

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES**  
**SEMINARIO DE GRADUACION EN CIENCIAS JURIDICAS AÑO 2005**  
**PLAN DE ESTUDIO 1993**



“EL DERECHO A LA SALUD CONTEMPLADO EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, ARTICULO 24, NUMERAL 2°, LITERALES “a” y “b” Y SU EFECTIVO CUMPLIMIENTO EN EL ÁREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR COMPRENDIDO EN EL PERIODO 2003 A 2005”

TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE:

LICENCIADA EN CIENCIAS JURIDICAS.

PRESENTAN:

SANDRA YANIRA ABARCA LOPEZ  
PATRICIA GUADALUPE ROGEL SIFONTES

DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO  
LIC. NELSON ARMANDO VAQUERANO

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2006

# **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

RECTORA  
DRA. MARÍA ISABEL RODRIGUEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO  
ING. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

VICERRECTORA ADMINISTRATIVO  
DRA. CARMEN ELIZABETH RODRÍGUEZ DE RIVAS

SECRETARIA GENERAL  
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 GRADUACIÓN  
LIC. BERTHA ALICIA HERNÁNDEZ ÁGUILA

DIRECTOR DE SEMINARIO  
LIC. NELSON ARMANDO VAQUERANO

# AGRADECIMIENTOS

## **A Dios.**

Por darme la fuerza y la Sabiduría, para vencer todos obstáculos que se me presentaron en el camino.

## **A mis padres.**

Por apoyarme y darme la ayuda para que yo pudiese salir adelante, los amo.

## **A mi tía.**

Rosa Abarca, mil gracias por su ayuda incondicional.

## **A mis hermanos.**

Ernesto Abarca (Q.D.P) gracias, por creer en mi, y desde el ciclo estas celebrando mi triunfo.

Manuel Abarca, se que tienes, una forma de ser bastante difícil, pero a tu manera se que me estas apoyando.

## **A mis hijos.**

Katya Nicole: Vieja linda, perdona tantas veces que tenia que dejarte al cuidado de tus abuelos, en los primeros años de tu vida, pero tu sabes que siempre te andaba en mente, y este triunfo es para ti.

Abimael Ernesto: Mi niño hermoso, precioso encantador, ya te cumplí una de las promesas que yo te hice, y este triunfo también esta dedicado a tí, te quiero.

## **A mi compañera de tesis.**

Gracias Paty, por estar siempre guiándome con sus sabias palabras, y por apoyarme en los momentos en que más la necesite.

## **A mi asesor de tesis.**

Lic. Nelsón Armando Vaquerano, gracias por la paciencia y comprensión que nos ha tenido.

## **A mis amigos.**

Concepción García: Conchi infinitas gracias, se que siempre me haz apoyado en las buenas y en las malas.

Corina de Mejía, gracias por animarnos a seguir adelante.

Roselía Elías, Don Chepe, Héctor Rivera, Nelly Porfirio, Juana Sarmiento, Miltón Navarro, un millón de gracias.

**A los Angeles.**

Nelly Valencia y Porfirio Marinero, gracias por estar en el momento justo y en el lugar indicado. Se que Dios los mando, a ayudarnos.

Y a todos aquellos que nos colaboraron en el transcurso de nuestra investigación.

**Sandra Yanira Abarca López**

**A Dios todo Poderoso.**

Gracias padre amado por darme la fortaleza, la sabiduría, la paciencia y la tenacidad para poder culminar con éxito mi carrera.

**A mi madre.**

Sonia Olimpia con todo el amor, respecto y cariño del mundo.

Gracias por haberme dado la vida, tu amor y sobre todo tú apoyo moral y económico, por darme tú amor incondicional y tus sabios consejos.

**A mis Hermanos.**

José Ovidio y Miltón Alejandro

Gracias por su amor, por su cariño, por su paciencia, por su comprensión y por su apoyo moral en el desarrollo de mi carrera.

**A mi padrastro.**

Juan Antonio, gracias por su cariño, respeto, comprensión y por su apoyo moral y económico por permanecer cerca de nosotros a pesar de todas las adversidades.

**A mi tía.**

Maribel, gracias por su amor, por su cariño por su apoyo moral en el desarrollo de mi carrera.

**A mi Primo.**

Juan Alberto, por su apoyo y ayuda incondicional en momentos de mi carrera para que saliera adelante.

**A mi compañera de tesis.**

Sandra por ser mi amiga, por su comprensión respeto y cariño por compartir momentos gratos y difíciles así como por su incondicional amistad.

**A mi Asesor.**

El más sincero agradecimientos para nuestro Director de Seminario Nelsón Armando Vaquerano por su apoyo incondicional, comprensión y paciencia ya que sin él no hubiésemos podido lograr esta ansiada meta.

**A mis Amigos.**

Corina de Mejía, Porfirio, Nelly, Concepción, Luis Roberto, Don Toñito, Magdalena, Alejandra, Guadalupe, El Chele Leiva entre otras por su desinteresado cariño y apoyo en el transcurso de nuestra carrera en los momentos buenos y malos.

**Patricia Guadalupe Rogel Sifontes**

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	I
<b>Capítulo I</b>	
1.1. Antecedentes Históricos Internacionales del Derecho a la Salud	3
1.2. Antecedentes Históricos Nacionales del Derecho a la Salud	8
<b>Capítulo II</b>	
2.1. Marco Normativo Legal del Derecho a la Salud de la Niñez	27
2.1.2. Generalidades del Derecho a la Salud	27
2.2. Leyes Nacionales	34
2.3 Regulación en los instrumentos jurídicos internacionales sobre el derecho a la salud de los niños.	45
<b>Capítulo III</b>	
3.1 Presentación de la Investigación de campo	56
3.1.1 Cuadros de resumen de las respuestas al cuestionario base de la investigación dirigido a Funcionarios y Profesionales	57
3.2 Cuadros resumen de las respuestas a las preguntas del cuestionario base, dirigidas a la población usuaria de la Unidad de Salud Barrios	67

## **Capítulo IV**

4.1	Comentario al Art. 24, numeral 2°, literales “a” y “b” de la Convención Sobre los Derechos del Niño . . . . .	78
4.2	Glosario . . . . .	91
4.3	Siglas . . . . .	94

## **Capítulo V**

5.1	Conclusiones y Recomendaciones . . . . .	97
5.1.1	a) Conclusiones . . . . .	97
5.1.2	b) Recomendaciones . . . . .	102
	Bibliografía . . . . .	104
	Anexos	



## INTRODUCCIÓN

Presentamos a consideración de nuestro director de seminario y a las altas autoridades de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador, el informe Final de la Investigación denominada “El Derecho a la Salud contemplado en la Convención Sobre los Derechos del Niño art. 24, numeral 2°, literales “a” y “b”, y su efectivo cumplimiento en el área metropolitana de San Salvador, comprendido en el periodo de 2003 a 2005”. El propósito primordial es de obtener el grado académico de Licenciadas en Ciencias Jurídicas de nuestra alma mater.

Además del propósito eminentemente formal, la presente investigación pretende establecer los diversos factores económicos, políticos sociales y principalmente jurídicos, que se relacionan con el fenómeno del cumplimiento del art. 24, numeral 2°, literales “a” y “b” de la Convención Sobre los Derechos del Niño; aportando conclusiones y recomendaciones que permiten proponer soluciones, sirviendo de base para la realización de nuevos estudios sobre el tema o relacionados con el mismo.

El capítulo **I**, denominado **Antecedentes Históricos**, incluimos todos aquellos datos relevantes a la salud de los niños, los cuales tomamos como base para el desarrollo de nuestro estudio a través del tiempo.

En el capítulo **II**, denominado **Marco Normativo Legal**, incluimos aspectos generales con respecto a la salud para tener una mejor comprensión sobre el tema, así como también todas aquellas leyes decretos, reglamentos y convenciones pertinentes al tema objeto de nuestro estudio.

En el capítulo **III**, denominado **Presentación de la investigación de Campo**, incluimos los cuadros resumen y gráficas de las respuestas a los 2 cuestionarios; los cuales estaban dirigidos a funcionarios y profesionales, aso como también a la población usuario de las unidades de salud.

En el capítulo **IV**, denominado **Comentario al Art. 24, numeral 2º, literales “a” y “b” de la Convención Sobre los Derechos del Niño**, en el cual se describen la medidas que deben adoptar los Estados Parte para mejorara la Salud de los Niños. Finalizando este capítulo con un breve glosario con el cual pretendemos aclarar todos aquellos conceptos oscuros de los cuales no conocemos su significado.

En el capítulo **V**, denominado **Conclusiones y Recomendaciones**, incluimos precisamente las Conclusiones y Recomendaciones finales del presente estudio; con el propósito de cumplir con lo planteado en el proyecto de investigación previamente aprobado y los aspectos que surgieron durante el desarrollo de la investigación.

Posteriormente presentamos la bibliografía, y finalmente se detallan los anexos que son instrumentos que sirvieron para nuestra investigación.

Para concluir, es nuestro sincero deseo que la presente investigación no solo reúna los requisitos para obtener nuestra acreditación como Licenciadas en Ciencias Jurídicas; sino que se contribuya y se cumpla con los compromisos adquiridos a nivel internacional por el gobierno de El Salvador.

## **Capítulo I.**

### **1.1 Antecedentes Históricos Internacionales.**

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

Ya en el siglo IV a. de C. los médicos egipcios remunerados por el Estado atendían a los pobres en calidad de ciudadanos egipcios, no así a los hebreos, ya que los leprosos eran marginados de las ciudades y eran enviados a cuevas alejados de la sociedad, y el Estado no proporcionaba ayuda a este tipo de enfermos, sino sus familiares se encargaban alimentación y vestuario, no existiendo medicamentos curativos para esta enfermedad. <sup>1</sup>

En los comienzos de la era cristiana la iglesia fundó en el año 325 hospitales para las personas más necesitadas. Más tarde, las autoridades municipales se hicieron cargo de estos servicios.

En la edad media era obligatorio colocar carteles en las casas para alertar a la comunidad sobre la peste, y es en este momento donde comienza a desarrollarse el embrión del derecho de protección a la salud. <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Coto Hernández, Americo Roberto y Santos Mauricio. La obligación constitucional del estado salvadoreño de garantizar la salud gratuita a los habitantes del área urbana de San Salvador. 2002. Trabajo de Graduación Pag. 10

<sup>2</sup> Idem pag. 10

En general, se considera que las leyes que garantizan el derecho de atención a la salud se originaron con la revolución industrial. A consecuencia de la mecanización y del aumento de la productividad fue posible en esa época proporcionar cierto grado de protección a la salud de los trabajadores quienes durante siglos habían sido considerados como elementos de trabajo que podían ser reemplazados fácilmente. El historiador George Rosen dice al respecto: “del mismo proceso que surgieron las fabricas, la economía de mercado y las grandes ciudades, surgieron también los problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar las enfermedades y proteger la salud”.<sup>3</sup>

En Inglaterra se impulso el movimiento a la salud cuando la Reina Victoria organio 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 creó el primer Consejo de Salud, reconociendo por primera vez en la humanidad que la salud del pueblo era integralmente concebida como importante acción administrativa del gobierno.<sup>4</sup>

Durante todo este tiempo, se hablaba de la salud pero no reconocido como un derecho sino hasta el siglo XIX con el auge del capitalismo y las luchas de los obreros del mundo, lo cual dio lugar a la revoución de México y Rusia.

---

<sup>3</sup> Idem Pag. 13

<sup>4</sup> Idem Pag. 13

Fue a partir de estos sucesos que se reconocen formalmente los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud.

Con anterioridad a este reconocimiento jurídico se hablaba de la salud en general pero nada dedicado especialmente a la niñez. Y es así como una mujer de origen Ingles llamada Eglantyne Jebb, pensando en los niños puso en marcha la fundación llamada "Save the Children Found".<sup>5</sup>

Más tarde, ya en 1920, dicha entidad se traslada a Ginebra para crear "Save the Children International Unión" que se traduce en Unión Internacional de Protección a la infancia. Elaboro el proyecto de una Declaración de los derechos del niño junto con su homóloga sueca "Rädda Barnen" que la sociedad de naciones aprobó en 1924. Y se le llamó "La Declaración de Ginebra", la cual ofrecía protección y asistencia especial a los niños cuando se encuentre enfermo, discapacitado, hambriento, huérfano; a estar protegido contra cualquier explotación económica o sexual; sin distinción de raza o nacionalidad. Y es así que en 1939, el comité Internacional de la Cruz Roja y la Unión Internacional de Protección a la infancia redactaron el proyecto de un convenio para la protección de los niños en los conflictos armados, pero no pudieron proseguir los trabajos porque estalló la Segunda Guerra Mundial. En 1959 Las Naciones Unidas, ampliando la declaración anterior, aprobaron la Declaración de los Derechos del Niño, relativa al bienestar, a la educación y al derecho a ser educado en un espíritu de fraternidad universal.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> <http://www.unicef.org>.

<sup>6</sup> Estado Mundial de la Infancia. 2005. UNICEF. Pág. 2

En 1966 se firmaron dos tratados internacionales en las Naciones Unidas, que aunque regulan sobre los Derechos Humanos en general, incluyen también algunos Derechos del Niño. Y estos son conocidos como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Años después, en 1978, Polonia presentó la propuesta originaria de la convención Internacional sobre los Derechos del Niño, a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas con la esperanza de que la Asamblea General la aprobase durante el año del niño. Sin embargo se considero que la terminología no era apropiada para un instrumento contractual y que ciertos puntos debían ser tratados más adecuadamente. Así pues, la Comisión de Derechos Humanos optó por instituir un grupo de trabajo cuya primera reunión se celebró en 1979.

“Pero la máxima expresión, de los esfuerzos de la Comunidad Internacional en el reconocimiento y protección de los derechos de la niñez, tuvo como fruto, la que ahora se conoce como “La Convención sobre los Derechos del Niño”.<sup>7</sup> Y en su elaboración intervinieron varios países y especialistas en la materia, así como organizaciones no gubernamentales. El proceso de elaboración duró casi diez años por lo que fue un documento bastante amplio, en el cual se recogen todos los Derechos Humanos que hasta ese momento se le reconocían al menor, tales como: Facultad de gozar de sus derechos sin discriminación, protección y cuidados especiales, principio de interés superior del niño, derecho al nombre y la nacionalidad, a

---

<sup>7</sup> Idem. Pág. 2

crecer y desarrollarse con buena salud, derecho de protección prenatal y posnatal, derecho a la alimentación, vivienda, recreo y otros servicios, derecho al amor y la comprensión, derecho a la educación, derecho a la no explotación, abandono y crueldad; los cuales se encontraban en forma desordenada e incompleta en diferentes instrumentos Jurídicos. Esta convención fue firmada el veinte de Noviembre de 1989 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, y representa el instrumento Jurídico mas importante en la protección de la niñez del mundo, en el que se consignan las principales obligaciones que los Estados deben cumplir, para garantizar la existencia real y efectiva de los Derechos Humanos que existen a nivel mundial. En dicho instrumento se encuentra regulado el Derecho a la Salud de los niños, específicamente en el art. 24 el cual es objetivo de nuestro estudio y en especial los literales “a” y “b” a los cuales se les hará un análisis. Dichos instrumento comenzó a aplicarse “en 1990 después de ser ratificado por 20 países, para el primero de Febrero de 1996 había sido adoptado por 187 gobiernos”<sup>8</sup>.

“En la actualidad ya fue ratificado por 192 países incluyendo el nuestro”<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup><http://www.unicef.org>

<sup>9</sup> Estado Mundial de la Infancia, 2005. UNICEF. Pág. 11

## **1.2 Antecedentes Históricos Nacionales del Derecho a la Salud.**

### **En la época precolombina.**

En los pueblos mayas se consideraba que las enfermedades eran causadas por espíritus y hombres nefastos. Para todo había un dios, por ejemplo el dios solar (Itzamna), era considerado el dios de la medicina, su esposa (Ixchel) cuidaba las mujeres durante el embarazo y el parto. Otro dios (Citobolonton) era el que protegía la salud en general. Y existían otros dioses que protegían la salud de los niños, la de los agricultores y de la población en general.

Cuando un miembro de la tribu se enfermaba buscaba la ayuda del sacerdote, curandero o hechicero, el cual con su amplia experiencia y conocimiento de las hierbas que deberían utilizarse en el tratamiento de las enfermedades. Existían ramas específicas del arte de curar como parteras, cirujanos que poseían una especie de estuche con agujas, cabellos para saturar heridas, bálsamos, tablillas y bejucos para curar fracturas y sanguijuelas para sangrar.<sup>10</sup>

Los indígenas tenían un amplio conocimiento de las propiedades curativas de las plantas y raíces, estas medicinas se administraban en infusiones, punciones, ungüentos, colirios, polvos, aceites y emplastos.

---

<sup>10</sup> Cedillos Rafael, Tícas José María y otros, apuntes Históricos sobre el desarrollo de la Salud Pública en El Salvador, representación de la OPS/OMS en El Salvador, diciembre 2003, pag. 16.



