

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



**LA FALTA DE ACCESO A MEDICAMENTOS COMO
VIOLACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE LOS
DOCENTES DEL SECTOR PÚBLICO SALVADOREÑO**

TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE:

LICENCIADO EN CIENCIAS JURIDICAS

PRESENTAN:

**FREDY ORLANDO HERNÁNDEZ DIAZ
MAURICIO EDUARDO PEÑA RECINOS
IVAN LANGSDORFF SALAZAR FRANCIA**

DOCENTE DIRECTOR DE SEMINARIO

DR. JOSE HUMBERTO MORALES

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, JULIO DE 2006.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTORA:
DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

VICE RECTOR ACADÉMICO:
INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA

VICE RECTORA ADMINISTRATIVA:
DOCTORA CARMEN ELIZABETH DE RIVAS

SECRETARIA GENERAL:
LICENCIADA MARGARITA RIVAS RECINOS

FISCAL GENERAL:
LICENCIADO PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

DECANA:
LICENCIADA MORENA ELIZABETH NOCHEZ DE ALDANA

VICE DECANO:
LICENCIADO OSCAR MAURICIO DUARTE GRANADOS

SECRETARIO:
LICENCIADO FRANCISCO ALBERTO GRANADOS HERNÁNDEZ

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE SEMINARIO DE GRADUACION
LICENCIADA BERTHA ALICIA HERNANDEZ AGUILA

DIRECTOR DE SEMINARIO:
LICENCIADO JOSE HUMBERTO MORALES

Abreviaturas

ANDES	Asociación Nacional de Educadores Salvadoreños
ANTEL	Asociación Nacional de Telecomunicaciones
ASESUISA	Aseguradora Suiza Salvadoreña
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Departamento de Bienestar Magisterial
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
FESPAD	Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho
FMR	Frente Magisterial Revolucionario
FMS	Federación Magisterial Salvadoreña
FOSALUD	Fondo Para la Salud
IDHUCA	Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”
IMPRES	Instituto Magisterial de Prestaciones Sociales
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MINED	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OEA	Organización de Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales-y Culturales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para El Desarrollo
PROTOCOLO DE SAN SALVADOR	Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (suscrita el 17 de noviembre de 1988).
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
SISA	Seguros e Inversiones Sociedad Salvadoreña
UCA	Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”
UES	Universidad de El Salvador
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION.....i

CAPITULO I

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y REGULACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE LOS DOCENTES DEL SECTOR PÚBLICO

1.1 Evolución histórica del derecho a la salud.....	5
1.1.1 Aspectos generales.....	5
1.1.2 Antecedentes históricos generales	6
1.1.3 Antecedentes nacionales.....	9
1.1.4 Desarrollo constitucional de la protección a la salud	12
1.2 Tratamiento institucional de la salud en El Salvador.....	19
1.2.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	20
1.2.2 Departamento de Bienestar Magisterial.....	21
1.2.3 El Instituto Salvadoreño del Seguro Social.....	23
1.2.4 Instituciones privadas lucrativas.	23
1.2.5 Instituciones privadas no lucrativas.....	24
1.3. La salud, concepto y naturaleza.....	24
1.3.1. Acepciones doctrinarias de salud.....	25
1.3.1.1 Acepción gramatical.....	25
1.3.1.2 Acepción sociológica..	25
1.3.1.3 Acepción jurídica.....	27
1.3.1.4 Salud como bien y servicio	27
1.3.2 Acepción institucional de la salud.....	29
1.4. Clasificación y caracterización del derecho a la salud como un derecho Humano.....	31
1.4.1 Clasificación.....	31
1.4.2 Características de los derechos humanos y del derecho a la Salud.....	32
1.4.2.1 Características de los Derechos Humanos.....	32
1.4.1.2 Características del derecho a la salud.....	33
1.4.1.2.1 Derecho progresivo.....	33
1.4.1.2.2 Derecho interdisciplinario.....	34
1.4.1.2.3 Salud como bien público.....	34
1.4.1.2.4 Equidad.....	35
1.5 Factores que influyen en la vulnerabilidad del derecho a la Salud de los Docentes.....	36
1.5.1 Factores económicos.....	36
1.5.2 Factores políticos.....	38

1.6. Formas de vulnerabilidad del derecho a la salud de los docentes.....	39
1.6.1 Vulnerabilidad en los derechos humanos.....	39
1.6.2 Violación al derecho a la salud según OMS.....	41

