recursos humanos para la salud deberá responder a las necesidades de la población y dar prioridad a la atención primaria de salud, con el fin de garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales de salud debiéndose propiciar la movilidad y accesibilidad del personal de salud a zonas menos desarrolladas.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS.

Badía, Roberto de Jesús. Apuntes de Salud Pública, Editorial Universitaria UES, El Salvador, C. A., 1993.

Beza, José Manuel, Aseguramiento de la calidad en la provisión de los servicios de atención a la mujer y a la niñez en áreas rurales de la Zona Sur de San Salvador, abril 2000- marzo 2001, San Salvador, Universidad de El Salvador, 2001.

Gallardo, Ricardo. Constituciones de El Salvador, T. Dos, Derecho Constitucional Salvadoreño, Ed. Diana Artes Graficas, 1961, Madrid.

Ossorio, Manuel, Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales, Argentina, Ed. Claridad, año 1984

Selva Sutter, Ernesto A. La descentralización y la reforma de salud neoliberal, Estudios Centroamericanos nº 660, pp. 1029-1048, San Salvador, UCA, 1996.

Selva Sutter, Ernesto A. Reforma de salud reivindicatoria, democrática y con enfoque publico, Estudios Centroamericanos nº 651-652, pp. 21-42, San Salvador, UCA, 2000.

Hernan L. Fuenzalida-Puelma/ et al. El Derecho a la Salud en las Ameritas, Estudio Constitucional Comparado, Publicación Científica N° 509, 1999.

TESIS.

Ayala, Manuel Alfonso y otros. "Propuesta de Reforma Integral del Sector Salud en El Salvador: El costo Fiscal de su implementación y sus posibles

vías de financiamiento”. Universidad Centroamericana Doctor José Simeón Cañas, 2002.

Crespín Najera, Maria Emperatriz y otros. “Análisis comparativo de la propuesta “Reforma de salud reivindicativa, democrática con enfoque publico” y la propuesta “Reforma integral de salud” del Concejo de Reforma del Sector Salud en El Salvador”. Universidad Centroamericana Doctor José Simeón Cañas, 2003.

Peña Tobar, Ana Cristina y otros. “Alternativas estratégicas para la reactivación económica de El Salvador, priorizando la satisfacción de las necesidades básicas, sector salud publica-consulta externa y hospitalización”. Universidad de El Salvador, 2001

Sánchez Martínez, Irma Judith y otros, “El Derecho a la Salud en la Constitución de la República”, Universidad de El Salvador, 1994.

Corto Hernández, Américo Roberto, “La Obligación Constitucional del Estado Salvadoreño de Garantizar Salud Gratuita a los Habitantes del Área Urbana del Municipio de San salvador periodo 1999-2001” Universidad de El Salvador 2001.

LEGISLACIÓN.

Asamblea Constituyente de la Republica de El Salvador. Decreto N. 38 de fecha 15 de Diciembre de 1983 Constitución de la Republica de El Salvador. Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de Diciembre 1948.

Decreto Legislativo N° 955, de fecha veintiocho de abril de mil novecientos ochenta y ocho, D.O. N° 86, Tomo 299, de fecha once de mayo de mil novecientos ochenta y ocho, Código de Salud Salvadoreño, año 1988.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 16 de Diciembre 1966.

Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 16 de Diciembre 1966.

PERIÓDICOS

El Diario de Hoy, “Vecinos piden mejora deservicios de salud” 8 de abril 2006.

BOLETINES, SEPARATAS Y OTROS

Adenauer Honrad. Salud y Política Sanitaria, Política de Gobierno 1996. S.D.

Fundación de Estudio para la Aplicación del Derecho. Estudiemos Nuestra Constitución año 1983. S.D.

Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho. El Derecho a la Atención de la Salud, 1998. S.D.

Selva Sutter, Ernesto, Salud: prioridad y ausencia en la política social de El Salvador, Colección Aportes nº 12, pp.23-25, San Salvador, Talleres Gráficos UCA. 2000. S.D.

Secretaria Nacional de la Familia. Gobierno de El Salvador, informe de salud sobre las jornadas medicas, agosto 1996, San Salvador. S.D.