## **En la época de la Conquista y la Colonia.**

Cuando los conquistadores llegaron a El Salvador, se encontraron con un esquema amplio de atención a la salud como chamanes, curanderos, parteras y hierberos que tenían un amplio conocimiento de las plantas medicinales.

Durante la conquista y la mayor parte de la colonia, el avance en la medicina tradicional fue muy limitada, tomando en cuenta que El Salvador no era mas que una provincia remota de la Capitanía General y que no contaba con más de quinientas familias españolas residentes y con escasas vías de comunicación.

La combinación de estos factores obligó a los españoles a utilizar las practicas de salud de los indígenas con resultados satisfactorios, al grado que de acuerdo al archivo general de indias, Hernán Cortéz, Pedro de Alvarado y otros conquistadores pidieron al rey de España que no enviara médicos porque los curanderos indígenas eran muy buenos y hasta mejores. Los españoles como parte de su política de buscar productos agrícolas comercializables, catalogaron las plantas medicinales y comprobaron sus propiedades terapéuticas y farmacológicas con resultados extraordinarios de varias plantas utilizadas por los indígenas con fines curativos, como la chinchona en Perú y el bálsamo de El Salvador, pasando éstos al arsenal terapéutico europeo.

En el año de 1551 llegaron a El salvador los frailes Dominicos, pero fue hasta el año 1574 cuando se estableció en el país la orden de los

Franciscanos. Cada uno de ellos estableció su convento sobre uno de los caminos de acceso a la villa de San Salvador, uno al norte y el otro al sur, tanto los dominicos, como los franciscanos proporcionaban cuidados a los enfermos en sus conventos.<sup>11</sup>

En el año de 1642 se estableció el primer hospital al estilo español, este fue el hospital de la Santísima Trinidad de la villa de Sonsonete y fue reconocido oficialmente en 1682, por orden del rey de España se puso bajo la administración de los religiosos de San Juan de Dios.

En 1800 se fundó el hospital Santa Gertrudis ubicado en la ciudad de San Vicente, inicialmente bajo la administración de los religiosos franciscanos.<sup>12</sup>

### **El periodo de la Independencia.**

Durante este periodo de independencia (1821-1899), la atención de la salud de la población continuó bajo la dirección de ordenes religiosas como la de San Juan de Dios y la de San Vicente de Paúl, así como también por los gobiernos municipales y de la filantropía privada, individual y organizada. En este periodo se dieron hechos muy importantes como lo son:

---

<sup>11</sup> Delgado, Jesús “Sucesos de la Historia de El Salvador, Introducción a la Historia de la Iglesia en El Salvador. 1825-1821. Pág. 8.

<sup>12</sup> Idem pag. 27.

- 1825: Se publica una cartilla de vacunación (antivariólica) para vacunadores.
- 1832: Sé fundó por iniciativa privada el hospital San Juan de Dios de San Miguel.
- 1844: Se establece dentro de la Universidad de El Salvador la Facultad de Medicina.
- 1864: Un benefactor privado abre en Santa Tecla “La Casa de la Misericordia” que mas tarde paso a ser el Hospital San Rafael de Santa Tecla.
- 1885: Se crea la Cruz Roja Salvadoreña.
- 1894: Se creó el hospital de Dementes que comenzó a funcionar en 1886 con el número de 670 camas.<sup>13</sup>

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

---

<sup>13</sup> Cedillos Rafael, Tícas José María, y otros, apuntes históricos sobre el desarrollo de la salud publica en El Salvador, representación OPS/OMS en El Salvador, diciembre de 2003. Pág. 16

- 1900: Se creó el Consejo Superior de Salubridad dependencia del Ministerio de Gobernación. El cual tenía como funciones: elaborar estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones, construcción de cloacas y sistema de aguas servidas, la lucha contra los mosquitos, visitas a establos, fábricas y beneficios de lavar café. En dicho año también se crea el primer código de sanidad. <sup>14</sup>
- 1902: Se complementó la construcción del nuevo hospital Rosales, iniciando sus labores en este mismo año.
- 1914: Fué construido el hospital Neurológico.
- 1928: Fué construido el Hospital para Niños Benjamín Bloom.
- 1925: Fué creada la Sociedad de Beneficencia Pública como Botón Azul, que proporcionaba leche gratuita a niños necesitados, también fundó una clínica para niños.
- 1930: Se creó un nuevo Código de Sanidad.
- 1940: “Comienza la era de la “Sanidad Técnica” se mencionan unidades sanitarias en Santa Tecla, Santa Ana y San Miguel; pero la única que mereció este nombre fue la de

---

<sup>14</sup> Ver: <http://www.mspas.gob.sv/conoscamos.asp>

Santa Tecla, que además actúo como Centro de Adiestramiento”.<sup>15</sup>

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 construyo el edificio de la Dirección General de Salud (actual edificio del MSPAS).<sup>16</sup>

1949: Se aprobó la ley del Seguro Social y se instalo el Consejo Directivo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que se dedico a las labores de planificación y organización y no comenzó a prestar servicios de salud hasta los año 50.

1950: En este mismo año el Ministerio de Asistencia Social pasaba a ser El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. En Julio de 1951 se inician actividades del área de demostración sanitaria, proyecto conjunto con la OMS con el cual nació la Escuela de Capacitación Sanitaria la cual daba capacitación en adiestramiento en servicio, atención integral, organización de comunidades rurales para las actividades de saneamiento rural y puestos de salud.

Ya en los años cincuenta se inicia la descentralización de la Salud Pública por medio de la creación de las regiones de salud, desafortunadamente esta medida fracasó, ya que no alcanzó los

---

<sup>15</sup> Idem

<sup>16</sup> Idem

frutos esperados por no lograr la descentralización presupuestaria y fiscal.

“En 1960 entró en vigencia la ley de patronatos en Centros Asistenciales, el primer patronato que se fundo bajo esta ley fue el de la Unidad de Salud en Soyapango en el año de 1961”. El 9 de Julio de 1962 se crea el departamento Técnico y de Planificación (actualmente Dirección de Planificación de los Servicios de Salud). Se presenta el primer Plan Decenal de Salud diseñado con la metodología de OPS el cual sirvió de modelo para los países en desarrollo. En este mismo año se fusionaron las direcciones de sanidad y de hospitales, dando origen a la Dirección General de Salud”.<sup>17</sup>

En 1973 entró en funcionamiento el nuevo hospital de Chalatenango y se finalizaron las nuevas instalaciones de los nuevos hospitales de Zacatecoluca y Usulután, se realizo la primera Campaña Nacional de Vacunación para proteger a la población menor de cinco años, contra la Tuberculosis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliomieltis y Sarampión. “En 1974 a través de prestamos con organismos internaciones se inicia el programa de ampliación de red de establecimientos y se introduce el Programa de Salud Oral a base de Flouocolutarios”.<sup>18</sup>

Durante la Década de los 80, el Gobierno no estaba en capacidad de incrementar la captación de recursos por la vía de la tributación por la situación económica que estaba atravesando el país. Y esto obligó al gobierno a la búsqueda de recursos adicionales para ampliar la

---

<sup>17</sup> Idem

<sup>18</sup> Idem

cobertura poblacional y de servicios a través de donaciones privadas y de gobiernos extranjeros, la asignación de un papel específico en localidades determinadas a organizaciones no gubernamentales, y la ampliación de la cobertura del ISSS. (No en lo poblacional sino en la prestación de algunos servicios de promoción y prevención).

En el año de 1980 fue el periodo del conflicto armado, donde la guerrilla salvadoreña llegó a disponer de complicados servicios de salud ya que estos comprendían no solo el rescate de los heridos del frente de batalla, sino también una red escalonada de niveles de complejidad que culminaba en cada uno de los frentes de guerra con un hospital. En esta época los hospitales eran clandestinos y las ambulancias que transportaban al personal y los heridos eran igualmente clandestinos ya que sus ocupantes eran provistos de anteojos oscuros sellados cuidadosamente con tirro para quien los usara no se orientara sobre la ruta o el camino al hospital clandestino.

### **Período comprendido entre los años 1984-1989.**

Durante el período presidencial del ingeniero José Napoleón Duarte, no se le dio un apoyo al derecho a la salud debido a los problemas sociales y políticos que atravesaba el país, en esa época a lo que se le daba prioridad era al Ministerio de Defensa, a los programas de Reforma Agraria y a buscar el dialogo por la paz.

En el año de 1984 apenas se contaba con 341 establecimientos de salud, de los cuales habría que descartar un numero no determinado

de establecimientos cerrados en las zonas conflictivas de la región oriental, central y norte del país. En este periodo fueron 14 hospitales los que proporcionaron atención curativa deficiente en situaciones de enfermedades, epidemias o actividades preventivas, ya que solo se le daba prioridad a las emergencias.<sup>19</sup>

Por otra parte el desplazamiento de miles de personas hacia la capital a raíz de la guerra, generó un hacinamiento en zonas urbanas originando así diferentes tipos de enfermedades transmisibles, tales como: diarreas y anemias. También el desordenado crecimiento de las zonas urbanas creó la contaminación del aire de plomo y monóxido de carbono, así como la contaminación de los mantos acuíferos por causa de las aguas negras sin tratamiento, causando todo esto epidemias.

A pesar de que en esta época de 1984-1986 no hubo adelantos significativos en materia de salud para los adultos, si hubo para la población infantil, ya que se efectuaron campañas de vacunación, entre ellas, la realizada el 21 de abril de 1985 (III Jornada de Vacunación), en la cual el presidente Duarte, pedía una tregua para que se llevara a cabo la jornada de vacunación, siendo sus palabras: “Quiero pedirles a los alzados en armas que piensen que por encima de los conflictos y de odio, por encima de los problemas de diferencias ideológicas, está la vida del ser humano y espero que este día, en vez de tirarnos balas unos a otros, hermanos contra hermanos, nos unamos para darle un abrazo a un niño, para verlo llorar, sí para verlo llorar porque le ponen una inyección o por que le

---

<sup>19</sup> Coto Hernández, Américo Roberto y Santos Mauricio. La obligación Constitucional del estado salvadoreño de garantizar la salud gratuita a los habitantes del area urbana de San Salvador. 2001. trabajo de Graduación. Pág. 19



dan una medicina, pero para verlo llorar porque le salvamos la vida”.

20

### **Período 1989-1994**

En este periodo, los resultados de la gestión en salud durante la administración del presidente Alfredo Cristiani fueron: que en el año de 1990 el país adquiere mayores obligaciones al firmar y ratificar la Convención Sobre los Derechos del Niño.

Es así que hace reformas estructurales en el sistema de salud, esto se hizo así a nivel ministerial lo cual no sufrió ninguna de las reformas estructurales que habían sido anunciadas y continuaba siendo una estructura centralizada.

En cuanto con la coordinación de la empresa privada se conocieron fuentes críticas al funcionamiento del sistema estatal de seguridad social y salud por parte de la Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP) y la fundación salvadoreña para el desarrollo económico y social(FUSADES), criticando este último al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, como una institución de bajo rendimiento y baja cobertura para el uso de sus servicios por parte de la Empresa Privada.

Al finalizar la gestión, ni las municipalidades ni los entes privados habían asumido la prestación de los servicios, y el Gobierno seguía

---

<sup>20</sup> Idem pag. 21.

asumiendo una actitud de oposición a la descentralización, pero a petición de la Agencia Internacional Parra el Desarrollo (AID) se logro que las instancias no gubernamentales asumieran la prestación de servicios a los discapacitados de guerra, pero esto también sufrió tropiezos, por parte del Gobierno a través de la Secretaría de Reconstrucción Nacional y esto llevó a que la ayuda se congelara por un poco más de dos años.

Otra iniciativa que se llevó a cabo siempre por la AID Agencia Internacional Parra el Desarrollo fue el Plan Piloto llamado “Proyecto de Atención Materno Infantil” (PROSAMI) la cual fue vista con recelo por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.<sup>21</sup>

En Dicho Periodo se crearon los Sistemas Locales de Salud(SILOS), como instrumento central para el involucramiento de la comunidad en el proceso de planificación, ejecución y evaluación, permitiendo elaborar respuestas, ya sea para la comunidad en lo concerniente a factores de riesgos ambientales y sociales existentes, así como también la organización de servicios adecuados a las necesidades de la población, que no lograron desarrollarse pues en 1991 solamente había uno y a finales de este periodo presidencial eran cinco, los cuales no tuvieron un desarrollo notable.<sup>22</sup>

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en esta gestión asumió una función rectora, pero las iniciativas más importantes no se llevaron a cabo debido a las presiones del sector económico. Entre las iniciativas más importantes se encuentran:

---

<sup>21</sup> Idem pag. 24

<sup>22</sup> Idem pag. 24

- Las reformas al Código de Salud encaminadas a trasladar al Ministerio la regulación de la calidad de medicamentos en el mercado.
- Ley para regular el uso de tabaco.
- El Código del Medio Ambiente.

Estas iniciativas perdieron votación y fueron postergadas por fuertes presiones del sector económico interesado. Las únicas iniciativas que se aprobaron en este periodo fueron generadas por la sociedad civil. Entre ellas las modificaciones al Código de Salud las cuales tendían a mejorar el funcionamiento administrativo del Consejo Superior de Salud Pública, propuesta que nació del Centro Para la Defensa del Consumidor y de la Fundación Maquilishuat.

Las reformas en la estructura estatal de salud, que buscaba la descentralización planteada al inicio del Gobierno del Lic. Cristiani no se realizaron.

Con las organizaciones no gubernamentales no hubo coordinación de ninguna clase. El Estado no logró asumir la función rectora de la política sanitaria en este periodo, el Fondo de Inversión Social (FIS) fue en esta administración el principal instrumento para ayudar a la población más vulnerable. Pero dentro de este programa la salud no fue prioridad destacada.

## **Período 1994-1999**

Durante el periodo 1994-1999 del presidente Armando Calderón Sol, la política sanitaria tuvo un giro ya que se reformó el sector salud y se modernizó Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, esto llevó 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 desarrollo del ente institucional, tendientes a la atención integral de la salud de las personas y disminución de los riesgos y daños al medio ambiente, definiendo su modernización en 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 el 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 grandes componentes, contemplando el primero:

Fortalecimiento del área programática.

- Mejoramiento de la gestión administrativa de El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. <sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Idem pag. 27

El segundo componente se realizará mediante las acciones de la reorganización y fortalecimiento de El 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.

Dentro de esta administración se da un apoyo a nuevos actores de la salud, siendo muy poca su labor debido a la oposición de El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Frente a la precaria situación de las condiciones de salud que existían en el país para fines del año 1993, bajo la iniciativa de la Agencia Internacional Para el Desarrollo AID, se forma un equipo multidisciplinario, formado por las siguientes instituciones: Agencia Internacional Parra el Desarrollo AID, Organización Panamericana Para la Salud (OPS), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y El Fondo Monetario Internacional (FMI), quienes realizaron una investigación de la situación de la salud y propusieron una alternativa para el problema, de esta forma surgió la Asociación Nacional de Salud y Asistencia Local (ANSAL), y en el año de 1994 entregó al Gobierno de El Salvador y a los organismos internacionales un estudio y recomendaciones del financiamiento de la salud siendo estos:

Considerable aumento en la asignación presupuestaria del Estado para salud.

Definió que asumiría solo el financiamiento de lo que no pudiera hacer la sociedad, Asociación Nacional de Salud y Asistencia Local (ANSAL), hizo una definición muy clara de lo que esto debería ser pero el Gobierno no dijo nada.

El incremento del gasto de salud provendría no de impuestos nuevos sino de un mejor captación fiscal y de la aplicación al área social del producto de la venta de las propiedades estatales que serían privatizadas.

Se crea un fondo nacional de salud que administraría todos los recursos del sector, financiando acciones del Estado y particulares.

Recomendaciones de la Asociación Nacional de Salud y Asistencia Local (ANSAL).

Incremento del gasto en salud.

Descentralización de los servicios.

Fortalecer la función reguladora del Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Crear un fondo Nacional de salud que financie universalmente una canasta básica de servicios en salud entre otros.

Con las recomendaciones hechas se dio un proceso participativo en el que se invitó a instituciones nacionales y extranjeras, coincidiendo con las recomendaciones del gobierno de El Salvador, Partidos Políticos y ONG's a nivel internacional y se convirtió en un compromiso condicional para préstamos y donaciones del Gobierno del Dr. Calderón Sol.

Entre otras notas que cabe destacar en este periodo fue el Programa Escuelas Saludables (PROES), en el cual se invirtió 173,7 millones de colones entre junio de 1997 y mayo de 1998 atendiendo a mas de 600,000 escolares en 3,593 escuelas a nivel nacional, y a quienes se les brindo consulta medica general y especializada, atenciones odontológicas, vitaminas, minerales y vacunas. Dichas acciones se llevan a cabo para aumentar el rendimiento escolar a través del mejoramiento del estado de salud de los niños y niñas beneficiados con el programa.