CAPITULO II

**EL DERECHO A LA SALUD DE LOS DOCENTES EN
EL ORDENAMIENTO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL**

2.1 Ordenamiento jurídico nacional e internacional del derecho a la salud de los docentes	42
2.1.1 Legislación constitucional del derecho a la salud	42
2.1.2 Convenios y tratados internacionales referentes al derecho a la salud	46
2.1.2.1 Declaración Universal de Derechos Humanos.....	47
2.1.2.2 Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales	49
2.1.2.3 Declaración americana de los derechos y deberes del hombre	50
2.1.2.4 Convención americana sobre derechos humanos.....	52
2.1.2.5 Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales	54
2.1.2.6 Convenios en materia de salud suscritos por El Salvador con otros Estados u organismos internacionales..	54
2.1.3 Legislación secundaria del derecho a la salud de los docentes.....	56
2.1.3.2 Ley del consejo superior de salud pública y de las Juntas de vigilancia de las profesiones de salud.....	57
2.1.3.3 Ley general de educación.....	58
2.1.3.4 Ley del servicio médico hospitalario para el magisterio y su reglamento.....	59
2.1.3.5 Régimen jurídico de creación del Departamento de Bienestar Magisterial.....	61
2.1.3.6 Ley de asistencia al magisterio nacional.....	63
2.2 Responsabilidad penal de la no asistencia médica.....	63
2.3 Análisis jurisprudencial del derecho a la salud.	65
2.3.1 Jurisprudencia nacional.....	65
2.3.1.1 La Responsabilidad del Estado en la protección del derecho a la salud.....	65
2.3.1.2 La seguridad social.....	68
2.3.1.3 La calidad de los servicios de salud.....	71
2.3.2 Jurisprudencia internacional.....	72

2.3.2.1	Jurisprudencia costarricense.....	73
2.3.2.2	Opiniones consultivas.....	75
2.3.2.3	Jurisprudencia española	76

**CAPITULO III
PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD
DEL MAGISTERIO NACIONAL**

3.1	Los docentes y la Salud.....	79
3.2	Déficit presupuestario en la asignación de recursos financieros.....	83
3.3	Supervisión institucional en el sistema de salud de los docentes.....	87
3.3.1	Departamento de Afiliación.....	88
3.3.2	Departamento servicio médico – hospitalario.....	89
3.3.3	Unidad de botiquín magisterial.....	90
3.4	El sector docente y la problemática actual.....	90
3.4.1	Mala afiliación y registro de maestros en el sistema.....	91
3.4.2	Procedimiento para el uso de los servicios.	92
3.4.3	La falta de supervisión y auditoria médica de los usuarios del Servicio.....	93

**CAPITULO IV
REALIDAD DEL ACCESO A LA SALUD DE LOS DOCENTES PÚBLICOS**

4.1	Generalidades de la encuesta.....	95
4.1.1	Nejapa.....	97
4.1.2	Delgado.....	97
4.2	Formula para la toma de muestra	98
4.3	Información general de los encuestados	98
4.4	Sistema de salud de Bienestar Magisterial.....	103
4.5	Violación al derecho a la salud por la escasez de medicamentos.....	109
4.5.1	Generalidades.....	109
4.5.2	Responsabilidad médica.....	110
4.5.3	Bajo presupuesto.....	111
4.5.4	Burocracia institucional... ..	113
4.5.5	Cuadro base de medicinas.....	117
4.5.6	Baja calidad del medicamento.....	118
4.5.7	Corriente privatizadora del servicio.....	120
	Conclusiones.....	122
	Bibliografía.....	128

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye el informe final de la investigación denominada **“La Falta de Acceso a Medicamentos como una Violación del Derecho Humano a la Salud de los Docentes del Sector Público Salvadoreño”**, se presenta como requisito previo a obtener el título académico de Licenciatura en Ciencias Jurídicas de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador.

Su propósito es determinar en que medida la falta de acceso a los medicamentos en el Departamento de Bienestar Magisterial, constituye una violación al derecho humano a la salud de los docentes que trabajan para el Estado en el ramo de educación.

La investigación y estudio del derecho a la salud en cuanto a la falta de acceso a medicamentos, es de importancia relevante ya que nos permitió conocer hasta que punto el Estado salvadoreño incumple con este derecho y como se manifiesta en las instituciones encargadas de brindar este servicio social.

Se realiza un estudio y análisis de la Teoría General de los Derechos Humanos, de las normas nacionales e internacionales creadas para la defensa de los mismos, así como las normas administrativas, que regulan lo relacionado con el tema.

Dicho estudio se llevó a cabo a partir del año dos mil cinco, en los municipios de Ciudad Delgado y Nejapa.

Para el cumplimiento de las metas trazadas en la investigación se hizo necesario el planteamiento y logro de objetivos. Para tal efecto se plantearon un objetivo general y siete objetivos específicos los cuales se enuncian a continuación: como objetivo general “Analizar la incidencia de la falta de medicamentos del sistema hospitalario nacional de Bienestar Magisterial, en la violación del derecho humano a la salud de los maestros que trabajan para el estado en el ramo de educación, para aquellos que trabajan al servicio del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos y para los maestros jubilados”, y como específicos “Analizar el origen y desarrollo histórico de los derecho humano a la salud en El Salvador; analizar la base teórica y doctrinaria del derecho a la salud; identificar la Base Constitucional, tratados internacionales y leyes secundarias que protegen la Salud del sector Docente Público Salvadoreño; identificar las causas políticas y económicas del desabastecimiento de medicinas en el Sistema Magisterial por parte del Estado Salvadoreño; determinar la base teórica doctrinaria referente al Derecho a Salud y los Derechos Humanos; señalar las consecuencias de un ineficiente sistema de distribución de medicamentos en el departamento de Bienestar Magisterial; identificar el grado de cumplimiento de la normativa de protección del derecho a la salud por parte de departamento de Bienestar Magisterial”. Para alcanzar dichos objetivos se elaboro una hipótesis general la cual se enuncia de la siguiente manera: “La falta de acceso a medicamentos del Sistema de Bienestar Magisterial, constituye una violación del derecho humano de la salud de los docentes del sector público salvadoreño.