Consejo de Reforma del Sector Salud, “Propuesta de Reforma Integral de Salud. 15 de Diciembre del 2000. S.D.

Doctor Gwatkn. Necesidad de hacer reforma del sector salud orientada hacia la equidad. S.D.

Misión de Observadores de las Naciones Unidas en El Salvador “Normas Nacionales e Internacionales sobre los Derechos Humanos”, Marzo 1993. S.D.

Informativo Semanal, “El Salvador Proceso”, Centro de Información, Documentación y Apoyo a la Investigación, Diciembre 13, 2000, Ed. IDHUCA.

Informe Especial “Afectación del Derecho a la Salud en El Salvador” PPDH, 2000.

ANEXOS

Anexos 1 y 2

El Municipio de San Isidro esta rodeado por montañas, manantiales, caídas de agua y por el río Torola. Hay crianza de ganado vacuno, caballar, porcino y aves de corral.

Anexos 3 y 4

San Isidro es un municipio de difícil acceso por lo lejos y por las calles de tierra y en muy mal estado, lo que es una de las principales causas por las cuales se dificulta la prestación del servicio de salud.

Anexos 5 y 6



Fachada de la Unidad de Salud de San Isidro, ubicada en el Casco Municipal.

Anexos 7 y 8



Actualmente la Unidad de Salud de San Isidro no cuenta con el equipo necesario para atender casos de emergencias que se presentan.

Anexos 9 y 10

El Municipio de San Isidro es, uno de los tantos en el país, que viven en condiciones de extrema pobreza, en el anexos 9 se puede observar una madre familia con su hija enferma, en brazos, luego de haber sido atendida por un “curandero” del pueblo.

Anexos 11 y 12

Fachada del casco Municipal de San Isidro. El servicio de transporte es bastante limitado, además de oneroso, se encuentra en muy mal estado.

Vecinos piden mejora de servicios de salud

MORAZÁN Unas 300 personas se concentraron frente al Sibasi de San Francisco Gotera ayer ▶ Demandan ambulancia y medicina

YANCI PÉREZ

Molestos por las deficiencias en algunos servicios de salud en clínicas y hospitales, decenas de pobladores del norte de Morazán marcharon ayer por las principales calles de San Francisco Gotera.

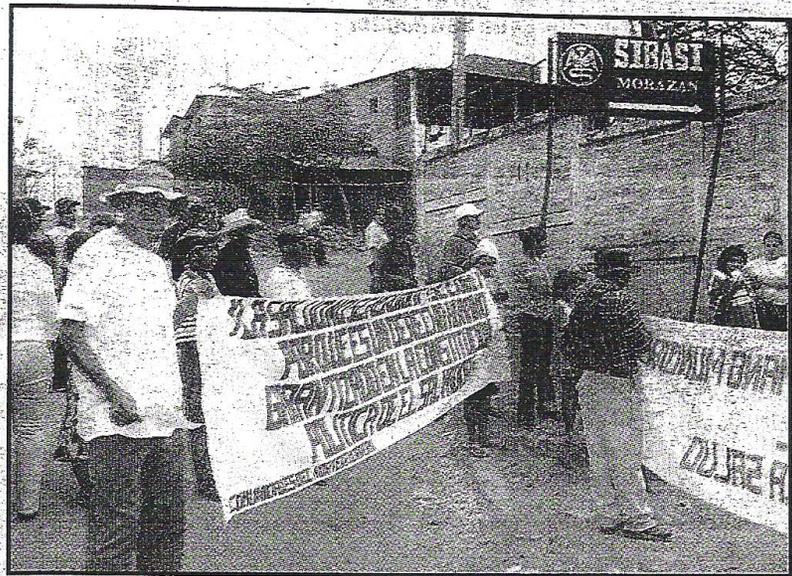
Victorina Hernández, de 65 años, originaria del cantón Ojo de Agua, del municipio de Torola, fue una de las que caminó varios kilómetros bajo el sol para exigir la dotación de medicamentos en la unidad de salud de ese municipio.