Otra nota relevante con respecto a la salud es la descentralización de los servicios de salud y hospitalización del ISSS, con la inauguración de proyectos de clínicas comunales y clínicas empresariales, desarrollándose un nuevo modelo de atención, y es así como a finales del año 1998 se contaba con 198 establecimientos de salud a nivel nacional, clasificados en: 123 clínicas empresariales, 31 clínicas comunal, 35 unidades médicas, 12 unidades médicas con hospitalización y nueve hospitales.<sup>24</sup>

#### **Período de 1999-2004.**

En este período el presidente Francisco Flores llevó a cabo el Plan Nacional de Acción para la Infancia, cuyo contenido se enmarcaba dentro de los compromisos adquiridos por El Salvador en la Convención Sobre los Derechos del Niño y más aún dentro de la Cumbre Mundial Sobre la Infancia.

---

<sup>24</sup> Idem Pag. 27 y 28

Con este plan el gobierno se comprometió a fortalecer la atención en salud en las zonas rurales del país, cuya condición geográfica limita a la población el acceso a los centros de salud, los objetivos de este plan son incrementar la atención materno-infantil, ampliación de las campañas de vacunación, fortalecimiento en la administración de la vitamina A y sulfato ferroso, aumento también en las campañas de salud oral y rehidratación oral.

A finales de los noventa, El Salvador retoma el concepto de sistema sanitario el que es considerado la piedra angular de la modernización del sistema de salud. Para inicios del dos mil surge la necesidad social de alcanzar un nivel óptimo de salud obligando a la reconceptualización, surgiendo así el término nacional “Sistema Básico de Salud Integral” (SIBASI), este rescata aspectos esenciales de la atención primaria en salud, el cual cuenta con la participación de diversos actores del desarrollo social y que como unidad básica del sistema nacional de salud da cumplimiento al mandato constitucional bajo la adopción de un nuevo modelo de gestión en donde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector.

En el año 2000 la red de servicios de salud ha crecido a 610 establecimientos distribuidos en treinta hospitales, trescientas cincuenta y siete unidades de salud y ciento treinta y dos laboratorios a nivel nacional.



En el 2001 el país es sacudido por dos terremotos ocurridos en los meses de enero y febrero, lo que causa serios daños en la estructura de salud siendo necesario diseñar proyectos de infraestructura para mejorar la calidad de vida de la población.

En el año 2002 se introduce la vacuna pentavalente al esquema de vacunación, también es implementado el laboratorio de biología molecular para la investigación virológica de cepas circulantes de dengue. En este mismo año se inicia el fortalecimiento del 93.4 % del azúcar de consumo humano con vitamina "A" y el 100% de las harinas de trigo con hierro y ácido fólico, beneficiándose toda la población salvadoreña.<sup>25</sup>

#### **Período 2004 – 2005**

En este período se crea el fondo solidario para la salud FOSALUD el 17 de diciembre de 2004 como una entidad de derecho público con personalidad jurídica, con patrimonio propio, plena autonomía en lo financiero, administrativo y presupuestario adscrito al Ministerio de Salud. Dicha entidad contará con un capital semilla y será alimentado con fondos que provengan de impuestos a cigarrillos, bebidas alcohólicas y armas.

Desde el lanzamiento del FOSALUD idea acariciada desde la campaña política del señor Elías Antonio Saca y llevada a la realidad en la presidencia de esta administración el día 11 de agosto del 2005 en la unidad de salud "Dr. Carlos Díaz del Pinal", ubicada en el área de Santa Tecla la cual permanecerá abierta las 24 horas del día y los 365 días del año a partir de esta fecha el FOSALUD, es una

---

<sup>25</sup> <http://www.mspas.gob.sv/conoscamos.asp>

realidad siendo este un programa integral creado para mejorar y facilitar la atención de aquellas personas, que por distintas razones no pueden acudir a los establecimientos de salud durante el día, y para mejorar la atención de salud de la población ubicada en el área rural donde el acceso a estos servicios es muy complicado.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> <http://www.casapres.gob.sv/especiales/fosalud/index.htm>.

## **Capítulo II**

### **2.1 Marco Normativo Legal**

#### **2.1.2. Generalidades.**

Naturaleza Social del Derecho a la Salud.

El concepto de Derecho a la salud es reconocido de diversas formas en Constituciones, leyes, reglamentos, convenciones, 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 naturaleza social de la salud implica cuatro dimensiones de importancia crítica que son la igualdad y universalidad de la atención, integración, participación y eficacia, de las cuales haremos una breve explicación de cada una. <sup>27</sup>

#### **La igualdad**

Exige un compromiso por razones de justicia social, para remediar los casos de iniquidad profunda 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.

---

<sup>27</sup> Coto Hernández, Americo Roberto y Santos Mauricio. La obligación Constitucional del Estado Salvadoreño de Garantizar la Salud Gratuita a los habitantes del área Urbana de San Salvador. 2001. Trabajo de Graduación. Pág. 90.

## **La integración**

Hace referencia: a) Las medidas de salud, los niveles de atención y la continuidad de la atención, y, b) La salud en el proceso de desarrollo.

El primer aspecto 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. Y el segundo se refiere a la salud como responsabilidad intersectorial y su elevación a la máxima expresión de bienestar.

## **Participación**

Significa una relación de responsabilidad entre los servicios y sistemas de salud y la sociedad, individuos, grupos, comunidades y organizaciones. Esta relación permite crear conciencia cívica de la salud y de la responsabilidad que tenemos todos de conservarla, fomentarla y facilitar la participación consciente y responsable de las comunidades en las decisiones, la ejecución y evaluación de los programas y actividades de salud.

## **La eficacia.**

Esta permite ampliar los recursos disponibles de la manera más apropiada para que sean adecuados en la prestación del servicio

salud que permite atender verdaderamente las necesidades reales y crecientes de la población.

## **Concepto de Salud**

Por muchos años la salud, se definía como ausencia de enfermedades, pero este concepto cambió y el más aceptado es el del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>28</sup>

Las definiciones de salud son numerosas. El Websters English Dictionary la define así: “Estado corporal o mental en el cual todos los órganos funcionan normalmente, sanidad, ausencia de enfermedades”. El diccionario de la lengua española dice que la salud “es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. El diccionario Larousse contiene la siguiente definición: “Salud estado habitual de equilibrio del organismo”; para el protocolo de San Salvador en su artículo 10 define salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.<sup>29</sup>

## **Concepto de Derecho de la Salud.**

A partir de la Constitución de 1950 se considera que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. Los

---

<sup>28</sup> Idem Pág. 90

<sup>29</sup> Protocolo Adicional a la convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) suscrito el 7 de Noviembre de 1998.

antecedentes de la constitución no precisan cuál es el significado de la expresión “bien público” que se emplea para conceptuar la salud, como un completo bienestar físico, mental y social que va allá de la ausencia de enfermedades como diría la Organización Mundial para la salud, debe ser disfrutado por todos los habitantes de la República como una aspiración de la sociedad salvadoreña hay un interés comunitario y no meramente oficial del Estado o particular de los individuos. La sociedad toda integralmente considerara debe propiciar el logro de ese Estado de salud.<sup>30</sup>

El art. 1 de nuestra Constitución establece como obligación del Estado el asegurar a los habitantes de la República, entre otros bienes la salud. Correlativamente, y visto desde el punto del titular activo de la obligación, la salud, es un derecho que se tiene frente al Estado.

Este concepto de la Salud-Derecho resulta contrario al expuesto de la Salud-bien publico, porque en este ultimo supuesto tanto el Estado como las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Resulta entonces que la salud sería tanto respecto de los habitantes de la República como del Estado, un derecho y un deber a la vez, lo que es inadmisibile, porque el derecho deja librado su ejercicio a la decisión del titular en tanto que el deber es obligatorio; no es de cumplimiento potestativo.

---

<sup>30</sup> Idem Pág. 92

## **El objeto del Derecho a la salud.**

Ha tenido como finalidad la de proporcionar y proteger la salud mental, física y emocional al ser humano. El derecho a la salud, como un 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, además tiene relación directa con otros factores como: La protección de la vida, por ser fundamento mismo de la existencia de la persona humana (art. 2 en); la protección de la Libertad y dignidad humana, porque es inherente al concepto de persona humana, que tiene dignidad, porque es libre para escoger sus metas y para elegir los medios para lograrlas sin más límites que los que impone el respecto a la libertad de los demás y la necesidad de preservar la sociedad.<sup>31</sup>

## **Los sujetos del Derecho a la Salud.**

El sujeto obligado de conformidad a la constitución a garantizar el goce de salud, la vida y la integridad física, es el Estado Salvadoreño a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que está obligado a velar por la salud y los habitantes a conservarla, y recibirla, siendo los sujetos de la prestación hombres, mujeres, niños, niñas, ancianos y ancianas no importando su raza, religión, ideas políticas y posición social.

---

<sup>31</sup> Idem Pág. 92

## La función de la ley en el Derecho a la Salud

La incidencia del Derecho (Constitución, leyes, decretos, códigos y convenciones) en la protección del derecho a la salud y la función principal de las disposiciones constitucionales que establecen el derecho a la salud es simbólica; denotan la intención del gobierno de proteger la salud de los ciudadanos. La mera aclaración de una política nacional no basta por si sola para garantizar el derecho a la salud, sino que este derecho debe traducirse en leyes, programas y servicios específicos. Sin embargo, la mención del derecho a la salud en la constitución sirve para dar a conocer al individuo que la protección forma parte de la política del gobierno y reflejada en las leyes fundamentales de la nación. Las funciones de la ley como garantía del derecho a la salud, pueden clasificarse como generales y específicos, siendo las funciones generales las siguientes: <sup>32</sup>

- La ley constituye el elemento moderador, entre los intereses de la sociedad y de los del individuo. De hecho, y la protección a la salud pública es una de las razones por las cuales se puedan menoscabar los derechos individuales.
- La ley es medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología.

---

<sup>32</sup> Idem Pág. 99



- La ley es un instrumento para garantizar la igualdad en la prestación de servicios.

Funciones específicas de la ley en la protección del derecho a la salud, cabe mencionar las siguientes:

- La ley prohíbe toda conducta perjudicial para la salud, requisito fundamental para gozar del derecho a salud. Medidas tales como: El saneamiento, la regulación de alimentos y medicamentos y la protección del medio ambiente, generan condiciones aptas para la vida en medio saludable.
- La ley permite establecer programas y servicios para fomentar la salud.
- La ley regula la asignación de recursos para los servicios de salud.
- La ley regula el control de calidad de la atención de la salud.<sup>33</sup>

Para la realización de la siguiente investigación se contó con el apoyo de una serie de leyes vigentes, tanto nacionales como internacionales que en nuestro país tiene reconocimiento constitucional y legal a este derecho.

---

<sup>33</sup> Idem Pág. 100 y 101

## **2.2. Leyes Nacionales**

### **Constitución.**

Dentro de estas se encuentran una serie de artículos en los que se plasman los derechos fundamentales de los cuales se derivan toda la legislación secundaria que regula en forma específica las acciones de la sociedad, dentro de los aspectos de la vida nacional.

Es así como nuestra Constitución recoge de manera general los derechos que desarrollan las demás legislaciones, correspondiéndonos a nosotros abordar y analizar los artículos referentes a la salud que aparecen en algunos artículos de la Constitución como lo son: El Artículo 35 inciso primero que establece el deber que tiene el Estado de proteger la salud física, mental y moral de los menores, así como también este derecho esta contemplado en el Artículo 65 donde establece que la salud de los habitantes de la república de El Salvador constituye un bien publico, y donde este determinará la política nacional de salud y controlará, supervisara su aplicación.<sup>34</sup>

Como hemos podido observar nuestra Constitución cuenta con los Artículos necesarios para desarrollar una normativa de salud de menores en las demás legislaciones secundarias, ya que no existe una reglamentación sistemática que proteja y regule el acceso de los niños y las niñas a la salud.

---

<sup>34</sup> Constitución de El Salvador reformada, decreto constituyente N° 38, publicado en el Diario Oficial N° 63

## **Legislación Secundaria**

En el plano doméstico, a nivel de Legislación Secundaria, no existe una reglamentación sistemática que prevea o regule el acceso de los niños y niñas a la salud, más bien, esto está contenido en normativa dispersa que de alguna manera se refieren al tema de la salud de la niñez.

### **a) Código de Familia.**

En el Código de Familia se desarrollan algunas normas de carácter declarativo y se establecen algunas obligaciones especiales para el estado, sin embargo sus avances resultan limitados en cuanto a los problemas de salud de los menores, ya que no existen artículos específicos dedicados al problema de salud de la infancia.

Aunque el Código dedica un capítulo a los menores de edad su tratamiento resulta marginal pues el propósito de este código no es velar por el derecho de los menores de edad, sino su objetivo fundamental esta dirigido a regular las relaciones familiares, como lo establece el Artículo 1 del Código de Familia.

Es así como encontramos dentro de este Código el Capítulo 2, protección del menor, las normas generales de protección del derecho a la salud de los menores, desarrollándose básicamente en tres artículos, siendo el primero el Artículo 353, que nos establece la protección a la vida y a la salud, la cual se ejecutará mediante un

conjunto de acciones legales, sociales, preventivas y de asistencia que garanticen su desarrollo.

El siguiente Artículo que encontramos el 354 que esta referido a la obligación del estado para la protección de la salud física y mental de los menores.

El último Artículo es el 355 donde establece la asistencia médica en los hospitales y clínicas costeados con fondos públicos.<sup>35</sup>

Es así como podemos observar que este cuerpo normativo describe un conjunto de acciones legales, sociales, preventivas que garantizan el derecho a la salud.

#### **b) Código de Salud.**

El Código de Salud esta principalmente orientado a normar el funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social y demás organismo del Estado que se relacionan con la salud, también regula controlando el funcionamiento de los servicios privados y el ejercicio de la profesión médica, odontológica, químico farmacéutico, médicos veterinarios y otras afines a esta profesión.

---

<sup>35</sup> Código de Familia, Decreto N° 677, publicado en el Diario Oficial N° 231, tomo 321 del 13 de diciembre de 1993

Este código aunque reconoce y protege el derecho a la salud, lo hace de forma muy general, ya que establece normas generales para la protección a la salud de las personas en general, así como la regulación de la estructura médica en general, tanto públicas como privada.

Es así que dentro de este cuerpo normativo sólo encontramos un artículo que se refiere al derecho a la salud de los niños, al establecer en su artículo 48 la obligación ineludible del estado de promover, proteger y recuperar la salud de la madre y del niño todos los medios que estén a su alcance, así como también establece que los organismos de salud correspondientes prestaran atención preventiva y curativa a la madre durante el embarazo así como también del niño desde sus concepción hasta el fin de la edad escolar.<sup>36</sup>

En resumen, podemos decir que dentro de éste no existe un tratamiento especial para la salud de los niños y las niñas, sino por el contrario, lo aborda de una forma general, por lo tanto es necesario actualizarlo en cuanto a las necesidades existentes en la población y con las nuevas enfermedades que van surgiendo en la actualidad, por ende es necesario retomar los principios y derechos de la Convención Sobre los Derechos del Niño, el estado se comprometió a cumplir al ratificar dicha convención.

---

<sup>36</sup> Código de Salud, Decreto N° 955, publicado en el Diario Oficial N° 86, Tomo 299 del 11 de mayo de 1988

### **c) Código Municipal.**

Por su parte el Código Municipal expresa en su artículo 4 numeral 5 que es competencia de este la promoción y desarrollo de programas de salud, así como de saneamiento ambiental, de prevención y combate de enfermedades.

Esta regulación esta acorde con las funciones recomendadas por el Código de Salud.<sup>37</sup>

### **d) Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).**

Este es un sistema de atención privada, que como su nombre lo indica presta atención médica a las personas que pueden pagarlo. Es así que sólo tienen derecho a la seguridad social en tres circunstancias: si son hijos o hijas de los trabajadores del ISSS, si han nacido en los establecimientos del ISSS de madres afiliadas y que han asistido por lo menos a un control prenatal durante el embarazo, por ser trabajadores o trabajadoras afiliados al ISSS.

Si bien es cierto que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social ha realizado el proceso de descentralización servicios de salud y hospitalización, a través de los proyectos de clínicas comunales y clínicas empresariales, desarrollándose como un nuevo modelo de atención de salud, no es suficiente ya que no se encuentra al alcance

---

<sup>37</sup> Código Municipal, Decreto N° 274, publicado en el Diario Oficial N° 23, Tomo 290 del 5 de febrero 1986

de toda la población, si no de un grupo restringido, es así como encontramos dentro de este cuerpo normativo dos disposiciones encargadas de velar por el derecho a la salud de los menores uno de ellos es el artículo 59 en donde establece en caso de maternidad la trabajadora asegurada tendrá derecho, y la otra disposición la encontramos en el artículo 14 literal F) los hijos de los asegurados, aseguradas, pensionados y pensionadas.<sup>38</sup>

Haciendo mención es la ley el tema de una forma general, ya que esta normativa corresponde al sector privado por lo tanto regulará al sector que le corresponde y dejará de lado el sector más vulnerable, el público.