Así mismo se desarrollo una estrategia metodología que consistió en una investigación bibliografía y empírica, la primera se obtuvo de libros, revistas, tesis, periódicos, boletines y datos estadísticos relacionados con el tema, así como de diversas leyes, reglamentos, declaraciones internacionales y sentencias judiciales; la segunda mediante entrevistas y encuestas dirigidas a personas consideradas informantes claves.

La estructura del presente trabajo de investigación consta de cuatro capítulos. El primero contiene la evolución histórica del derecho a la salud y de los Derechos Humanos a nivel mundial, su definición, características y clasificación.

En el segundo capítulo, se realiza un análisis teórico y doctrinario del Ordenamiento Jurídico Nacional e Internacional del Derecho a la Salud de los Docentes, así como de la Legislación constitucional del derecho a la salud. En este apartado éste se hace un análisis jurisprudencial del derecho a la salud, partiendo de la jurisprudencia nacional, comparándola con jurisprudencia de organismos internacionales sobre el derecho a la salud, opiniones consultivas y diferentes fallos emitidos en otros países como Costa Rica y España.

En el capítulo tres, se hace un enfoque sobre la Problemática actual del derecho humano a la salud en relación con la falta de acceso al derecho a la salud del sector docente, el déficit presupuestario en la asignación de recursos, así como la situación actual que afronta el sector docente en torno a la problemática de salud.

En el capítulo cuatro, se hace la tabulación de toda la información obtenida en la investigación de campo, a través de los instrumentos como la entrevistas a informantes

claves concedores de la temática y encuesta dirigida a los docentes públicos, en contraste con informes sobre condiciones y cumplimiento del derecho a la salud en general como específica en el acceso a medicamentos.

Finalmente, tomando como parámetro los estudios teóricos doctrinarios planteados y los resultados obtenidos en la investigación empírica se fundamentan las conclusiones pertinentes.

CAPITULO I

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y REGULACIÓN DEL DERECHO

HUMANO A LA SALUD DE LOS DOCENTES DEL SECTOR

PÚBLICO

1.1 Evolución histórica del derecho a la salud.

El derecho a salud se ha venido transformando de acuerdo a la época y a los cambios de la sociedad. En la actualidad observamos que existe una constante lucha para preservar una calidad de vida y por ende un derecho a la salud con dignidad para los seres humanos.

1.1.1 Aspectos generales

La preservación de la salud de los habitantes de un pueblo o un grupo determinado, ha sido una de las prioridades de los gobiernos tanto democráticos como de otra naturaleza, que ha tenido como fin la conservación del bienestar de los pueblos, cumpliendo así, uno de los fines principales de los Estados, como una forma de protegerles de causas de deterioro de sus vidas. El derecho a la salud, a través del tiempo ha venido evolucionando, con el pensamiento humano en cuanto al avance técnico y

científico, así como las necesidades de los seres humanos en un medioambiente con nuevas condiciones.

Por lo que este derecho es inherente a la persona, enmarcado en nuestra Constitución como un derecho social, donde se manifiesta la voluntad del Estado de asegurar a todos los habitantes de la República de El Salvador “Una calidad de vida digna” a través de la protección no solo de este derecho, sino también de educación, vivienda y un medioambiente adecuado para el desarrollo de la persona humana como tal, asegurándole un nivel de vida de conformidad a la existencia y dignidad del ser humano.

1.1.2 Antecedentes históricos generales

En el pasar de los siglos, todos los pueblos, han sido afectados por enfermedades provenientes de epidemias o como consecuencia de la interrelación de las personas con el medioambiente que les rodea, en el que se desconoció de herramientas científicas e investigativas sobre la gravedad de las dolencias, prevención y tratamiento.

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

Si bien los filósofos y juristas reconocieron, desde hace mucho tiempo la atención de la salud, que comenzó a ser contemplado en las constituciones y en las leyes cuando se considero factible proporcionar un cierto nivel de la atención de la salud.

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

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

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

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

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

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

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

Real encargada de investigar las condiciones reales de aplicación de la ley de los pobres. Luego se creó el primer consejo de salud, reconociendo por primera vez en la humanidad, que la salud del pueblo era integralmente reconocida como importante acción administrativa del gobierno.¹

En general, se considera que fue durante la Revolución Industrial cuando surgieron leyes que garantizaron la salud. En esta época surgieron las fábricas, la economía de mercado y las grandes ciudades, surgieron también los problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar la enfermedad y proteger la salud.