Afirmó que cuando va a consulta, la mayoría de veces los médicos le dan la receta, pero no medicinas. Además no tienen una ambulancia para el traslado de los pacientes delicados.

“Queremos mejor atención médica. Somos muy pobres como para comprar las medicinas que nos recetan”, se quejó la mujer.

Igual se pronunció María Alicia García, de 47, del mismo lugar. “Primero debemos caminar varios kilómetros, así como hoy, para lograr conseguir un pick up que nos transporte al hospital de Gotera”, exclamó.

Participaron unos 300



Marcha ▶ Tras recorrer las principales calles, los pobladores expusieron sus quejas.

vecinos de nueve municipios, incluyendo a Torola, Perquín, Arambala, Joateca, Joicoatiqué, El Rosario, San Isidro, San Simón, Gualococtí y San Fernando.

Centenares

Se concentraron frente a las oficinas del Sistema Básico de Salud Integral (Sibasi) de San Francisco Gotera.

Allí esperaron hasta que

fueron atendidos por las autoridades a quienes expusieron sus demandas.

Walter Álvarez, vocero de los afectados, explicó que las principales necesidades son que las unidades de salud sean dotadas de equipos para mejorar la atención por parte de los médicos y enfermeras.

Urgen catéteres, sueros, guantes, medicina, jeringas

y otros aparatos especiales y ambulancias.

Además pidieron la destitución de Maritza Salvador, directora de la unidad de Salud de la comunidad Segundo Montes, Joicoatiqué, por maltrato a usuarios.

Al final, dos médicos administrativos recibieron sus peticiones, las cuales harán llegar a la gerente del Sibasi, Julia Trejos.

N FRENTO A LAS METAS DE DESARROLLO SOCIAL

Fusades señala que los recursos asignados para el área social deberían ser mayores

Presupuesto insuficiente para salud y educación

...lo que el gobierno... destina para... salud y educa... no es suficiente para... las metas de desa... social que el mismo... se ha trazado. Esta... na de las principales... siones a las que lle... fundación Salvadore... el Desarrollo Eco... y Social (Fusades),... lizar el proyecto pa... presupuesto General... Nación de 2007. La... situación es preocu... con los fondos actua... arriesga incumplir los... os del Plan de Educa... 2021, y los hospitales re... rán refuerzos a mitad... próximo. Además de... incluir deuda pública... siones, el monto desig... para el área social dis... ye con relación al pro... interno bruto (PIB). Daniel Pleitez, gerente del... social del Departam... de Estudios Económ... y Sociales de Fusades,... que al analizar el pre... de áreas especifi... camente educación, el... es relevante para 2007... nta siendo muy insu... te para cumplir los re... quierimientos financieros... mplados en el Plan de... ción 2021. "Esto en... de luces amarillas de... nemos un problema... nanciamiento impor... en un área clave para... ro del país", dice. El... crecimiento del monto... educación ronda el 1%,... do, según Fusades, se... ere un aumento anual... 7%, para cumplir los ob... os del Plan 2021. A... pesar del aumento en... gresos tributarios, el pe... la deuda pública no ha... ntitido aumentar el pre... sto en el área social a... ltramo mayor", señala el... sta.



\$324 millones Es el monto asignado al Ministerio de Salud, como presupuesto para el próximo año. \$573 mil Es la reducción en el presupuesto para los hospitales. \$324 millones que suma \$139.7 millones Es el crecimiento real en el presupuesto asignado a educación para el próximo año. \$526.7 millones Destinará el gobierno al Ministerio de Educación, para su funcionamiento durante 2007. \$3.5 millones Es el aumento anual en los fondos para educación, necesario para cumplir el Plan 2021. 13%

EDUCACIÓN "Nuestro presupuesto es suficiente"

ALMA MARTÍNEZ DIARIO EL MUNDO El presupuesto otorgado al rubro de educación es suficiente para alcanzar las metas de que el Plan 2021 ha establecido para el año 2009, aseguró el viceministro de Tecnologías Educativas, Rafael Salomé. "Tenemos que tener en cuenta que los proyectos más grandes los llevamos a cabo con el dinero de donaciones de países amigos. El presupuesto alcanza, más el dinero de los préstamos que esperamos que sean aprobados en la Asamblea Legislativa", puntualizó. En respuesta al análisis del presupuesto elaborado por Fusades, aseguró que el ajuste es mayor al 1% pa...