#### **e) Ley del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).**

El SIBASI es un modelo de atención a la salud siguiendo este un conjunto de principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción de la salud, entendida como la aplicación de los medios, recursos y prácticas para su conservación y establecimiento, centrado en la persona, la familia y comunidad, contribuyendo efectivamente a mejorar la calidad de salud de la población.

El SIBASI deberá mantener relaciones con hospitales nacionales, generales y regionales así como los hospitales especializados, también deberá relacionarse con establecimientos del sector salud

---

<sup>38</sup> Ley del Seguro Social, Decreto N° 1263, publicado en Diario Oficial N° 226, tomo N° 161 del 11 de diciembre de 1953

tales como: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y otros; a fin de dar una mayor cobertura a la provisión de los servicios de salud cumpliendo así como las políticas, normas, lineamientos, planes y proyectos emitidos por el organismo en el ramo, así como coordinar y controlar la promoción y conservación de la salud, fortalecer y desarrollar acciones para la prevención y control de las epidemias.

Sin embargo se regula el derecho a la salud de una forma general, sin especificaciones para un grupo en concreto (como lo es la niñez) lo hace de una forma general y no específica, ya que ésta va a aplicarse a todas las dependencias de nivel superior, regional y local, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, artículo 2 de la ley del Sistema Básico de Salud Integral.<sup>39</sup>

**f) Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario Para la Salud (FOSALUD).**

El Fondo Solidario para la Salud, fue creado como una entidad de derecho Público con personalidad jurídica, con patrimonio propio, con plena autonomía en lo financiero, administrativo y presupuestario, adscrito al Ministerio de Salud, con prohibición de transferir recursos, contará con un capital semilla y será alimentado con fondos provenientes de impuestos a cigarrillos, bebidas alcohólicas y armas de fuego.

---

<sup>39</sup> Ley del Sistema Básico de Salud Integral, (SIBASI) Decreto N° 775, publicado en Diario Oficial N° 368, Tomo N° 388 del 10 de agosto de 2005



El FOSALUD se enmarca dentro del plan de gobierno “País seguro” con el fin de mejorar la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud de la población, implementando estrategias que favorezcan la expansión de servicios básicos a mujeres, niños y discapacitados.

Es así que encontramos dentro de la ley diferentes disposiciones, entre ellas el artículo 1 que establece el objeto y los mecanismos, los aspectos generales, así sucesivamente vamos encontrando diferentes apartados como su creación, responsabilidad, objetivo específico, organización y atribuciones su régimen económico y financiero, prohibiciones y otros, pero es si el apartado que nos interesa es el artículo 4 literal B) donde nos establece a la población que va dirigida a esta ley como lo es ampliar la cobertura en los servicios básicos de salud, a los habitantes en general y en particular a aquellos que aún no tienen acceso a los servicios básicos de salud y ampliar la cobertura a mujeres, niños y discapacitados.<sup>40</sup>

Aglutinando así a un grupo específico de la sociedad, siendo la primera ley que recoge irregular de forma específica a los niños y mujeres, ya que existen programas que a largo plazo serán desarrollados para el bienestar de los menores.

### **g) Ley de Patronatos de Centros Asistenciales**

Art. 1 “Autorízase al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para que acepte la colaboración de la iniciativa privada mediante la

---

<sup>40</sup> Ley especial para la constitución del Fondo Solidario Para la Salud, (FOSALUD) Decreto N° 538, D.O. No. 236 del 17 de diciembre del 2004

creación de patronatos de Centros Asistenciales, que deberán estar integrados por personas particulares que se asocien con ese fin...”

Art. 5 “El Patronato invertirá los fondos colectados en las necesidades propias del Centro Asistencial, conforme las instrucciones escrita del Directos del mismo; y en caso de bienes no consistentes en dinero, recibidos a cualquier titulo por el patronato, estos serán utilizadas por el respectivo Centro Asistencial, excepto cuando no fueren caso dichos bienes deberán realizarse para convertirlos en efectivo, tomando como base el valúo efectuado por la dirección general del presupuesto...”<sup>41</sup>

Dichos patronatos son creados con el fin de ejercer una función de mera colaboración con los directores y juntas directivas de los Centros Asistenciales; pero no una labor de dirección y administración. Ya que esta corresponde al MSPAS.

#### **h) Disposición de garantía Estatal de la Salud y la Seguridad Social.**

Art. 1 “La Salud Pública y la seguridad social se consideran respectivamente un bien público y un servicio público de carácter obligatorio, según lo establecido en los artículos 65 y 50 de la Constitución de la República. Es obligación del Estado velar por la conservación, mantenimiento y desarrollo de los mismos”.

---

<sup>41</sup> Ley de patronatos de Centros Asistenciales, Decreto No. 30, D.O. No. 217, Tomo No. 189 del 14 de diciembre de 1960

Art. 2 “Se considera servicios de Salud Publica y Seguridad Social los que prestan las leyes y los médicos, generales y de las diferentes especialidades, laboratoristas, técnicos, enfermeras, personal administrativo, y de servicios generales cuyas funciones sean las de auxiliar las consultas, hospitalización, rehabilitación en general los servicios encaminados a garantizar la salud en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en la red hospitalaria y de Unidades de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social”.

El presente decreto responde a la necesidad de una normativa especial que garantice la salud publica y la seguridad social. Siguiendo las directrices constitucionales que son las bases para llevar a cabo la obligación Estatal de la prestación de dichos servicios a la población en general. <sup>42</sup>

#### **i) Ley de Yodación de la sal**

Art. 2 “Toda sal para consumo Humano y animal que se produzca en los lugares de explotación en el territorio de la república deberá ser yodada en la proporción y de acuerdo con los procedimientos y requisitos aprobados por la dirección general de salud...”.

Art. 5 El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, gestionara convenio con organismo internacionales para obtener asistencia

---

<sup>42</sup> Disposiciones de Garantía Estatal de la Salud y la Seguridad Social, Decreto No. 1024, publicado en el D.O. No. 217, Tomo No. 357, de fecha 18 de noviembre de 2002

técnica y económica, a fin de lograr la Operatividad de la Yodación de sal y el control del bocio endémico en El Salvador”.

Dicha ley se impulsó debido a las deficiencias nutricionales que existían en nuestro país, ya que habían muchas personas que padecía de bocio y es por ello que el Estado adopto esa medida de yodar la sal para evitar que esta enfermedad siguiera en aumento. <sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Ley de Yodación de la Sal, Decreto No. 448, publicado en Diario Oficial No. 23, Tomo No. 318 del 18 de agosto de 1993

### **2.3. Regulación en los instrumentos jurídicos internacionales sobre el derecho a la salud de los niños.**

#### **j) Convención Sobre los Derechos del Niño.**

La Convención Sobre los Derechos del Niño es un convenio de las Naciones Unidas, que describe los derechos que tienen todos los niños y niñas, y establecer las normas básicas para su bienestar y desarrollo.

La convención sobre los Derechos del Niño compromete a los gobiernos para garantizar los derechos de toda la infancia, ya que los países que ratifican la convención y que por consiguiente se convierten en estados partes de la misma se someten legalmente a sus estipulaciones de informar regularmente a un comité de los derechos del niño sobre sus avances.

Si bien es cierto que la ratificación de esta convención internacional y de otras leyes internacionales de proteger los derechos de la niñez y las mujeres, valen muy poco o nada si sus principios no se integran en las leyes nacionales no cumplen con las normas establecidas en la convención sobre los derechos del niño.

En nuestra legislación hay muchas leyes de reforma en uno o dos disposiciones relacionadas de alguna forma al problema de la salud, referente a los niños pero lo abordan de manera general, no existiendo una normativa específica, que obligue a cumplirlo ya que

de acuerdo al artículo 6 de la convención sobre los derechos del niño, los estados partes reconocen que todo niño tienen derecho intrínseco a la vida; por lo tanto es necesario que nuestra legislación mejore en cuanto a este problema.

El derecho a la salud ha sido ampliado dentro del artículo 24 de la misma convención ya que establece el reconocimiento que hacen los estados partes del derecho que tienen los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades.<sup>44</sup>

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

Este pacto contiene uno de los artículos más exhaustivos sobre el derecho a la salud, cuando establece en su artículo 12 n° 1, los Estados partes en el presente pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental. Siendo su literal a), el que mas interés representa para nosotros, este esta dedicado a la salud de los niños y niñas al establecer que una de las medidas que deben e0stablecer los Estados es la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y del sano desarrollo de los niños.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, entro en vigor el 2 de septiembre de 1990

<sup>45</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobados en su resolución 2200<sup>a</sup> (XXI) del 16 de diciembre de 1966

## **I) Declaración Universal de Derechos Humanos.**

Art.25 “ Toda persona tiene Derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia medica y los servicios sociales necesarios; tiene a si mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de perdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales. Todo los niños. Nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tiene derecho a igual protección social.

Dentro de este tratado también se reconoce el derecho a la salud en su articulo 25 que establece que toda persona tiene derecho a la salud, así como también se reconoce el derecho a la salud de los niños en su numeral 2 donde se refiere a que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y a asistencias especiales.<sup>46</sup>

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

Dentro de este tratado encontramos dos disposiciones referentes a la protección del derecho a la salud como lo son: El artículo 7

---

<sup>46</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada y adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución 217 A (XXX) de 10 de diciembre de 1948

establece el derecho de protección a la maternidad y a la infancia, toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño tiene derecho a protección, cuidado y ayuda especial, así como también el artículo 11 establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia medica, es así como podemos observar que ciertos tratados y convenciones tienden a proteger y fomentar este derecho.<sup>47</sup>

**n) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales (protocolo de San Salvador) suscrito el 17 de noviembre de 1998.**

Este protocolo, como los anteriores hace también alusión al derecho a la salud en su artículo 10, Derecho a la salud.

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Como el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho.

---

<sup>47</sup> Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1978



La atención primaria de la salud, entendida como tal, la asistencia sanitaria esencial, puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.

La extensión de los beneficios de los servicios de salud, a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.

La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

La prevención y tratamiento de las enfermedades, medicas, profesionales.

La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de mas alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean mas vulnerables.

Este protocolo contiene uno de las artículos más exhaustivos, sobre el Derecho a la salud, aseguren a las personas una mejor calidad de vida, no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social.<sup>48</sup>

## **o) Declaración de los Derechos del Niño**

**Principio 4.** “El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con

---

<sup>48</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales (protocolo de San Salvador) suscrito el 17 de noviembre de 1998

este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.

Los estados poseen un sistema de “Seguridad Social”, que está conformado por varias instituciones que tratan de garantizar la salud y el bienestar material, de todas las personas de este país, en especial de las más necesitadas.

Las niñas y los niños tenemos derecho a recibir los beneficios mas amplios posibles de la seguridad social. Por ejemplo, los hospitales del Estados y las unidades de salud forman parte de ese sistema de seguridad social y el trabajo que hacen debe servir para atender especialmente a las y los menores de dieciocho años de edad.

Tenemos que crecer con buena salud. Por ello, no solo se nos debe dar especial atención a los niños que padezcamos alguna enfermedad, sino también prevenir que seamos víctimas de enfermedades, por ejemplo, mediante campañas de vacunación, higiene y nutrición.

Se nos debe dar cuidados adecuados antes y después del nacimiento,. Esta es la llamada atención prenatal y postnatal.

Por eso, el Estado debe construir hospitales, educar y contratar médicos, todos sus recursos para que esos beneficios lleguen a la

mayor cantidad de población posible. Este debe estar recogido por varias disposiciones de nuestra Constitución y de tratados internacionales. Las niñas y los niños debemos ser los primeros beneficiados de los programas sociales del Estado.<sup>49</sup>

#### **p) Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud**

La Declaración reitera que “la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.

La Declaración de Alma-Ata define la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnológicos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte íntegramente tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de

---

<sup>49</sup> Declaración de los Derechos del Niño, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1959. Pág. 77 y 78

salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

La Declaración insta (párrafo VIII) a todos los gobiernos a formular políticas, estratégicas y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. “La Salud como parte integrante del desarrollo” que reiteraba el llamamiento de la OMS a la comunidad internacional “para que [los Estados Miembros] apoyen sin reservas la formulación y la aplicación de estrategias a nivel nacional, regional y mundial con el fin de alcanzar un nivel aceptable de salud para todos.

“La atención primaria de Salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomedicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulado en materia de salud publica;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención, y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamente esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnica, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras publicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participa;
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al

mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando la prioridad a los mas necesitados;

7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.<sup>50</sup>

#### **q) La Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud**

En 1986, la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá) adopto una Carta sobre la Promoción de la Salud “con vistas a realizar acciones para alcanzar la Salud para Todos en el año 2000 y mas adelante”. La Carta describe la promoción de la salud “como un proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla... La salud es un concepto positivo que resalta los recursos personales y sociales, así como las habilidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es solo responsabilidad del sector sanitario sino que va más allá de los estilos de vida sanos hasta el bienestar.

---

<sup>50</sup> Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, 12 de septiembre de 1978

“La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad en el terreno de la salud. Las acciones de promoción de la salud tiene como objetivo reducir las diferencias en el estado de salud y asegurar la igualdad de oportunidades y de recurso para permitir que todas las personas realicen plenamente su potencial de salud. Esto supone poder contar con un entorno que proporcione apoyo, acceso a la información, competencia básicas y oportunidades para elegir en base a criterios saludables. Las personas no pueden potenciar al máximo su salud si no son capaces de controlar los factores que la determinan. Esto debe aplicarse de la misma manera a las mujeres y a los hombres.”<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Promoción de la Salud , Carta de Ottawa, adoptada en la Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud, noviembre de 1986, Ottawa, Canadá.

## Capítulo III

### 3.1 Presentación de la Investigación de Campo.

Incluimos un listado de informante claves entrevistados para la investigación, con el objeto de tener varias opiniones de personas involucradas con la salud de la niñez. Estos informantes claves, son personas que trabajan en diversas instituciones del gobierno, así como también personas que de alguna u otra forma no trabajan con el Gobierno pero saben de este tema de Salud en la Niñez.

<b>N°</b>	<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
1	Dr. Eduardo Guerrero	Representante de la OPS
2	Lic. Adela Calderón	Secretaria de programa (UNICEF)
3	Lic. Karla Rodríguez	Representante de comunicaciones (UNICEF)
4	Dr. Jorge Cruz González	Gerencia de atención Integral a la mujer y a la niñez (MSPAS)
5	Dr. Ricardo López	Gerencia de atención Integral a la mujer y a la niñez (MSPAS)
6	Dr. María Julia Castillo	Diputada suplente del PCN
7	Sr. Alvin Molina	Colaborador de FOSALUD
8	Dra. Campos	Directora de la unidad de salud Barrios
9	Sr. Medardo González	Coordinador General del FMLN



## **Comentario:**

Nuestros entrevistados, en su mayoría se mostraron bastante colaboradores a la hora de respondernos la cédula de entrevista y uno que otro no nos querían responder el cuestionario, pero al final logramos nuestro objetivo, y sus respuestas a este fueron las que a continuación detallamos.

### **3.1.1. Cuadro resumen de respuesta a la pregunta numero uno del cuestionario dirigido a funcionarios y profesionales.**

¿Cuál es la enfermedad más frecuente que afecta a los niños del país?

<b>N°</b>	<b>Respuesta</b>
1	Respiratorias, parasitismo, desnutrición
2	Desnutrición, Gripes, Diarrea
3	Respiratorias. Diarreas
4	Respiratorias, Diarreicas, Dengue,
5	Respiratorias, Diarreicas, Dengue, Desnutrición
6	Respiratorias, Diarreicas, (Causada por parásito); Rotavirus, Desnutrición
7	Respiratorias, Diarreicas, Dengue y sus variedades
8	Respiratorias, Diarreicas
9	Respiratorias

**Comentario:**

Básicamente nuestros entrevistados consideran que la enfermedad que afecta a nuestros niños en su mayoría, son las respiratorias seguido de las Diarreicas, el Dengue y la Desnutrición.

Cuadro resumen de respuesta a la pregunta numero dos del cuestionario dirigido a funcionarios.

¿Causas principales que propician las enfermedades de los Niños del País?