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

A principios del siglo XX, con la industrialización mundial se comenzó a gestar en los países desarrollados un complejo fenómeno estrechamente relacionado con una amplia corriente filosófica, cuyo núcleo de acción radicó en lograr un mayor respeto por la dignidad del hombre, cambiando la filosofía de compasión por comprensión del

¹ **ARÉVALO Romero, Leonor Elisa** y otros, Violación al Derecho a la Salud por parte del Estado en la Atención a Pacientes infectados de VIH/SIDA, Tesis(s. e.), Universidad de El Salvador, 2004, Pag. 19.

derecho a la salud, como protección de la clase laborista en el creciente desarrollo económico².

1.1.3 Antecedentes nacionales

Con la llegada de los españoles al nuevo continente se forman las colonias españolas donde tuvo auge el valor de los medicamentos empleados por nuestros indígenas y para valorarlos, se hizo necesario comprobar las propiedades terapéuticas y farmacológicas que los indígenas atribuían a estos medicamentos. Este hecho dio origen a dos resultantes: una, a que algunos medicamentos fueron incorporados a la farmacopea de Europa; y la otra, que la medicina europea fue anulada por la medicina indígena en América, a tal grado que en una de las cartas Hernán Cortez al Rey de España dice: “de que no envíe medicamentos a la Nueva España, porque considera a los curanderos indios suficientemente buenos y tal vez mejores porque los soldados y misioneros son curados por los indios”³. De entre los medicamentos para curar en El Salvador se encontraba el bálsamo, un árbol abundante y con propiedades curativas para múltiples enfermedades, utilizado mucho por los nativos de la zona.

El Rey de España, ve en el medicamento indígena un nuevo recurso económico y establece ciertas leyes para el control de esto medicamentos en Hispanoamérica. Como

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

³ **COTO, Américo Roberto**, *La Obligación constitucional del Estado salvadoreño de garantizar salud gratuita a los habitantes de área urbana del municipio del Gran San Salvador*, Tesis(s.e.), Universidad de El Salvador Pag. 15.

hecho relevante en el año de 1719 por Despacho Real se ordenó a la justicia de San Salvador y San Miguel, que no permitieran a un indígena de nombre Juan Cacareno, vecino de Izalco, la venta de hierbas y pócimas, por ser estas venenosas, imponiéndole la sanción de un año de cárcel y cien pesos de multa.

Este apunte nos demuestra que una orden del Rey de España, se cumplía al pie de la letra, que los medicamentos y la salud del pueblo ya eran motivos de vigilancia oficial. También es de mencionar el factor de la medicina, la salud y lo económico ya que nuestros indígenas fueron esclavizados para desempeñar trabajos forzosos como en el campo o las minas.

Los esclavos y los indígenas sufrían de enfermedades que en su mayoría eran traídas por los españoles y sus esclavos africanos, como la malaria, fiebre amarilla, entre otras.

En El Salvador, durante 1474-1566 la industria añilera tuvo su mayor auge. Una estrategia para mantener la salud de los esclavos fue el servicio gratuito por parte de los virreinos, esta iniciativa fue apoyada por Fray Bartolomé de las Casas.

El primer hospital de la Capitanía General fue el “Hospital de la Misericordia” y posteriormente la apertura del “Hospital la Santísima Trinidad” de la Villa de Sonsonate, que funcionaba desde 1642.

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

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

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

En lo que se refiere a las primeras constituciones, no hay ninguna disposición que se refiera al derecho a la salud, excepto en la Constitución de 1841, en la cual en su artículo 62 establecía como objetivo del poder municipal “La Conservación, progreso, salubridad comunidad y ornato de su vecindario...”⁴

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

⁴ Se entendía por Poder Municipal el conjunto de vecinos que estuviesen en el ejercicio de los derechos ciudadanos; el Poder Municipal derivado estaba constituido y era ejercido por el Consejo Municipal a cuya cabeza se encontraba el Alcalde.

Luego, en el año 1900 se crea el Consejo Superior de Salubridad como una institución nueva en El Salvador la cual dependía del Ministerio del Interior y tenía las atribuciones de emplear la fuerza del Estado para dar cumplimientos a sus disposiciones arbitrarias, esto fue altamente eficiente pero por razones políticas ajenas al Consejo perdió fuerza coercitiva y sus miembros se retiraron. En el año 1920 se transformó en la Dirección General de Sanidad dependiendo entonces del Ministerio del Interior. Posteriormente se emite el Código de Sanidad de la República de El Salvador mediante Decreto Legislativo No. 147 de fecha 30 de Agosto de 1930. Antes de la creación de esta normativa ya había sido creado el Hospital Rosales que comienza su función asistencial en el año de 1902. Esta institución se creó con el objeto de brindar asistencia gratuita e ininterrumpida en sus principales áreas de apoyo y servicio.