FRASES "SÍ HAY UNA DISMINUCIÓN, PERO NO ES UNA DISMINUCIÓN REAL. SÓLO SE HAN SEPARADO LOS DOS PRESUPUESTOS." GUILLERMO MAZA, MINISTRO DE SALUD

FRASES "CREEMOS QUE PODEMOS LOGRAR LAS METAS DEL PLAN 2021. TENEMOS LA COOPERACIÓN DE PAÍSES AMIGOS." RAFAEL SALOMÉ, VICEMINISTRO DE EDUCACIÓN

Fusades propone, para solventar lo anterior, aumentar la eficiencia en el gasto público, lo cual requiere una mayor rendición de cuentas, especialmente del Órgano Judicial y los gobiernos locales, que tienen aumentos automáticos cada año. Llamaron a recurrir "responsablemente" a préstamos internacionales para sectores clave, como la educación y la seguridad.

Hospitales con \$500 mil menos El presupuesto de salud, como porcentaje del PIB, tendrá en 2007 un peso similar al que tenía en 1999. "Este es un punto de preocupación", dice Pleitez. Ya que en el actual presupuesto se separó el presupuesto del primer nivel de atención -los sistemas básicos de salud o Sibasi-, que antes aparecía junto al de los hospitales, Fusades analizó los montos de hospital por hospital, y descubrió que si bien los Sibasi contarán con \$6.5 millones más, los hospitales tendrán \$573 mil menos el próximo año.

"Esto, aunado a que ya no pueden cobrar las cuotas voluntarias, pone a los hospitales en una situación difícil, y necesitarán de refuerzos en el transcurso del año", acotó Pleitez. A pesar de esto, el Ministerio de Salud ha insistido en que la situación no es tan grave. Se trató de obtener reacciones del titular del ramo, Guillermo Maza, pero no fue posible contactarlo. El 5 de octubre pasado, Maza aseguró que la reducción en el presupuesto de los hospitales no era un recorte "real", como lo había planteado Diario El Mundo tras la presentación del proyecto del plan de gastos de la nación para 2007. El funcionario alegó que el monto asignado a los centros asistenciales se mantenía, pero que los números se reducían porque los SIBASÍ iban a administrar sus propios recursos. El análisis de Fusades muestra que, a pesar de este cambio, los fondos para los hospitales sí se reducirán.

EL DIARIO DE HOY

El aumento de la cobertura y el acceso, y la búsqueda de la equidad y la calidad son los pilares en los que descansa la Propuesta de Reforma Nacional de Salud (SNS).

El análisis del documento, realizado por la Comisión Nacional de Seguimiento y que entregó recientemente al Presidente Antonio Saca, también resalta la equidad en la atención y el acceso a los servicios de salud.

A la cabeza de este nuevo Sistema Nacional de Salud estaría el actual Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuyo nombre, a propuesta de la comisión, debería ser Ministerio de Salud y Protección Social (MSPAS), porque expresa "el cambio en su orientación para responder a los desafíos que plantea la reforma".

El sistema estaría formado por todas las instancias públicas relacionadas con la salud de la población, además de universidades, prestadores privados de servicios de salud y varias organizaciones.

En cuanto al financiamiento del SNS, se propone actualizar y realizar los acuerdos existentes entre sus miembros, sobre todo entre el Ministerio de Salud y el ISSS, según el documento "a través de convenios, compra-venta de servicios o intercambio de servicios, delimitando hacia el futuro una ruta para el desarrollo de un sistema integrado".

Además, se sugiere ampliar el número de derechohabientes del Seguro Social, al agrupar sectores como el de los trabajadores agrícolas, informales, independientes, domésticos, salvadoreños que viven en otros países y aquellos con ingresos de remesas considerables. Sin embargo, para realizar este proyecto, se reconoce la necesidad de estudios técnicos y decisiones a nivel político.