N°	Respuesta
1	El clima, por ser un país tropical en época de lluviosa prolifera el zancudo; mal manejo de desechos sólidos
2	Contaminación del aire, Déficit nutricional
3	Carencia de personal que trabaje en medicina preventiva, alta densidad poblacional
4	Contaminación ambiental, población de bajos recursos, nacimiento, los alimentos
5	Las personas adultas ellas mismas no colaboran; falta de educación, contaminación
6	Aire contaminado, el agua potable no es de calidad. Pobreza, personal de salud para hacer frente a las epidemias
7	Condiciones elevadas de contaminación ambiental
8	Carencias en saneamiento básico, manejo inadecuado de desechos sólidos
9	Desigualdad en acceso a los servicios de salud contaminación, pobreza extrema, falta de cumplimiento del código de salud

### Comentario:

Entre las principales causas que propician las enfermedades los encuestados respondieron que la contaminación ambiental influye en gran medida al desarrollo de enfermedades respiratorias; así como también la calidad del agua potable o la carencia de agua de lugares insalubres por ejemplo ríos, lagos, nacimientos. Dicha agua si no es saneada, ocasiona, parasitismo, diarreas frecuentes,. Otro factor en la educación, donde quiere tiramos basura, chatarra a cielo abierto, llantas viejas. Otra causa es la deficiencia de micronutrientes específicos, tiene diferentes manifestaciones, como es el caso de anemia, caries, afectando así la condición nutricional particularmente la de los niños.

Cuadro resumen de respuesta a la pregunta numero tres dirigido a funcionarios y profesionales.

¿Considera que existe las condiciones para garantizar el cumplimiento de los principios rectores del derecho a la salud aplicable a los niños en El Salvador?

<b>N°</b>	<b>Respuesta</b>
1	No, falta recurso, económico y humano
2	No
3	Si, pero habría que tener mas presupuesto
4	No
5	No
6	No, por ser un país subdesarrollado
7	Si, pero se tendría que mejorar la estructura organizada
8	No
9	No

### **Comentario:**

La mayoría respondió que no, pues para ello se necesita de una mayor inversión económica en la salud. Así como también una reorganización del Sector Salud, modificación de estrategias de salud, y la participación de la familia, comunidades, clase política, el Estado y todos los actores sociales que se comprometan y toman posición frente al tema.

Cuadro resumen de respuestas a la pregunta numero cuatro dirigida a funciones y profesionales.

¿Qué hace el Estado para cumplir con el Derecho a la salud En Salvador?

<b>N°</b>	<b>Respuesta</b>
1	Impulsar estrategias de salud para contrarrestar los males del milenio
2	Llevar a cabo programas en beneficio de la salud
3	Ampliación de infraestructura y ampliación de horarios para brindar el servicio.
4	Crear programas que beneficien a la población infantil, tal es el caso del Programa integral de atención a la niñez
5	Se esta haciendo una reestructuración y modernización del sector salud
6	Llevar a cabo programas de salud, entre ellos compañías de vacunación, difusión de medidas, preventivas contra el dengue
7	Crear FOSALUD el cual consiste en una ampliación de horarios (trabajar 24 hrs. Los 365 días del año).
8	Llevar a cabo programas de salud, contratar personal especializado para mujeres (ginecólogos) y niños (pediatras) así como también odontólogos.
9	Crear FOSALUD con fines propagandísticos.

**Comentario:**

En la mayoría de respuestas considera que el Estado trata de cumplir con este derecho a través de programas. Pero el Estado por si solo no lo puede hacer pues según la conferencia Internacional sobre promoción de la salud celebrada en Ottawa en el año 1986, recomienda que para que la estrategia de Atención primaria sea la Salud se necesita del auxiliar de todos los sectores sociales (sea la familia, comunidades, municipalidades y clase política), para que se cumpla con este derecho no dejando de lado que el Estado tiene que brindar los medios necesarios para el cumplimiento del derecho a la salud.

Cuadro resumen de respuestas a la pregunta numero cinco dirigida a funcionarios y profesionales.

¿Considera que se esta cumpliendo con las disposiciones y recomendaciones de los instrumentos Jurídicos Nacionales y Internaciones, relativos a la protección del derecho a la salud en los niños?

N°	Respuesta
1	Si, El Salvador trata de cumplirlos.
2	El intento se hace pero falta mucho por hacer.
3	Si
4	Si, es por ello que se creo el programa Atención Integral a la niñez el cual tomo como base para su creación el art. 24 de la convención sobre los Derechos del niño.
5	Si, el esfuerzo se hace pero hace falta el recurso económico.
6	No siempre se cumple, pues cuando se crean las leyes se hace axiomáticamente, algunas normas se escriben pero no llegan a desarrollarse.
7	Si.
8	No digo que en un cien por ciento pero se tratan de cumplir.
9	No, ya que no debemos de perder de vista que somos un país subdesarrollados y nos falta presupuesto para cumplirlos.

**Comentario:**

Nuestros encuestados consideran que se hace el esfuerzo pero cumplirse tal y como esta escrito no se cumplen las disposiciones escritas en los instrumentos Jurídicos nacionales e internacionales.

Pregunta numero seis dirigida a funcionarios y profesionales.

¿Considera que el presupuesto asignado para garantizar el derecho a la salud es suficiente para brindarlo en forma adecuada?

## Respuesta

Nuestros encuestados coincidieron en su respuesta diciendo que no es suficiente, se necesita de muchos millones para brindarlo como es debido.

Pregunta numero siete dirigida a funcionarios y profesionales.

¿Cuál es el compromiso para con los niños en El Salvador?

N°	Respuesta
1	Darle una cooperación técnica con el eje de Atención primaria en salud, con los desafíos de reducir la exclusión social en salud y revitalizar la salud publica.
2	Velar para que todos tengan acceso a ella.
3	Reducir la mortalidad infantil.
4	Velar por la salud de nuestros niños.
5	Buscar mecanismos para que se enfermen menos.
6	Darle una vida mejor, legislar a su favor pero darle cumplimiento a las mismas.
7	Crear mas programas a su favor.
8	Darles la atención, cada vez que lo necesiten.
9	Crearles un entorno menos contaminado y así reducir las enfermedades.

## Comentario:

Las respuestas que nos dieron fueron variadas, pero todas van encaminadas a evitar que la población infantil se enferme o si se enferma que reciba la atención necesaria.

Cuadro resumen de respuesta a la pregunta numero ocho dirigida a funcionarios y profesionales.

¿Qué medidas concretas recomendaría implementar para resolver o al menos minimizar la problemática de salud de los menores?

N°	Respuesta
1	Mejorar el abastecimiento del agua potable y el saneamiento, eliminar o controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, reducir la carga de mortalidad y morbilidad por enfermedades Diarreicas.
2	Aumento de presupuesto para la salud.
3	Asignación de presupuesto acorde a los programas.
4	Aumento de presupuesto para evitar el desavastecimiento de medicamentos.
5	Aumento del presupuesto, y buscar mas apoyo internacional a través de la AID.
6	Que el gobierno central le apueste a planes preventivos y no solo se cuente con medicina curativa.
7	Buscar mas captación de fondos para mejorar el servicio.
8	Distribución equitativa de los recursos.
9	Crear programas de salud que beneficien a la población infantil. Pero no crearlos con fines propagandísticos.



## **Comentario:**

Nuestros encuestados coinciden en su mayoría que se necesita de mas presupuesto para llevar a cabo dicho servicio, ya que sin este no se pueden realizar las compras de equipos e insumos médicos, calidad técnica y calidad del personal.

Luego de comparar todas las respuestas que nos dieron los funcionarios y profesionales en salud, nos sirvieron para reflejar que en nuestro país, la salud no es una prioridad, ya que existen muchas dificultades para brindarla como es debido. Nos comentaba una de nuestras entrevistas, que se crean leyes, o se firman protocolos, pero no se cumplen en un 100%, ya que se necesita mucho recurso económico para que cumplan las leyes y tratados relativos a la salud.

Otro aspecto que nos enmarcaban, es el de la prevención esto no se encontraba dentro de la cédula de entrevista, y al respecto nos dijeron que en nuestro país existen planes de prevención como por ejemplo las campañas de vacunación. Pero esto no es suficiente, pues hay que ir mas allá. Es necesario que haya brigadas medicas permanentes, que anden constantemente de comunidad en comunidad, para evitar que cuando llegue una epidemia se desarrolle a gran escala y lleguen a casos fatales como la muerte. Pero en nuestro medio hasta que se tiene el problema encima mandan brigadas de salud.

Pero reducen en los Centros Asistenciales los médicos, ya que si hay siete médicos, y de estos deciden mandar tres a las brigadas de

salud, el Centro Asistencial se queda con menos personal y a los que quedan se les recarga el trabajo, ya no pueden rendir como es debido.

Además otra observación que nos hacían y tampoco se encontraba dentro del cuestionario es el desavastecimiento de medicinas, pues a veces los laboratorios con los cuales se hace el contrato no alcanzan a cubrir, la cantidad de medicamento que se pide en cierto tiempo, y se retrasan en la entrega de éste, y le preguntamos al Dr. Ricardo López del MSPAS, que ¿Cuál era la medida que tomaba el Ministerio de Salud en estos casos? Y el nos expresaba, que el laboratorio recibe una sanción económica, la cual pagan y entregan los medicamentos hasta después del tiempo pactado en el contrato.

Otro punto es la negligencia por parte del Ministerio de Salud, ya que hace los pedidos de medicina cuando esta por agotarse sus reservas. Y en todo lo que hacen el contrato con el laboratorio y éste los abastece pasan varios días sin medicinas.

Otra observación que nos hacía el Dr. Ricardo López del MSPAS es que, el presupuesto asignado al Ministerio no es suficiente, y no les alcanza para comprar medicamentos, pagos de servicios, como luz, diesel, y pago por el traslado y tratamiento de los desechos bioinfecciosos, entonces, es cuando se ven en la necesidad de pedir refuerzo al Ministerio de Hacienda y si este no se los aprueba tiene que recurrir a prestamos internacionales, y en todo lo que lo aprueben.

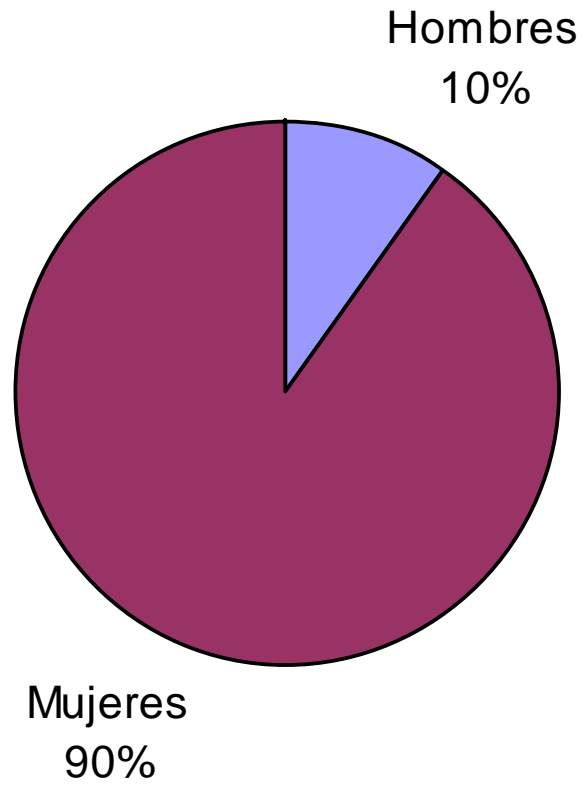
Volvemos a caer en el mismo círculo vicioso, el cual es el dinero, ya que si no se cuenta con lo suficiente no se puede brindar un buen servicio de salud.

### **3.2. Cuadros de Resumen de las Respuestas a las preguntas del Cuestionario dirigido a la Población Usuaria de una Unidad de Salud.**

En este apartado expondremos a través de gráficas de pastel y cuadros resumen las respuestas a las preguntas del cuestionario base; dirigido a la población usuaria de una unidad de salud. Y en este caso tomamos como muestra la Unidad de “Salud Barrios”.

Pregunta uno del cuestionario dirigido a la población en general. El sexo un 90% de los encuestados pertenencia al sexo femenino, de estas algunas de ellas pasaron consulta y otras eran las acompañantes de los infantes. Y el 10% eran del sexo masculino.

Deducimos esta gran diferencia, no es porque los hombres se enfermen menos, sino es que se hacen los fuertes y muchas veces por encontrarse trabajando aunque se sientan enfermos no pueden ir a un centro de salud.



La **segunda y tercera** pregunta del cuestionario dirigido a la población en general.

(Tiene relación con la sexta pregunta)

¿Cuál es su edad y que enfermedad consulta?

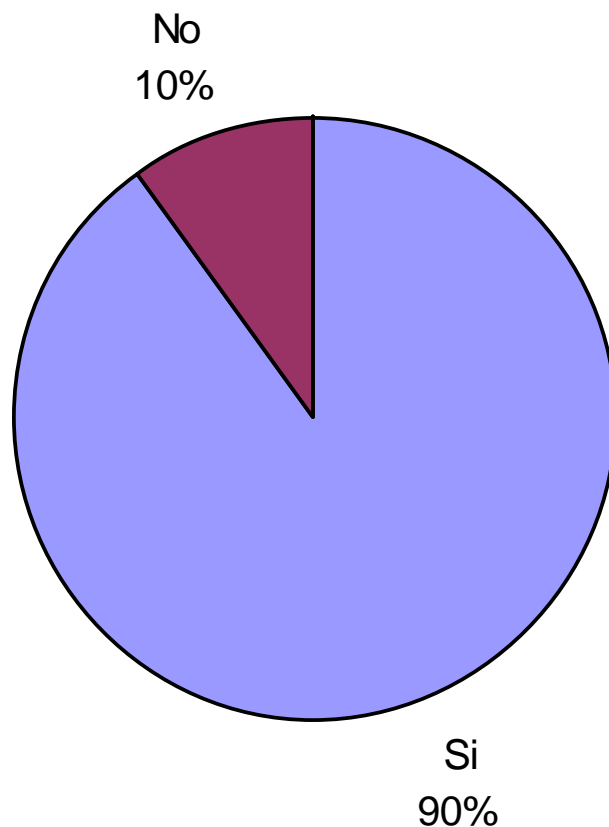
<b>N°</b>	<b>La Edad</b>	<b>Enfermedad que Consulta</b>
1	1 mes	Control del niño sano
2	2 meses	Gripe
3	6 meses	Control del niño sano
4	3 días	Control del niño sano
5	2 años	Control del niño sano
6	6 años	Gripe
7	10 años	Gripe y tos
8	4 años	Gripe
9	28 años	Gripe
10	50 años	Tos
11	25 años	Gripe
12	6 años	Vitalicio
13	17 años	Sangrado de nariz
14	18 años	Herida profunda pulgar derecho
15	44 años	Tensión
16	57 años	Gripe
17	60 años	Aire
18	66 años	Tensión
19	80 años	Tensión
20	12 años	Gripe

**Comentario:**

De las respuestas dadas al cuestionario podemos observar que en su mayoría son los niños los mas vulnerables a las enfermedades debido

a que no tiene sus defensas desarrolladas. En cuando a la enfermedad mas común que consultan son las de tipo respiratoria, seguido de paciente con la presión arterial alta o baja. Así como también de niños que si se encontraban sanos pero iban a su respectivo control. También pedimos comprobar que iban personas con referencias del ISSS (niña de 6 años con padecimiento de la piel) que había sido referida a esta unidad porque el ISSS a donde le tocaba no tenia un dermatólogo.

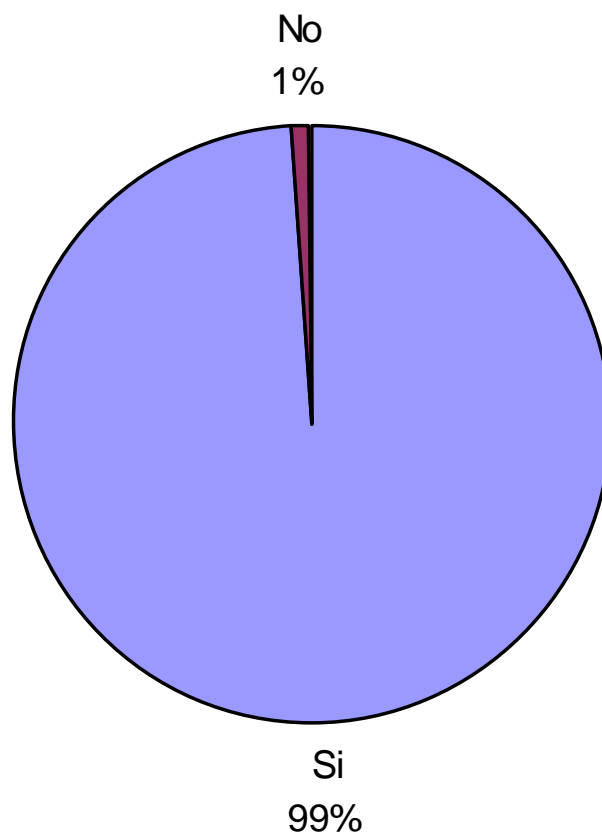
La cuarta pregunta del cuestionario es si lo habían atendido con prontitud en resultado fue el siguiente:



El 90% nos respondió que si el 10% que no, pero este se debe a que dependiendo de la gravedad de la enfermedad así será el turno de consulta. Pudimos comprobar que habían personas que tenía poco tiempo de llegar pero como tenían que ser atendidos con prontitud nos esperamos mucho a pesar de no tener expediente en esa unidad tal es el caso de la Joven que llevaba una cortada en su pulgar y el Joven que llevaba hemorragia nasal. Ellos no tenía expediente pero por la gravedad de su caso fueron atendidos de emergencia. Y entre el 10% inconforme que habían tenido que esperar bastante se encontraban que les habían perdido los expedientes y el caso de los niños que iban a iniciar su control de niño sano, que no tenían expediente y había que hacercelos.