1.1.4 Desarrollo constitucional de la protección a la salud

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

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

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

En el Título X, que trataba al régimen Departamental y local, se encontraba el artículo 140 que permitía que las municipalidades, “para llenar su función emitan acuerdos sobre policía, higiene y educación popular”. Así también se encontraban disposiciones que coadyuvaran a la salud de manera indirecta.

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

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

En las Constituciones de 1950 y de 1962 se incrementó notablemente el papel del Estado en la vida económica y social. Con respecto a la salud pública y asistencia social, la exposición de motivos de la Constitución de 1950, manifestaba que “se establece como una de las obligaciones primordiales del Estado la protección, conservación y

restablecimiento de la salud porque se estima ésta como el don mas preciado del hombre; la salud de un pueblo constituye la condición indispensable para su progreso y todo gobierno que propenda a tal fin, tiene que procurar mantenerse a la altura de los progresos de la ciencia, para asegurar a sus gobernados el pleno goce de la salud”⁵.

Fue a partir de la Constitución de 1950 que se considero a la salud como un bien publico. La expresión “bien publico” inserta en el concepto del bien común como objetivo y finalidad de la actividad del Estado.⁶

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

La salud pública en los años cincuenta, se inicia con la estrategia de la descentralización por medio de la creación de las regiones de Salud. Desafortunadamente esta medida no alcanzo los frutos esperados, porque no se logro la descentralización presupuestaria y fiscal, pero marca una pauta importante como el comienzo de la corriente que considera a la población, el ser fin de la actividad del estado, gestando intentos contemplación de derechos sociales.

En 1959 comienza un grupo de maestros a organizarse para obtener mejores prestaciones sociales para el sector. En ese periodo gobernaba el país el Coronel José

⁵ **Constitución de El Salvador**, Asamblea Constituyente, El Salvador, 1950.

⁶ **BERTRAND Galindo, Francisco y otros**, *Manual de derecho Constitucional Tomo II*, San Salvador, Talleres Gráficos UCA. Primera Edición Pág. 986.

Maria Lemus, el cual sufrió un golpe de Estado en el que los docentes participan creándose la primera organización de docentes llamada Frente Magisterial Revolucionario (F.M.R.) el cual dentro de sus primeras peticiones se encontraban en primer lugar reorganizar el cuerpo de inspectores y además un aumento de veinticinco colones para los docentes además de mejoras en la prestación de salud.

Posteriormente en enero de 1960, se crea la Federación Magisterial Salvadoreña y dentro de sus peticiones se encontraba que los maestros no fueran incluidos en una ley llamada del Sistema Nacional de Retiros que el presidente de ese año, Coronel Julio Adalberto Rivera, había creado, pues tenían que jubilarse a los 40 años de servicio y cotizar el 5% de su salario, esto fue en el año de 1965; en este mismo año específicamente el 21 de Junio, nace el gremio de maestros llamado Asociación nacional de Educadores Salvadoreños (ANDES) 21 de Junio y dentro de sus principales propuestas era la de una mejor atención en cuanto a salud se refiere para el sector docente.

El departamento de Bienestar Magisterial (BM), se creó a partir de la publicación de la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio en marzo de 1969.

La creación del Bienestar Magisterial fue una consecuencia de la disconformidad de los maestros con el Ministerio de Educación por el servicio de seguro médico que les brindaba el ISSS. Frente a las malas condiciones, la baja calidad de atención, las limitaciones del acceso y una notoria escasez de recursos tanto humanos como de insumos y materiales, los gremios y sindicatos del sector ejercieron una creciente

presión en el Gobierno y lograron que el Ministerio de Educación asumiera la tarea de implementar un sistema más ágil y eficaz para el magisterio del país.

Bienestar Magisterial se implementó entonces, como una iniciativa del Ministerio de Educación para responder las solicitudes de los sindicatos representantes del magisterio de la República. De este modo, los gremios se pueden considerar importantes impulsores y motores de la creación de Bienestar Magisterial. Con su creciente presión consiguieron que dentro del Ministerio del ramo tomara la decisión de crear un seguro médico para el sector y se formó un equipo de trabajo al respecto.

Desde un principio estaba involucrado el Hospital de ANTEL, el cual entró como primer prestador hospitalario del Bienestar Magisterial.

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

Antes de implementar el servicio médico del magisterio, se realizó un análisis financiero respecto de la situación salarial de los docentes y de la esperada demanda por

servicios de salud y los respectivos costos. Las informaciones disponibles al momento de crear el servicio médico del magisterio fueron en primer lugar los datos poblacionales respecto de la composición atenea, del género, de las zonas de residencia y de la situación socioeconómica de la población objetivo. En menor grado, se dispuso de informaciones sanitarias y epidemiológicas del grupo de los docentes⁷.

La primera propuesta de este gremio fue la creación de un Instituto de prestaciones sociales para el Magisterio, dicho Instituto se denomina Instituto Magisterial de Prestaciones Sociales (IMPRES)., el cual fue creado en 1966, se propuso a la Asamblea Legislativa su aprobación y no se realizó, este es el origen del sistema actual de Bienestar Magisterial.