Proyecto

La transformación del sistema actual, catalogado por los gestores de su reforma como "fragmentado, inadecuadamente financiado y con baja cobertura, énfasis en acciones curativas y con importantes grupos de población sin acceso a la

Reformas al Sistema Nacional de Salud

Búsqueda de equidad

Idea. Intentará convertir en derechohabientes del ISSS a salvadoreños en el exterior y a receptores de remesas. También quiere incluir a hospitales privados



Universalidad Según la propuesta de organización del SNS, se quiere asegurar el acceso equitativo y oportuno.

ISSS
17.5%
POBLACIÓN
Son derechohabientes cubiertos por el Seguro.

MSPAS
81%
PERSONAS
Son los que atiende Salud Pública.

atención en salud", será sometido a una cirugía que pasará por tres etapas.

En la primera se pretende que todas las instituciones públicas y privadas del sector lleguen a trabajar de forma uniforme siguiendo las mismas normas y procedimientos. Para este se creará una unidad del Ministerio de Salud responsable de conducirla y administrarla.

Durante una segunda etapa se intenta aprobar un

marco legal -ley y reglamentos- que daría vida al nuevo Sistema Nacional de Salud. Además, se evaluaría la ampliación de los servicios de salud que para entonces se pretende haber alcanzado.

Finalmente, en una tercera etapa, se identificarían los requisitos para consolidar las acciones de los miembros del sistema con el objetivo de lograr la "cobertura universal", la meta principal de este proyecto.

MIEMBROS DEL NUEVO SISTEMA

Se aspira a que esté integrado por entes públicos y privados

- ◆ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- ◆ Consejo Superior de Salud Pública (GSSP)
- ◆ Seguro Social y CNSPRIS
- ◆ Sanidad Militar y Bienestar Magisterio
- ◆ FOSALUD y JSRI
- ◆ Prestadores privados de servicios de salud y organizaciones con y sin fines de lucro
- ◆ Sociedades de Seguros

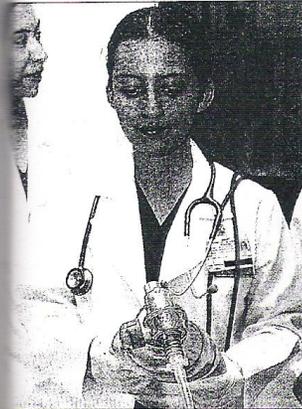
Parte legal, el primer paso

Para que esta reforma sea una realidad, se necesita efectuar algunos cambios en la legislación vigente del sector salud. Lo principal es eliminar la duplicidad de competencias, contradicciones y a la vez llenar vacío.

Es fundamental crear el Sistema Nacional de Salud a través de una ley.

En la propuesta de ley para crear el SNS, que es parte de los documentos presentados al Presidente,

sus miembros se integrarán sistemáticamente y el Sistema funcionará de forma armónica para implementar políticas de prevención y de intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la población de todo el territorio nacional; así como para cumplir todas las funciones que le corresponden al sistema de salud.



Capacitarán a médicos, enfermeras y personal.

Énfasis en los profesionales

■ Para ampliar la cobertura de los servicios, mejorar la calidad y garantizar la equidad en la atención y el acceso de la población a los servicios de salud, es necesario desarrollar los RRHH en función de la disponibilidad y las necesidades de salud del país.

El documento titulado "propuesta política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud" habla de orientar la planeación, de promover los mecanismos que permitan que el Sistema Nacional de Salud

cuenta gradualmente con la cantidad y calidad de recursos humanos.

También estima proponer lineamientos generales para la regulación del ejercicio profesional que garantice la calidad de la atención de salud a la población. Por último, promover la normalización para racionalizar y homologar las condiciones de trabajo de los recursos humanos del sector salud. Aquí se incluye la protección laboral, régimen de trabajo y remuneraciones e incentivos.