Quinta pregunta; se le habían dado medicamento.

El resultado fue:



El 99% se encontraba satisfecho pues había recibido medicamento para su enfermedad. Pero el 1% y en todo caso fue una niña (la de la afección de la piel) ella no, debido a la rareza es decir pocas personas padecen vitalicio no había medicamento para ella en la farmacia y simplemente le dieron receta para que lo pudiese adquirir fuera del establecimiento de salud.

**Sexta** pregunta el tipo de tratamiento para su enfermedad.

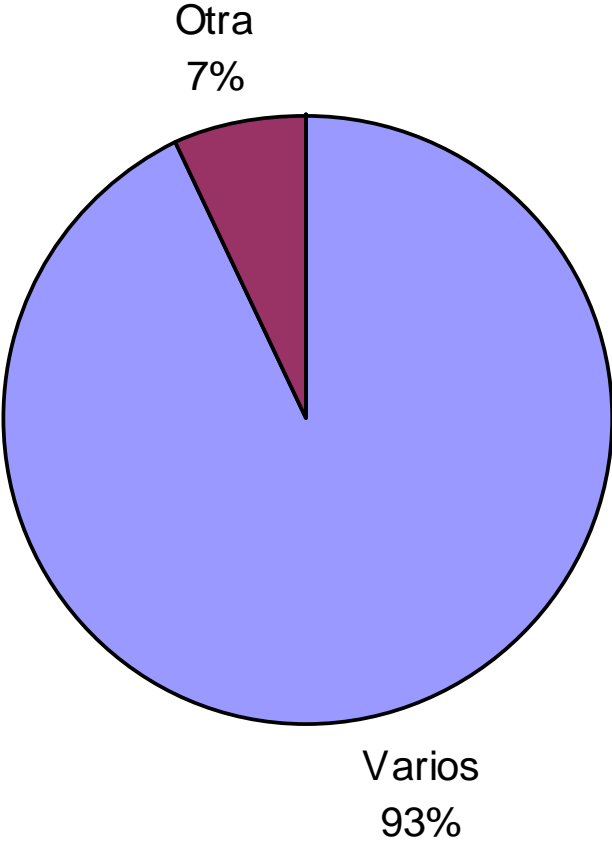
(Tiene relación con la pregunta dos y tres)

N°	Tipo de Tratamiento
1	Hierro, vacuna
2	Hierro, acetaminofen
3	Ácido fólico
4	Acetaminofen, vacuna
5	Hierro
6	Acetaminofen, loratadina
7	loratadina, terapia, amoxicilina
8	Acetaminofen, cloroferamina
9	Amoxicilina, cloroferamina
10	Terapia, ambroxol
11	Cloroferamina, acetaminofen
12	No
13	Exámenes e inyecciones
14	Acetaminofen, amoxicilina, inyecciones
15	Aspirinas
16	Cloroferamina, acetaminofen
17	Anticolicos
18	Aspirinas
19	Aspirinas, adalat
20	Cloroferamina, acetaminofen



De los encuestados en su mayoría se sentían satisfechos pues habían recibido el medicamento para su padecimiento; pues nos manifestaban que muchas veces no tienen para comprarlos pues carecen de los recursos para hacerlo.

**Séptima** pregunta ¿Cuáles el Centro de Salud mas cercano para usted?



Resultado.

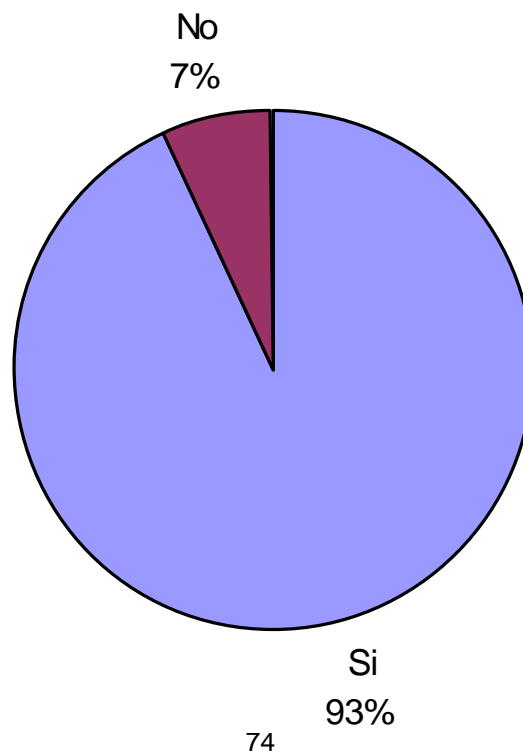
El 93% de los encuestados procedía de los alrededores de la unidad de Salud Barrios y el 7% no pues nos manifestaron que venían de Lourdes Colón, Tacachico, Zacamil, Santa Anita entre otros, y nuestra pregunta fue ¿porque viene de lejos a pasar consulta hasta acá? Y nos contestaron que desde que había FOSALUD en dicho Centro la atención había mejorado, y la inversión que hacen en tiempo y pasaje, lo recompensan, con la atención y el medicamento que les dan.

Pregunta numero **ocho** ¿Le cobraron alguna cuota por su consulta?

El resultado fue.

El 100% nos respondió que no y pudimos comprobarlo no cobran nada. Y allí están abolidas las cuotas voluntarias, las cuales se cobraban en años anteriores.

Pregunta numero **nueve** ¿Tiene conocimiento de algún plan de salud?



En su mayoría el único Plan de Salud que conocen es FOSALUD, porque le dan bastante publicidad pero no tiene idea en que consiste lo único que saben que con ello la atención ha mejorado. Y el otro porcentaje (7%) no conoce nada a pesar de la publicidad.

Pregunta numero **diez** del cuestionario ¿Cómo califica la atención recibida?

N°	Opinión
1	Buena
2	Buena
3	Regular
4	Buena
5	Buena
6	Buena
7	Buena
8	Buena
9	Excelente
10	Buena
11	Buena
12	Mala
13	Buena
14	Excelente
15	Buena
16	Buena
17	Buena
18	Mala
19	Buena
20	Buena

## **Comentario**

El resultado fue que la mayoría de pacientes calificaron de Buena Atención pues los atienden, les dan medicamento. Pero los que califican mala es porque dicen que pierden los expedientes, algunos empleados (archivo y de farmacia) son pedantes con los pacientes por ello los califican así. Pero para otros es excelente la atención, pues no han tenido ningún problema con ningún empleado y siempre son bien recibidos.

## **Comentario:**

De las respuestas que obtuvimos del cuestionario dirigido a la población usuaria de una Unidad de Salud llamada Barrios. En éste lugar solamente pasamos 20 cuestionarios, los cuales nos ayudaron para hacer un sondeo de como se brinda el servicio de Salud en dicha Unidad. De la información recabada, para nosotras es aceptable como se labora en ese Centro de Salud. Pues todos lo que iban a pasar consulta se le atendió y les dieron medicamento, con excepción de un caso de una pequeña, que padece de una infección en la piel, y fue la única que no recibió medicamento y llevaba la receta para que sus padres se la compraran. Pues según nos decían que unas pocas veces se lo dan porque no tienen todo el tiempo en la farmacia.

Otro aspecto que cabe mencionar es en cuanto al trato con los pacientes algunas personas que laboran en el Unidad de Salud

Barrios y específicamente el personal de archivo y de farmacia deja mucho que desear, pues con algunos pacientes se comportan prepotentes y amargados, lo cual son sus acciones los hacen sentirse mal.

Entre otras observaciones que nos hicieron los paciente y no se encontraba en la cédula de entrevista, y es que en ese centro la atención a mejorada. Ya que cuando no se había implementado FOSALUD, no servia el servicio de salud, pues ni medicina para un simple catarro les daban, y como prueba de ello es que hay personas que vienen de lejos, a pasar consulta a la Unidad de Salud Barrios, como por ejemplo de Tacachico, Lourdes Colón.

Pues no pasan consulta en su lugar de origen porque la atención que les brindan es deficiente, y prefieren viajar grandes distancias para ser atendidos.

Del sondeo realizado, concluimos, que pese a que en el Centro de Salud que escogimos para pasar los cuestionarios, la atención es aceptable, no queremos decir con esto que así sea en todos. Ya que de acuerdo a la investigación bibliográfica, periodística, y vivencias propias sabemos que la atención a la salud en la mayoría de Centros Asistenciales es deficiente, y es por eso que opinamos que la salud no es prioridad en nuestro país, y se necesita de más recurso económico para que se brinde como es debido.

## Capítulo IV

### 4.1. Comentario al artículo 24, N° 2, Literal “a” y “b” de la Convención sobre los Derechos del Niño.

La Convención sobre los Derechos del Niño, en adelante Convención o CDN, es una convención de las Naciones Unidas que describe los Derechos que tienen todos los niños y niñas y establece las normas básicas para su bienestar.<sup>52</sup>

La Convención es un tratado internacional que describe los Derechos Humanos de los niños y niñas y está regida por el Derecho Internacional, esta convención fue el resultado de una serie de discusiones iniciadas con “los preparativos para el año Internacional del Niño, de 1979.

En ese año se iniciaron conversaciones sobre un proyecto de convención presentado por el Gobierno de Polonia”, pero posteriormente se delegó un grupo de trabajo establecido por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas cuyo resultado se vio concretizado 10 años más tarde.<sup>53</sup>

Históricamente es el primer tratado Internacional que implica alguna obligatoriedad para los Estados que la acogen, es así como en El Salvador fue ratificada mediante Decreto No. 487 del 27 de abril de

---

<sup>52</sup> <http://www.unicef.org>

<sup>53</sup> Idem

1990 y por mandato Constitucional Art. 144 se constituye en Ley de la República.<sup>54</sup>

La CDN contiene 54 artículos y reúne todos los asuntos pertinentes a los Derechos de los Niños. Es así como nos damos cuenta que todos los derechos son igualmente importantes y están relacionados entre sí, no existiendo un derecho más importante que otro, por lo tanto debe otorgarse la misma importancia a todos.

Pero para efectos de nuestra investigación solo haremos consideraciones sobre el Derecho a la Salud de los Niños contemplado en el Art. 24 de la CDN, del cual abordaremos el 2° numeral y los literales “a” y “b” donde establece que los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la Mortalidad Infantil y en la Niñez.
- b) Asegurar la prestación de la Asistencia Medica y la Atención Sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en él desarrollo de la Atención Primaria de la Salud.

Dentro de este mismo articulo existen otras medidas que deben adoptar los Estados para garantizarle el Derecho a la Salud de los niños y niñas; pero como el objeto de nuestra investigación son específicamente las antes mencionadas, las desarrollaremos a continuación:

---

<sup>54</sup> Idem

Es así como la primera de las medidas que se encuentra dentro del literal a) Reducir la Mortalidad Infantil y en la Niñez, está referida a que los Estados deben de adoptar todas las medidas que sean necesarias para reducir las tasas de Mortalidad Infantil, ya que cada vez es más evidentemente que los programas implementados por el Gobierno solo vienen a ser un paliativo y no vienen a erradicar el problema de raíz, ya que cada año el porcentaje de Mortalidad Infantil es elevado a causa de muchos factores como son: el régimen alimenticio, los bajos ingresos económicos, por la inflación de la Canasta Básica, por condiciones ambientales, por inundaciones, por la falta de programas adecuados en salud, por bajo presupuesto para el rubro de salud, por falta de medicamentos en los Centros de Salud, por los desplazamientos y migraciones, por desnutrición, por etnopracticadas etc.<sup>55</sup>

Un claro ejemplo de lo mencionado es el Informe sobre el Estado Actual de la Infancia de UNICEF, que establece que la tasa de Mortalidad en la Niñez es del 39%, y de acuerdo al Doctor Meléndez del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es que por cada 1000 habitantes son 35 niños muertos.<sup>56</sup>

Todo esto aunado hace que la Mortalidad Infantil sea un motivo de preocupación para el Comité de los Derechos del Niño, que es el ente encargado de vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la Presente Convención.

---

<sup>55</sup> Diez años de la Convención Sobre los Derechos de la Niñez, FESPAD. Impresión talleres gráficos UCA, marzo 2002

<sup>56</sup> Idem



Es por ello que el Comité dentro de sus observaciones recomienda que el Estado Salvadoreño, preste atención a este problema y adopte diversas medidas para mejorar la situación de los niños y niñas del país.

La otra medida que debe adoptar el Estado Salvadoreño es la comprendida en el literal b) Que se refiere a: Asegurar la prestación de la Asistencia Médica y la Atención Sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

Entendido como Atención Primaria de Salud la Asistencia Sanitaria esencial basada en métodos tecnológicos prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables puestos al alcance de todos los individuos y familiar de la comunidad mediante su plena participación, así como también se oriente hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento necesario para resolver esos problemas.<sup>57</sup>

Esto significa, que se deben mejorar los niveles de salud, garantizando su bienestar, o su crecimiento y desarrollo integral a través de regular los procesos de Atención Integral de los niños y niñas en los diferentes niveles de atención del sector salud, mejorando así, la calidad del servicio, también estableciendo modelos de prevención con enfoque de riesgo para asegurar la detección y tratamiento de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así

---

<sup>57</sup> Idem

como también, fortalecer los servicios de salud, incrementando su capacidad para resolver la atención requerida por los niños y niñas.

Un claro ejemplo por lo cual tendría que ponerse en práctica todo lo antes mencionado, y así cumplir con la medida del Art. 24 N° 2, literal b) de la CDN, sería por los brotes y rebrotes de dengue o por los problemas gastrointestinales, por la desnutrición, por la inseguridad alimentaria, por el rotavirus, por inundaciones etc. Y así seguiríamos enumerando una gran cantidad de problemas que no son nuevos para el Gobierno, al contrario son problemas viejos y conocidos por los antecedentes que existen sobre todos estos problemas cada año, tras año, ocasionan muerte y dolor a diferentes familias que los sufren en carne propia.

Es por esa razón que el artículo 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño obliga a los Estados Partes a adoptar “todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención”. Las Instituciones Nacionales independientes de derechos humanos representan un importante mecanismo para promover y asegurar la aplicación de la Convención, y el Comité de los Derechos del Niño considera que el establecimiento de tales órganos forma parte del compromiso asumido por los Estados Partes al ratificar la Convención de garantizar su aplicación y promover la realización universal de los derechos del niño.

En tanto las Naciones Unidas cuentan desde hace mucho tiempo con un programa de asistencia para el establecimiento y fortalecimiento de las instituciones nacionales de derechos humanos. Este programa, administrado por la Oficina de Alto Comisionado

para los Derechos Humanos (ACNUDH), presta asistencia técnica y facilita la cooperación regional y mundial y el intercambio entre las instituciones nacionales de derechos humanos. Los Estados Partes deberían velarse de esta asistencia cuando sea necesario. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) también ofrece sus conocimientos especializados y cooperación técnica en este esfera.

Es por todo ello, que el Comité de los Derechos del Niño es su análisis sobre los informes presentados por los Estados Partes bajo el Art. 44 de la CDN, hace las siguientes recomendaciones:

- El Comité de los Derechos del Niño observa con inquietud que los Estados Partes no han prestado suficiente atención, en cumplimiento de las obligaciones que les impone la Convención, a las preocupaciones específicas de los adolescentes como titulares de derechos ni a la promoción de su salud y desarrollo. Esta ha sido la causa de que el Comité adopte la siguiente observación general para sensibilizar a los Estados Partes y facilitarles orientación y apoyo en sus esfuerzos para garantizar el respeto, protección y cumplimiento de los derechos de los adolescentes, incluso mediante la formulación de estrategias y políticas específicas.<sup>58</sup>
  
- El Comité entiende que las ideas de “salud y desarrollo” tiene un sentido más amplio que el estrictamente derivado de las disposiciones contenidas en los artículos 6 (Derecho a la vida,

---

<sup>58</sup> La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, 33º período de sesiones (2003), Observación General N° 4. Pág. 364.

supervivencia y desarrollo) y **24 (Derecho a la salud)** de la Convención. Uno de los principales objetivos de esta observación general es precisamente determinar los principales derechos humanos que han de fomentarse y protegerse para garantizar a los niños y adolescentes el disfrute del más alto nivel posible de salud.<sup>59</sup>

- Al objeto de promover la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Partes a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace al asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a los niños y adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención.<sup>60</sup>
  
- La salud y el desarrollo de los adolescentes están fuertemente condicionados por el entorno en que viven. La creación de un entorno seguro y propicio supone abordar las actitudes y actividades tanto el entorno inmediato de los adolescentes –la familia, los otros adolescentes, las escuelas y los servicios– como del entorno más amplio formado por, entre otros elementos, la comunidad, los dirigentes religiosos, los medios de comunicación y las políticas y leyes nacionales y locales. Los Estados Partes deben adoptar medidas para sensibilizar sobre este particular, estimular y/o establecer medidas a través de la formulación de políticas o la adopción de normas legales y al aplicación de

---

<sup>59</sup> Idem. Pág. 364.