Posteriormente en el año de 1967, estando en la Presidencia el General Fidel Sánchez Hernández se continuo en la lucha para que se aprobara el Instituto Magisterial de Prestaciones Sociales, es así que en el año de 1968, se da la primera Ley de Servicio Médico Hospitalario para el Magisterio, en donde uno de sus apartados establecía la cotización de el 2% del salario de los maestros, pero esta ley no se cumplió y en ese momento histórico, los maestros pasan a ser ubicados en el hospital de los empleados de ANTEL.

Así transcurrió el tiempo y ya en la década de los 80' se da una de las principales reformas al sistema de salud de los docentes, en donde se les comienza a atender a los hijos menores de 12 años y pasan a ser atendidos en los hospitales públicos y privados

⁷ **JENS Holst**, *Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSur e*, 1ª. Edición. El Salvador. 2003. Págs. 1-2.

del sistema. En este mismo año se crea la Oficina de Asistencia al Magisterio Nacional que posteriormente se le cambio al nombre de Bienestar Magisterial.

En el año de 1981 se comienza a atender a los hijos menores de 18 años y en el año de 1982, se atienden a los hijos menores de 21 años y a sus cónyuges. El 28 de Octubre de 1994 se inicia el Reglamento de la Ley del Servicio Médico Hospitalario, la cual viene a ser una ley obsoleta que no responde a las necesidades actuales del sector docente⁸.

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

Al Estado salvadoreño, le corresponde según este último mandato constitucional, la indeclinable misión de formular los planes y políticas de salud, coordinadas con todos los demás aspectos que inciden en la misma, tales como: La educación, la economía, la conservación de los recursos naturales, el medioambiente, el trabajo, la libertad y el urbanismo. Esta importante tarea debe hacerse en base a una concepción humanista del Derecho y de la vida, y al reconocimiento de que el Estado no constituye un fin en si mismo, sino un instrumento al servicio del hombre, origen y propósito de la actividad estatal y debe estar orientada a la consecución de la justicia de la seguridad jurídica y el bien común.⁹

⁸ **Entrevista a Manuel Antonio Rodríguez**, Director de Asociación Nacional de Educadores Salvadoreños, ANDES 21 de junio de junio, hecha el 16 de octubre de 2005.

⁹ **ASCENCIO López, Francisco Alberto**, Op Cit., Pág. 105.

1.2 Tratamiento institucional de la salud en El Salvador.

El sector de la salud está constituido por dos sub sectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Bienestar Magisterial, la Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. Los últimos dos gobiernos han realizado esfuerzos para transformar la estructura organizativa predominante en el sub sector público (modelo centralizado con una organización burocrática/profesional) en una estructura moderna en términos de organización y gestión, desconcentrada y descentralizada en cuanto a la provisión y a la administración de los servicios. Las instituciones del sector privado lucrativo mantienen el modelo empresarial y predomina la libre práctica profesional. En las privadas no lucrativas la tendencia es a la conformación de organizaciones no gubernamentales que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales específicas o en temas circunscritos.

1.2.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Gobierno de El Salvador propuso en 1996 que el Plan de Modernización del Sector Salud se realizará en tres fases; la primera de modernización institucional (1995-1999), la segunda proyecta la modernización del sector salud y la consolidación de la primera fase (1999-2004); y la tercera busca la consolidación del proceso de modernización del sector, cuyo desarrollo está proyectado entre 2004 y 2009. En una primera etapa, el Ministerio de Salud reorganizó 5 instancias, Organización Panamericana de la Salud, regionales en 18 direcciones departamentales de salud.

El año 2000 inició la segunda etapa estableciendo una nueva estructura orgánica, administrativa y funcional expresada en la conformación de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), considerados como la unidad operativa descentralizada de los servicios de salud.

En esta etapa se espera la reorganización de la red de servicios y la consolidación de 28 SIBASI a nivel nacional. Con los SIBASI se espera incrementar la conformación de redes de servicios de salud y la participación de todas las instituciones locales que ofertan servicios en el área que cubre el SIBASI.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) tiene una red de servicios a nivel nacional, que se ha incrementado de establecimientos en 1996 a 610 en el 2000.

El MSPAS cuenta con 30 hospitales, 4,677 camas hospitalarias, 357 Unidades de Salud, 171 Casas de Salud, 52 Centros Rurales de Nutrición, y una clínica para empleados.

Dicha red tiene tres niveles de atención de complejidad creciente: el primer nivel con enfoque preventivo y servicios de baja complejidad: centros rurales de nutrición, casas de salud y unidades de salud; el segundo nivel oferta programas preventivos y hospitalización (hospitales nacionales periféricos y hospitales generales centrales); el tercer nivel oferta servicios curativos especializados y hospitalización (hospitales de especialidades).