Recursos públicos y privados

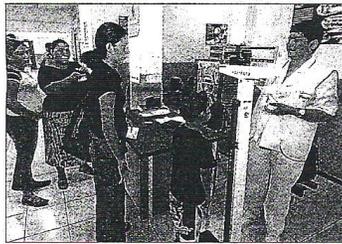
de los puntos que el documento Propuesta de Organización y Funcionamiento del SNS habla de financiamiento.

deberá hacerse uso de fuentes, tanto públicas como privadas", se menciona en el proyecto.

que cada institución pública continuará usando sus propios recursos financieros, que pasan del ISSS serán los provenientes de aportaciones de la población cotizante, actuando

bajo la coordinación y regulación del rector del sistema de acuerdo con las prioridades sanitarias definidas y objetivos del SNS.

Otra forma de tener recursos podría ser la obligación de asegurar los automotores (accidentes y daños), de manera que la atención en salud de accidentados cuente con respaldo financiero a través del cobro a terceras partes responsables o recuperación de costos por la vía de la venta de servicios.

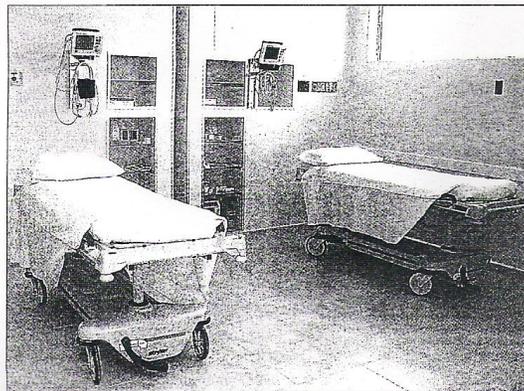


Compensación ▲ De costos a entes públicos y privados.

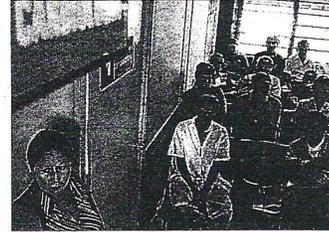
También se deben considerar los lineamientos en los que se basará el sistema. Allí se encuentra la función rectora que tendrá el Ministerio de Salud y también la conducción de esas funciones de las instituciones que conforman el sistema.

deberá contener necesariamente todo lo relativo a descentralización, organización y desarrollo de las instituciones, financiamiento del sistema, mecanismos de pago a los proveedores y otros aspectos relevantes al desarrollo del servicio.

Para poder ampliar la cobertura de salud, no se deben cambiar las normas de organización y complementación entre los principales actores del servicio de



Objetivo ▲ Tener en el país un sistema integrado de salud, de instituciones públicas y privadas



Otra base ▲ Se necesita la participación de la sociedad.

Cooperación ciudadana

■ La Propuesta de la Reforma Nacional de la Salud tiene como base fundamental la participación ciudadana.

Según el proyecto, se pretende fomentar las relaciones, espacios e instancias de reciprocidad entre los pobladores y los servicios de salud.

La universalidad se contempla en la totalidad de la población sin distinción, y se orienta al cumplimiento de los derechos a la vida y la salud.

Por otro lado, la pluralidad incluye el respeto a la diversidad de valores, opiniones, para desarro-

llar los procesos de participación social.

Otro aspecto es la transparencia que hace referencia al establecimiento de mecanismos de acceso a la información, criterios de inversión en salud, rendición de cuentas, auditoría y control social. También con un enfoque en el cumplimiento de políticas públicas y programas e impacto en la población.

Por último, la colaboración de todos los involucrados en los sectores tanto públicos como privados.

Una mayor cobertura

■ Los objetivos de la reforma son la salud, considerando como eje del modelo de atención a la persona, la familia y la comunidad; garantizando la calidez y la calidad de la relación con los usuarios de los servicios de salud.

El modelo de atención estará basado en la estrategia de atención primaria en salud para la promoción de la salud y la prevención del daño.

El sistema estará examinado a aumentar la cobertura y el acceso, buscar la equidad, aumentar la calidad, racionalizar el uso de los re-



Inversión ▲ Que contribuya al desarrollo humano.

ursos y consolidar una red que vincule a las personas, a los proveedores y a otras instituciones.

Todo esto bajo la rectoría del Ministerio de Salud y orientado a mejorar el desempeño del sistema nacional de salud y su eficiencia.