<sup>60</sup> Idem. Pág. 366.

programas destinados específicamente destinados a los niños y adolescentes.<sup>61</sup>

- El Comité se muestra preocupado por la influencia ejercida en los comportamientos de salud de los niños y adolescentes por la comercialización de productos y estilos de vida malsanos. De acuerdo con el artículo 17 de la Convención, se insta a los Estados Partes a proteger a los adolescentes contra la información que sea dañosa a su salud y desarrollo recalcando su derecho a información y material de distintas fuentes nacionales e internacionales. Se insta en consecuencia a los Estados Partes a reglamentar o prohibir la información y al comercialización relativa a sustancias como el alcohol y el tabaco, especialmente cuando están dirigidas a niños y adolescentes.<sup>62</sup>
  
- Los adolescentes tiene derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano. Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Idem. Pág. 370.

<sup>62</sup> 22° período de sesiones (2000), Observación General N°14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)

<sup>63</sup> Idem. Pág. 370.

- Otra recomendación que hace el Comité es que los Estados Partes, para proporcionar el servicio a la salud, debe prestar atención a las siguientes características: <sup>64</sup>
  - a) **Disponibilidad.** La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de los niños y adolescentes, concediendo especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental.
  - b) **Accesibilidad.** Deben conocerse las instalaciones, bienes y servicios de salud y se de fácil acceso (económica, física y socialmente) a todos los adolescentes sin distinción alguna. Debe garantizar la confidencialidad cuando sea necesaria.
  - c) **Aceptabilidad.** Además de respetar plenamente las disposiciones y principios de la Convención, todas las instalaciones, bienes y servicios sanitarios deben respetar los valores culturales, las diferencias entre los géneros, la ética y médica y ser aceptables tanto para los adolescentes como para las comunidades en que viven.
  - d) **Calidad.** Los servicios y los bienes de salud deben ser científica y médicamente adecuados para lo cual es necesario personal capacitado para cuidar de los niños y adolescentes, instalaciones adecuados y métodos científicamente aceptados.

Es en base a éstas recomendaciones y por los compromisos adquiridos por El Salvador al ratificar la CDN, y por la propaganda

---

<sup>64</sup> La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, 33° período de sesiones (2003), Observación General N° 4. Pág. 364.

política en cada periodo electoral, es que los diferentes Gobiernos crean diferentes estrategias de Salud, de acuerdo a sus conveniencias políticas; no existiendo una unificación de criterios sino por el contrario difieren mucho unas de otras, siendo solo entonces cuando reconocer que la niñez, son sus futuros votantes, existiendo nada más como un dato estadístico o como anexo a una población futura votante.

Es por lo antes mencionado que nos damos cuenta que en nuestro país no existen realmente programas preventivos de salud, ya que si nos fijamos, cada cierto tiempo aparecen diferentes epidemias con las cuales a veces no podemos competir por no contar con los recursos necesarios, un ejemplo de ello son las estrategias de salud como lo son Los SIBASI, FOSALUD, Estrategia Paquete Madre-bebé ampliada, a las enfermedades prevalentes en la Infancia Atención Integral en nutrición en la Comunidad, de comunicación para la Salud Infantil, etc. Cada una de ellas representan estrategias no programas reales de salud que vengán a unificar de forma integral todos aquellos factores que interfieren con la salud y buen desarrollo de nuestra niñez involucrando a todos los sectores de la sociedad, porque no se les asigna un presupuesto adecuado, por no contar con un personal capacitado, por no tener infraestructura necesaria, un claro ejemplo de todo esto es: que solo se cuenta con un hospital especializado en la atención de las enfermedades de la Niñez y es el Hospital de Niños Benjamín Bloom (HNBB) ubicado en San Salvador.

65

---

<sup>65</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, Octubre 2005, San Salvador, El Salvador, C.A.

Al cual muchas veces las personas del área rural no tienen acceso por recursos económicos o por no considerar a veces las enfermedades de los niños que asisten a dicho hospital, como emergencias, otro problema que enfrentan es que los medicamentos de uso pediátrico no los pueden costear, por ser demasiado costosos por parte de los padres de familia que llevan a sus hijos a este hospital.

Después de lo antes expuesto y todo lo investigado, nos damos cuenta de la realidad sobre el Derecho de Salud de la Niñez; ya que si el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social rector en materia de salud debe garantizar a los habitantes del país Atención Integral en Salud, ha elaborado un documento en octubre del 2005. Que se llama “Programa Nacional de Atención Integral en Salud de la Niñez”, con el objeto de ser un programa preventivo, pero por no contar con los fondos necesarios para elaborarlo y plasmarlo en documento que puede ser difundido y estudiado, o que pueda servir Como material de consulta o de apoyo para diferentes investigaciones, como se espera que puedan ser implementadas las estrategias de dicho programa. Si están a la espera que alguna ONG’s u Organización Internacional que les faciliten los fondos para poder ser plasmado en un documento.<sup>66</sup>

Todo esto es ilógico, ya que si la Salud es un Derecho Primordial, porque no buscar los medios para que al menos vengan a ser menores los índices de mortalidad infantil o al menos mejorar la Atención Primaria de Salud de la Niñez, porque como se dice popularmente “el papel aguanta con todo lo que le pongan”, si

---

<sup>66</sup> Idem. Pág. 20.



estamos a un año de la elaboración de ese programa, cuanto tiempo más tendrán que esperar los niños y niñas para que se les brinde este derecho como es debido, será talvés que esperaran hasta que sean una estadística más en los índices de Mortalidad Infantil, epidemias o enfermedades gastro intestinales o respiratorias.

Otra institución que ha elaborado hace pocos días un Programa de Salud a la Niñez con miras de ser preventivo es: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social el cual es llamado “Programa de Atención Integral en Salud Infantil del ISSS”.

El cual pretende ser un programa preventivo de salud de los hijos de los derecho habientes del ISSS.

Con el objeto de mantener saludables y se desarrollen en plenitud, necesitando de permanentes controles y medidas preventivas en atención del recién nacido en parto, control de crecimiento y desarrollo, vacunaciones, control de niños sanos, educación para la salud, odontopediatria etc. <sup>67</sup>

Todo esto nos parece fabuloso que al menos una parte de la niñez pueda ser beneficiada con este programa, el problema radica en que si realmente será implementado o solo vendrá hacer una política más del gobierno central por la llegada de las nuevas elecciones, convirtiéndose entonces en una propaganda política para atraer a nuevos votantes de la niñez.

---

<sup>67</sup> 22° período de sesiones (2000), Observación General N°14, El derecho al disfruto del más alto nivel posible de salud (artículo 12)

Es por todo ello que nos damos cuenta la realidad de nuestro país, a pesar de contar con la Convención Sobre los Derechos del Niño, y con normas dispersas en diferentes cuerpos normativos referentes al Derecho de Salud de la Niñez como son la Constitución, el Código de Familia de Salud, Municipal, Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, etc. No ha sido suficiente para mejorar el Derecho de Salud de los Niños y Niñas del país, por lo tanto es necesario que el gobierno realice una verdadera estructura en el Sector Salud a raíz de todos los acontecimientos (Terremotos, inundaciones epidemias etc.) que servirán de base para mejorar el Sistema de Salud y así los antes encargados de garantizarla cumpla verdaderamente su papel de garantes del servicio; cumpliendo la Convención Sobre los Derechos de los Niños. Art. 24 N° 2, literales “a” y “b” sobre el derecho a la Salud de los niños y niñas, el cual es motivo de nuestro trabajo. <sup>68</sup>

Dentro de este capítulo, hemos considerado necesario agregar un pequeño glosario de palabras para una mejor comprensión, así como también algunas siglas que hemos utilizado.

---

<sup>68</sup> La Convención de los Derechos de los menores en El Salvador, diagnóstico de su cumplimiento, El Salvador. FESPAD, Radda Barner (Suecia).

## 4.2. GLOSARIO

Convención sobre los  
Derechos del Niño:

Es un tratado internacional multilateral sobre Derechos Humanos con carácter especial.

Lactancia:

Periodo de la vida en que la criatura mama, alimentación del recién nacido con leche.

Mortalidad:

Cantidad de individuos de una población que mueren por unidad de tiempo.

Niño (para la CDN):

Todo ser humano menor de 18 años.

Niñez:

Es la categoría que abarca los conceptos de niño y niña y adolescente y se refiere a toda persona humana

menor de 18 años de edad.

Niño y Niña:

Son las personas en edades de cero a doce años que deben gozar de todos los derechos inherentes a todo ser humano y que desempeñan un papel activo en su propio desarrollo, en el su familia y en el de su comunidad, pero que por su grado de desarrollo biológico, psíquico, emocional y social y la forma de ejercer ciertos Derechos difiere de la de los adultos.

Organización no gubernamentales:

Las ONG's son organizaciones sin fines de lucro que proveen y aseguran servicios de salud a un segmento de población y no están adscritas al gobierno central o municipal.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sistema de Salud: La forma en que se organizan las instituciones que proveen, asignan, regulan y supervisan los servicios de salud en un país.

Tasa de Mortalidad Infantil: Es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 1 año.

### 4.3. SIGLAS

ANEP Asociación Nacional de la Empresa Privada.

AID Agencia Internacional para el Desarrollo.

ANSAL Asociación Nacional de Salud y Asistencia Local.

BID Banco Internacional de Desarrollo.

DPT3 Tres dosis combinadas contra la difteria, la tosferina y el tétano.

FUSADES Fundación Salvadoreña Para el Desarrollo Económico y Social.

FMI Fondo Monetario Internacional.

FOSALUD Fondo Solidario para la Salud.

GOES Gobierno de El Salvador.

HNBB Hospital de Niños Benjamín Bloom.

ISSS Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

OPS Organización Panamericana para la Salud.

OMS Organización Mundial de la Salud.

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ONG's Organización no Gubernamental.

PROES Programa Escuelas Saludables.

PMA Programa Mundial de Alimentos.

Save the children International Union: Unión Internacional de Protección a la Infancia.

SIBASI Sistema Básico de Salud Integral.

SISNAVE Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades.

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.



## **CAPITULO V.**

### **5.1 Conclusiones y Recomendaciones**

#### **5.1.1 a) Conclusiones**

Una vez presentados los resultados de nuestra investigación tanto documental como de campo, con especial mención de las conclusiones específicas que cada aspecto analizado en la investigación de campo se hizo oportunamente a los cuadros de resumen correspondientes; procedemos a la redacción del capítulo final de nuestro informe; en el cual exponemos en forma sintética los aspectos conclusivos más relevantes del presente estudio; tomando como parámetros el enunciado del problema de investigación, y por supuesto la operacionalización de las variables de nuestro sistema de hipótesis, para pronunciarnos en cuanto a su aprobación o no.

A lo largo de nuestra investigación hemos trabajado con la Hipótesis General siguiente: “El incumplimiento del Derecho a la Salud establecido en el artículo 24 numeral 2, literales “a” y “b” de la Convención Sobre los Derechos del Niño, ocasiona que no se preste adecuadamente el servicio. De lo cual hemos podido comprobar lo siguiente:

- Uno de los factores por los cuales no se brinda como es debido el servicio a la salud de los niños, es el Económico, ya que el presupuesto asignado por el Gobierno al Sector Salud, no es suficiente para satisfacer las necesidades de este sector, ya que los insumos y servicios se han encarecido, y no alcanza para

comprar guantes, jeringas, gasas, hilos de saturar entre otros; como también el aumento a la energía eléctrica, el diesel para las calderas, el pago por el traslado y tratamiento de los desechos bioinfecciosos. Este factor (económico), influye también en la compra de medicamentos específicos y tecnología medica.

En cuanto a este punto hemos podido investigar que en los últimos años como en el 2003 se le asigno a este rubro 240,560,605, en el año 2004 fue de 247,435,115 y en el año 2005 fue de 275,538,495, hemos observado que el presupuesto ha ido en aumento, año con año, pero no ha servido de nada ya que los servicios e insumos médicos han sufrido alzas. Ocasionando nuevamente que el presupuesto asignado a este sector es siempre insuficiente y por lo tanto podemos establecer, que el derecho a la salud de los niños, no se cumple como es debido, a pesar de que se han tenido avances en la prestación de bienes y servicios esenciales tales como: campañas de vacunación, sales de hidratación oral, dosis de vitamina "A" entre otras.

- El otro factor es el de la legislación firme, ya que el gobierno debe asegurarse que se sigan las líneas de las normas internacionales y les asignen los recursos necesarios para proteger la infancia. Ya que la "Convención sobre los Derechos del Niño" constituye un síntoma de los últimos tiempos y en el cuál se describe, concretamente las obligaciones jurídicas que los gobiernos tienen con la infancia.

La supervivencia, el desarrollo y la protección de la niñez dejaron entonces de ser una cuestión relacionada con la caridad y se

convirtieron en una obligación moral y jurídica para los Estados signatarios de la Convención.

De todo lo anterior concluimos que la Convención Sobre los Derechos del Niño no se ha cumplido en el período 2003 – 2005 en el área metropolitana de San Salvador, por los factores antes descritos.

En cuanto a las hipótesis específicas de trabajo tenemos: “La situación del derecho a la salud en El Salvador ocasiona que muchas personas no tengan acceso a éste servicio”

Según la investigación de campo y bibliográfica realizada, haciendo un sondeo entre los años 2003 al 2005 consideramos que en San Salvador todavía hay personas que tienen dificultad para acceder a los servicios de salud.

- Un factor es la pérdida de confianza en el sistema ya que las personas prefieren recurrir a las etnoprácticas, pues les resulta más fácil, y no andan perdiendo el tiempo en un centro asistencial, esperando que los atiendan, y se van a ir arriesgando a que haya tratamiento ó no para su enfermedad; entonces prefieren recurrir a las practicas de nuestros antepasados.
  
- El otro factor que encontramos y es el primordial en todo como lo es lo económico. En San Salvador hay personas que no tienen un centro asistencial cerca y tiene que abordar bus para asistir a una consulta, y algunas veces no tienen ni para comer, mucho menos van a tener para pagar el pasaje del transporte público, y prefieren

no ir. En cambio hay otras que sí tienen para ir, pero por encontrarse trabajando no van, debido a que algunas veces no, les dan permiso en el trabajo, y si les dan, les descuentan el tiempo que han perdido en la consulta, esto les genera una pérdida de dinero y mejor no van, y lo que hacen es automedicarse algún tratamiento que compran en la farmacia o tienda, poniendo en riesgo su vida, porque no ha sido, recetado por un especialista.

En cuanto a la hipótesis específica que establece que si el factor económico repercute en el incumplimiento de la Convención Sobre los Derechos del Niño en lo referente a la salud, podemos decir que si, ya que el presupuesto asignado para la niñez es insuficiente para satisfacer sus necesidades, siendo este factor uno de los principales para que la Convención Sobre los Derechos del Niño no se cumpla como es debido, ya que si observamos que aunque año con año se aumenta a la cartera de salud el presupuesto, no es suficiente si año con año aumentan los precios de los insumos y servicios para éste sector, obteniéndose una disparidad entre convención y cumplimiento, ocasionado que no se aplique la Convención Sobre los Derechos del Niño como debiera ser.

En conclusión podemos decir que; aunque el comité haya recomendado a El Salvador que fortalezca sus esfuerzos para aumentar de modo significativo la proporción del presupuesto asignado para dar efectividad a los derechos de la niñez “hasta el máximo... de los recursos disponibles en las áreas rurales y urbanas, no es suficiente, sin no se puede obligar al Estado a que cumpla con lo pactado en la Convención.

En cuanto a la hipótesis específica, que literalmente plantea: El no tener acceso a la salud ocasiona incremento en la mortalidad infantil podemos decir que sí, ya que la mortalidad en la niñez es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años. Y las causas por las cuales no se tiene acceso a la salud son muchas como la muerte por prematuridad y bajo peso, la neumonía, bronconeumonía o por malformaciones congénitas, por epidemias de dengue, por intoxicación de plaguicidas o por rotavirus entre otros.

Así como también por las entoprácticas que muchas veces son la mayor causa de muerte infantil, ya que son personas que no tienen conocimiento médicos científicos si no de sus antepasados o son simplemente charlatanes, representando un peligro para la población infantil por no tener acceso por motivos económicos, culturales, o por el fracaso de los gobiernos para proporcionarles programas preventivos adecuados a las necesidades imperantes del momento.