1.2.2 Departamento de Bienestar Magisterial..

El denominado Departamento de Bienestar Magisterial es el servicio médico y hospitalario del magisterio, creado por decreto legislativo 588 del 22 de febrero de 1968, que se implementó para garantizar al maestro y su familia la accesibilidad a los servicios de salud con la finalidad de satisfacer sus necesidades y mejorar sus condiciones de vida.

Bienestar Magisterial funciona como un seguro clásico a base de un pool de riesgo y un fondo financiado por los aportes regulares y mandatorios de los afiliados, del cual se financian todos los gastos de la atención preventiva y curativa de los derechohabientes. El sistema se basa en el reparto de los aportes realizados por los cotizantes, para el financiamiento de las prestaciones requeridas por los beneficiarios.

El primer nivel de atención de todos los usuarios de Bienestar Magisterial está a cargo de los médicos de familia, contratados por el propio sistema de seguro y donde los afiliados tienen que registrarse para poder usufructuar todas las prestaciones otorgadas por Bienestar Magisterial.

La cobertura de Bienestar Magisterial abarca una amplia gama de atenciones y servicios especializados que incluye todas las sub especialidades de la medicina que están disponibles en el sector ambulatorio del país.

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

La atención hospitalaria incluye hasta dos medicamentos; en caso que se necesite mayor cantidad de productos farmacéuticos Bienestar Magisterial los cubre, sólo si se presenta una indicación especial del médico tratante.

Bienestar Magisterial cubre todos los medicamentos recetados por los médicos tratantes que se consiguen en un total de 57 proveedores de farmacia, contratadas a lo largo del país¹⁰.

¹⁰ **JENS Holst**, Op Cit Págs. 4,8 y 9.

1.2.3 El Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El ISSS atiende a los trabajadores de las empresas e instituciones públicas y privadas. Son derechohabientes los trabajadores cotizantes y los jubilados del ISSS, así como sus cónyuges e hijos menores de 12 años. La red de servicios del ISSS está formada por 10 hospitales, 35 unidades médicas, 31 clínicas comunales y 177 clínicas empresariales, en donde se proporciona hospitalización, atención ambulatoria y servicios preventivos. Las demás instituciones del sector público ofrecen servicios de atención médica y hospitalización.

1.2.4 Instituciones privadas lucrativas

El sector privado lucrativo dispone de clínicas, hospitales generales y especializados, concentrados en el área de la capital y las zonas urbanas de las principales ciudades del país. Los principales hospitales son: de Diagnóstico, de la Mujer, Centro Pediátrico y Centro Ginecológico. Las principales aseguradoras en salud son SISA, Pan American Life, Aseguradora Suisa Salvadoreña (ASESUISA) y Salud Total. Su naturaleza jurídica es de sociedades anónimas. Los hospitales privados venden servicios al ISSS y al departamento de Bienestar Magisterial. También todo aquel particular interesado en el uso de éstos servicios de salud privados, con las capacidades económicas para acceder a ello, lo pueden hacer.

1.2.5 Instituciones privadas no lucrativas

Las instituciones privadas no lucrativas ofrecen servicios médicos y preventivos en la zona rural del país y servicios de hospitalización en la capital a través de Organizaciones No Gubernamentales; el principal hospital de este tipo es el Hospital Pro-Familia.¹¹

Fundaciones e iglesias de distintas denominaciones prestan servicios de salud, a la población salvadoreña, dirigidos especialmente a personas de escasos recursos, con atención en medicina general, así como en áreas especializadas como Oftalmológicas, Odontológica, entre otros con precios en los servicios que son basados en los costos de atención.

1.3. La salud, concepto y naturaleza.

1.3.1. Acepciones doctrinarias de salud

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

¹¹ **Perfil del sistema de servicios de Salud de El Salvador**, Organización Panamericana de la Salud, levemente modificado el 26 de noviembre de 2001. <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf>., consultado 20 de Agosto de 2005.

3.1.1.1 Aceptación gramatical

Una definición gramatical y general de la lengua española de salud es “Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones. Libertad o bien publico o particular de cada uno”¹², la cual no refleja características suficientes para poder tener una noción completa sobre la el concepto salud como interés de nuestro estudio.

3.1.1.2 Aceptación sociológica

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

En sentido mas amplio, dentro del concepto de protección de la salud moral de los individuos o la sociedad, también puede comprenderse la incriminación como delitos de los actos de corrupción, ultraje al pudor, escándalo publico, etc.¹³

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

¹² **Diccionario Océano**, Grupo Editorial Océano, Edición 1990 Barcelona, España.

¹³ **Diccionario de sociología**, 11ª. Reimpresión, México, 1984.

- **Salud según la cultura china**

La idea de salud para los orientales es resultado del equilibrio entre todas las energías del ser humano, en relación con las energías del medio natural.