En conclusión los gobiernos deben invertir fondos adicionales a la infancia para promover y transformar este problema que ocasiona tanto dolor a las personas, al ver morir a sus hijos.

Por lo tanto es una obligación de los individuos, las familias, las empresas, las comunidades y sobre todo El Estado Salvadoreño de transformar la Convención en una realidad utilizando sus recursos y sus capacidades para promover y proteger los Derechos de la Niñez.

### **5.1.2 b) Recomendaciones**

En base al enunciado de nuestro problema de investigación, el desarrollo capitular, los resultados de nuestra investigación bibliográfica y de campo, así como la prueba de nuestro sistema de hipótesis mediante la operacionalización de sus variables, procedimos a plantear las recomendaciones del presente estudio.

La primera de nuestras recomendaciones se la hacemos a la Honorable Asamblea Legislativa para que tome conciencia de las necesidades del Sector Salud y aumente el presupuesto en el ramo de Salud Pública y Asistencia Social.

- Revisar el presupuesto general para poder liberar recursos adicionales de otras carteras de Estado y asignar al sector salud.

La segunda recomendación se la hacemos al Organo Ejecutivo para que a través de la Secretaria Nacional de la Familia y su Dirección General de Logística Alimentaria, para que canalice de forma adecuada los alimentos donados por Organismos Internacionales, al los menos aventajados para que puedan acceder a una alimentación nutritiva, adecuada y segura que garantice que nadie padezca hambre; ya que una buena nutrición refleja una buena salud.

- Hacer efectiva esa canalización de los alimentos a las familias de bajos ingresos económicos. Ya que se les dificulta adquirir la canasta básica.

La tercera recomendación se la hacemos al Gobierno de El Salvador, para que implemente planes de prevención efectivos de epidemias tales como: dengue, neumonía, enfermedades gastrointestinales, entre otras. Ya que el común denominador de estas tienden a ser infantes y personas de escasos recursos económicos que viven en zonas carentes de servicios de agua potable y saneamiento, y cuya endeble situación física por mal nutrición los vuelve presa fácil de cualquier enfermedad.

- Recurrir a la cooperación y asistencia técnica de la OMS para prevenir y tratar de combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.

La cuarta recomendación se la hacemos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para que tome en cuenta que somos un país pobre, y debería prever el agotamiento de los medicamentos en los Centros de Salud ya que, no todas las personas pueden comprar sus medicinas, porque les genera un desajuste en su bolsillo, y prefieren quedarse con la receta y el sello de agotado.

- Revisar los estándares de precios y adquirir medicamentos genéricos, los cuales tienen precios razonables, y con ello los niños puedan gozar del más alto nivel de salud.

## BIBLIOGRAFIA

### Libros

CEDILLOS RAFAEL, TICAS JOSÉ MARÍA, y otros, “Apuntes Históricos sobre el desarrollo de la salud pública en El Salvador”, representación de la OPS/OMS en El Salvador, Diciembre 2003.

DELGADO JESÚS, Sucesos de la Historia de El Salvador, introducción a la Historia de la Iglesia en El Salvador 1525 – 1821, Colección “Nueva Evangelización”, Arzobispado de San Salvador, 1964.

“Diez años de la convención sobre los Derechos de la Niñez, actualización de la investigación”, FESPAD, Impresión talleres gráficos UCA, Marzo 2002.

“ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 2005”, Unicef.

“ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 2006”, Unicef, Excluidos e Invisibles.

“Libros de Derechos Humanos de la Niñez, la tarea pendiente”, 2001.

OSORIO MANUEL, Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales; Editorial Heliasta, SRL. Buenos Aires, 1982.

Océano Uno Color, Diccionario Enciclopédico 2000. Editorial Océano.

2003, Reseña del Año OMS, Organización Mundial de la Salud.



**Tesis.**

COTO HERNÁNDEZ, AMERICO ROBERTO Y SANTOS MAURICIO, "La obligación Constitucional del Estado Salvadoreño de garantizar la salud gratuita a los habitantes del área urbana de San Salvador, Trabajo de Graduación 2001.

**Legislación.**

Constitución de la República de El Salvador, de 1993, Texto actualizado 2002, Editorial Lis.

Código Municipal, Decreto No. 274, D.O. No 23, Tomo No. 290 del 5 de febrero de 1986.

Código de Familia, Decreto No. 677, D.O. No. 231, Tomo No. 321 del 13 de diciembre de 1993.

Código de Salud, Decreto No. 955, D.O, No. 86, Tomo No. 299, del 11 de Mayo 1988.

Declaración de Alma – Ata sobre atención Primaria de Salud, resultante de la Conferencia Internacional, sobre atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y Unicef, 1978.

Ley del Seguro Social y sus reglamentos, Decreto No. 1263, D.I No, 226. Tomo No. 161, del 11 de diciembre de 1953.

Ley de Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) decreto No. 775, D.O. No. 368, Tomo No. 388, del 10 de agosto del 2005.

Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Decreto No. 538, D.O. No. 236, Tomo No. 365 del 17 de diciembre 2004.

Ley de Yodación de Sal, Decreto No. 448, D.O. No. 23, Tomo Ni. 318 del 18 de Agosto de 1993.

Ley de Patronatos de Centros Asistenciales, Decreto No. 30, D.O. No. 217, Tomo No. 189, del 14 de diciembre de 1960.

Normas Internacionales Básicas sobre Derechos Humanos, Consejo Nacional de Capacitación Judicial, San Salvador, El Salvador, C.A. Año 2000

Promoción de Salud, Carta de Ottawa, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, noviembre de 1986, Ottawa, Canadá.

**Otros.**

Declaración de los Derechos del Niño FESPAD, primera edición 1996, San Salvador, El Salvador.

El papel de las Instituciones Nacionales Independientes de Derechos Humanos en la promoción y protección de los Derechos del Niño. 31° período de sesiones (2002) Observación General N° 2.

<http://www.unicef.org>

<http://www.casapres.gob.sv/especiales/fosalud/index.htm>

Informe Sobre Desarrollo Humano 2005, publicado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Ediciones, Mundiprensa 2005.

La Convención de los Derechos de los menores en El Salvador, diagnóstico de su cumplimiento, El Salvador. FESPAD, RADDA BARNER (Suecia).

La Salud y el Desarrollo de los Adolescentes en el contexto de la Convención Sobre los Derechos del Niño. 33° Período de sesiones (2003) Observación General N° 4.

La Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en El Salvador FESPAD.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de regulación, Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de atención integral en Salud a la Niñez, octubre 2005, San Salvador, El Salvador, C.A.

[www.MSPAS.gob.sv/conozcamos.asp](http://www.MSPAS.gob.sv/conozcamos.asp).

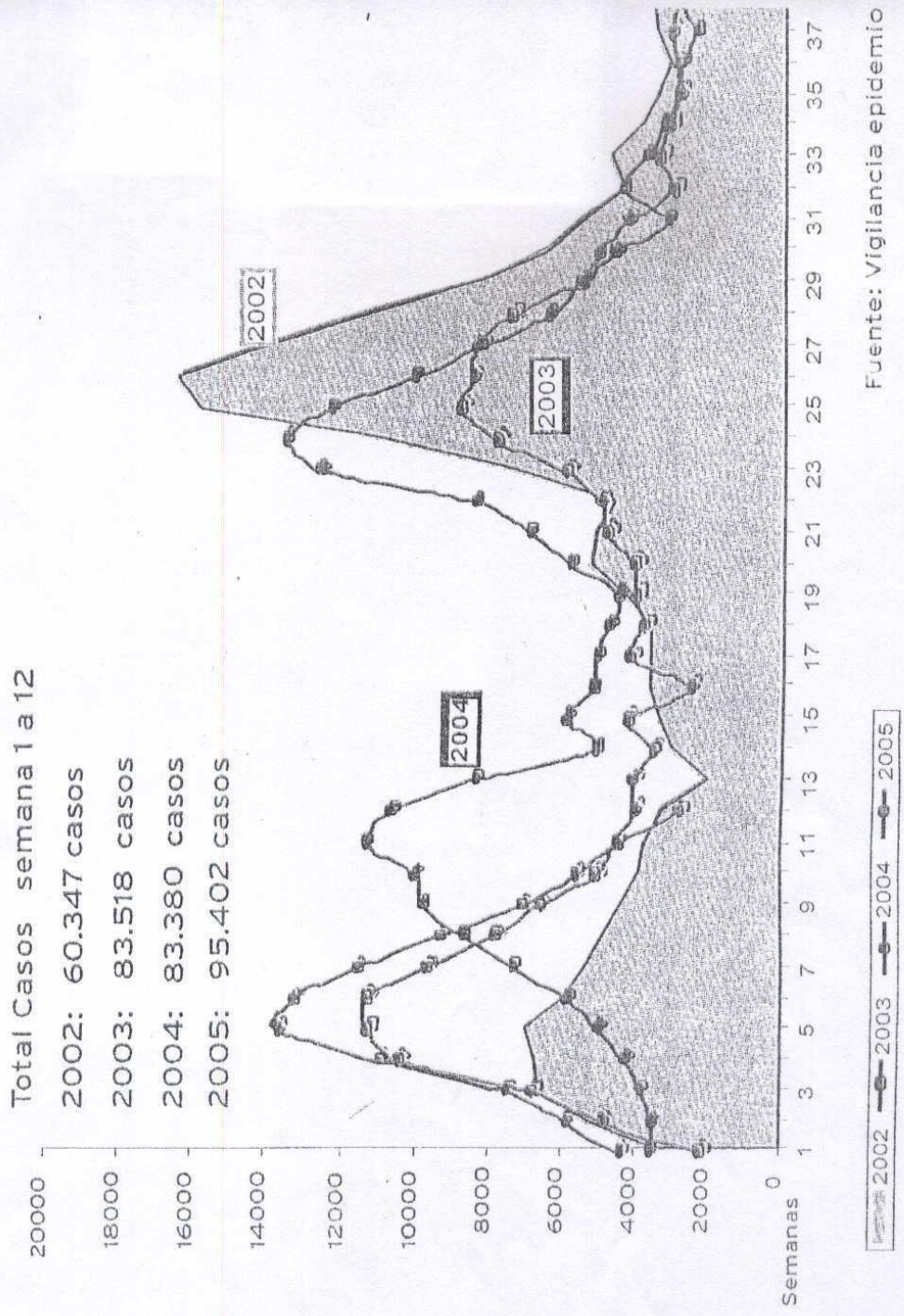
# **ANEXOS**

## **Indices de Anexos**

- Casos de Diarreas en El Salvador por Semana Epidemia  
(fuente: Vigilancia Epidemiológica Diarreica SIBASI 2001-2005)
- Convención Sobre los Derechos del Niño. Art. 24, numeral 2°, literales “a” y “b”.
- Cuestionario dirigido a la población en general.
- Cuestionario dirigido a funcionario y profesionales.
- Estado de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

# Gráfica 1 Casos de Diarreas en El Salvador por semana epidemio

Total Casos semana 1 a 12  
 2002: 60.347 casos  
 2003: 83.518 casos  
 2004: 83.380 casos  
 2005: 95.402 casos

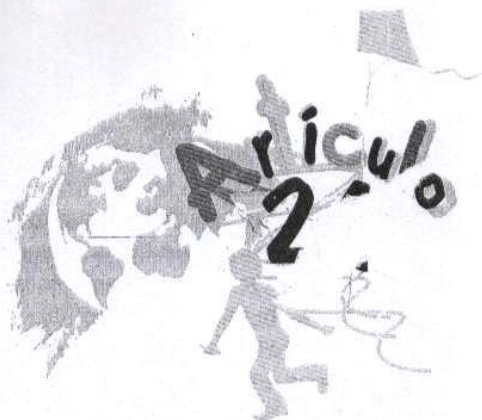


Casos de Diarreas

Fuente: Vigilancia epidemio



# Derecho a la Salud y a los Servicios Sanitarios



## Artículo 24:

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Universidad de El Salvador.  
Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales.  
Seminario de Graduación en Ciencias Jurídicas.

Cuestionario base en la investigación denominada:

“EL DERECHO A LA SALUD CONTEMPLADO EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, ARTÍCULO 24, NUMERAL 2, LITERALES a Y b, Y SU EFECTIVO CUMPLIMIENTO EN EL ÁREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR.”.

Dirigido a la población en General.

1. Sexo.  M  F
2. Edad: \_\_\_\_\_ años.
3. Enfermedad que consulta  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Lo atendieron con prontitud?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Le dieron medicamento para su enfermedad?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es la unidad de Salud más cercana para usted?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Le darán tratamiento par su enfermedad?  
¿Cual?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Paga alguna cuota por la prestación del servicio?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. ¿Tiene conocimiento de algún plan de salud?  
¿Cual?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. ¿Como calificaría la atención medica recibida en un centro de salud?

 EXCELENTE

 BUENA

 REGULAR

 MALA



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales**  
**Seminario de Graduación en Ciencias Jurídicas**

---

---

Cuestionario base en la investigación denominada:

“EL DERECHO A LA SALUD CONTEMPLADO EN LA CONVENCION SOBRE  
LOS DERECHOS DEL NIÑO, ARTICULO 24, NUMERAL 2, LITERALES a Y b, Y  
SU EFECTIVO CUMPLIMIENTO EN EL AREA METROPOLITANA DE SAN  
SALVADOR”

Dirigido funcionaria de profesionales

Entrevistado: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Institución: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál s la enfermedad más frecuente que afecta a los niños en el país?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Qué circunstancias propician las enfermedades en los niños del país?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Considera que existen las condiciones para garantizar el cumplimiento de los principios rectores del derecho a la salud aplicable a los niños en El Salvador.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Qué hace el estado para cumplir con el derecho a la salud en El Salvador?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Considera que se esta cumpliendo con las disposiciones y recomendaciones de los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales relativos a la protección de los niños en el país.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Considera usted que el presupuesto asignado para garantizar el derecho a la salud es suficiente para brindarlo de forma adecuada.

---

---

---

7. ¿Cuál es el compromiso para con los niños en El Salvador?

---

---

---

8. ¿Qué medidas concretas recomendaría implementar para resolver o al menos minimizar la problemática de salud de los menores?

---

---

---

Cuadro II.1  
ESTADO DE RATIFICACIONES DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO  
O EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

	Fecha de la firma	Fecha de recibo del instrumento de ratificación	Fecha de entrada en vigor para el Estado Parte
Antigua y Barbuda	12 marzo 1991	5 octubre 1993	4 noviembre 1993
Argentina	29 junio 1990	4 diciembre 1990	3 enero 1991
Bahamas	30 octubre 1990	20 febrero 1991	22 marzo 1991
Barbados	19 abril 1990	9 octubre 1990	8 noviembre 1990
Belice	2 marzo 1990	2 mayo 1990	2 septiembre 1990
Bolivia	8 marzo 1990	26 junio 1990	2 septiembre 1990
Brasil	26 enero 1990	24 septiembre 1990	24 octubre 1990
Chile	26 enero 1990	13 agosto 1990	12 septiembre 1990
Colombia	26 enero 1990	28 enero 1991	27 febrero 1991
Costa Rica	26 enero 1990	21 agosto 1990	20 septiembre 1990
Cuba	26 enero 1990	21 agosto 1991	20 septiembre 1991
Dominica	26 enero 1990	13 marzo 1991	12 abril 1991
Ecuador	26 enero 1990	23 marzo 1990	2 septiembre 1990
El Salvador	26 enero 1990	10 julio 1990	2 septiembre 1990
Granada	21 febrero 1990	5 noviembre 1990	5 diciembre 1990
Guatemala	26 enero 1990	6 junio 1990	2 septiembre 1990
Guyana	30 septiembre 1990	14 enero 1991	13 febrero 1991
Haití	26 enero 1990	8 junio 1995	8 julio 1995
Honduras	31 mayo 1990	10 agosto 1990	9 septiembre 1990
Jamaica	26 enero 1990	14 mayo 1991	13 junio 1991
México	26 enero 1990	21 septiembre 1990	21 octubre 1990
Nicaragua	6 febrero 1990	5 octubre 1990	4 noviembre 1990
Panamá	26 enero 1990	12 diciembre 1990	11 enero 1991
Paraguay	4 abril 1990	25 septiembre 1990	25 octubre 1990
Perú	26 enero 1990	4 septiembre 1990	4 octubre 1990
República Dominicana	8 agosto 1990	11 junio 1991	11 julio 1991
San Kitts y Nevis	26 enero 1990	24 julio 1990	2 septiembre 1990
Santa Lucía	30 septiembre 1990	16 junio 1993	16 julio 1993
San Vicente y las Granadinas	20 septiembre 1993	26 octubre 1993	25 noviembre 1993
Surinam	26 enero 1990	1 marzo 1993	31 marzo 1993
Trinidad y Tabago	30 septiembre 1990	5 diciembre 1991	4 enero 1992
Uruguay	26 enero 1990	20 noviembre 1990	20 diciembre 1990
Venezuela	26 enero 1990	13 septiembre 1990	13 octubre 1990

Fuente: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)