Salud como resultado de equilibrio de elementos distintos de los que dependemos o que nos influyen (del ser humano con esos elementos). Es por tanto, un equilibrio entre dos fuerzas: la del entorno, incluido el destino y los planes de los dioses, y la del humano con su actuación. Para los chinos, el equilibrio entre *Inn* y *Nang**¹⁴ también supone un balance entre dos fuerzas, la de la naturaleza (con una dinámica autónoma) y la de las actuaciones del ser humano (corrección, prevención, etc.).¹⁵

Esta acepción de Salud, se entenderá entonces como un estado pleno en que los seres humanos viven, y su interrelación con el universo.

*¹⁴ Inn-lang son maneras de hablar, formas de clasificación de los fenómenos, procedimientos explicativos de los hechos y de la naturaleza, métodos dialécticos para ordenar el pensamiento. En realidad, Inn-lang como tales, no existen. Pero todo puede ser Inn o lang. Estos símbolos son bien conocidos en el mundo entero, si bien poca gente se para a pensar qué significan. Están, pues, dentro de la idea intercultural de salud, como dentro de otras muchas referidas a estética, arte, filosofía, espacios y vida cotidiana., sin entrar en profundidades.

¹⁵ **APARICIO Mena, Alfonso J.**, *Bosquejo comparativo entre las concepciones de salud y terapéutica tradicional de Mesoamérica y Asia*, España 2004, Pag. 14, disponible en www.Biografias.com, consultado 15 de Octubre de 2005.

1.3.1.3 Aceptación jurídica

Manuel Osorio en su diccionario desarrolla una definición de salud, entendiéndola como salud pública, que en una de sus acepciones representa el estado sanitario en que se encuentra la población de un país, una región o localidad, que en otro sentido del mismo, hace referencia al conjunto de servicios públicos o privados que tienen por finalidad mantener o mejorar el buen estado sanitario tanto en lo que se refiere a la sanidad preventiva como medicina curativa.¹⁶

1.3.1.4 Salud como bien y servicio

La salud es considerada como un bien público¹⁷ o social del cual no se puede excluir a ningún ser humano en la prestación de este y la inclusión de nuevos individuos no afecta a los que ya se benefician de ella. Sin embargo, la salud puede ser catalogada

¹⁶ OSORIO, Manuel, *Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales*, 1984, editorial Claridad SA, Argentina, 1984.

¹⁷ Se entenderá en ésta ocasión como *bienes públicos* a Aquellos que satisfacen necesidades sociales y cuyo beneficio se extiende de manera indivisible a toda la comunidad, independientemente de que los individuos deseen o no su adquisición o disfrute, ya que pueden ser proporcionados a todos los individuos a un costo no superior al que costaría proporcionárselo a un solo individuo. Se caracterizan porque: generan externalidades; forman parte de los esquemas de preferencia de los individuos; por su oferta conjunta; por su ausencia de rivalidad; y la imposibilidad de excluir a nadie de su uso y disfrute vía precio (se consumen por todos en partes iguales y una persona puede consumirlos sin reducir las cantidades disponibles para los demás, lo que se llama consumo conjunto). Suele aceptarse que no pueden ser prestados eficientemente a través de los mecanismos ordinarios del mercado, por lo que para el suministro de estos bienes es conveniente la intervención (previsora, reguladora, pero no necesariamente productora) del Estado. Definición retomada de CORTES Martinez, Ariel Emilio, "Introducción a la economía de la salud", Colombia, Pág.17.

como un bien público, casi públicos y privado. Aunque existen otras clases de bienes como bienes sustitutos, inferiores, suntuarios, etc.

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

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

1.3.2 Aceptación institucional de la salud

La salud como condición positiva, es un concepto relativamente moderno; por muchos años la salud se definió negativamente, como la ausencia de enfermedad. La definición moderna mas aceptada de la salud es la que figura en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que dice: “ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.¹⁸ Siendo ésta la acepción aceptada por la doctrina médica.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): “el derecho a la salud debe entenderse como el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud”¹⁹, ésta, como una definición amplia e integral de la concepción de salud, partiendo de los diferentes factores necesarios para el goce de una vida en relación al derecho de dignidad de las personas.

Las ultimas dos definiciones retomadas por instituciones intrínsecamente relacionadas entre si para la protección de los Derechos Humanos, parecieran divergir la una de la otra; aunque al analizarles, se puede entender que la primera es de carácter mas

¹⁸ **La Salud Américas**, Organización Panamericana de la Salud, Revista. Tomo 3 Año XVII. Agosto 1998.

¹⁹ “Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador”, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, Mesa Permanente de Salud, San Salvador, Marzo 2004, Pag. 42.

técnico que la segunda que retoma el derecho a la salud en una acepción mas abierta e integral.

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

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

En la investigación y difusión de la temática de la salud, ya sea como un derecho humano o como un servicio, en sus acepciones, es una obligación de los Estados, el brindar servicios relativos a la protección y prevención del derecho a la salud, desde una normativa superior como la Constitución.

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

1.4. Clasificación y caracterización del derecho a la salud como un derecho humano.

1.4.1 Clasificación

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

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

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

Es en tal sentido que al ubicar la protección de la salud en la Constitución de El Salvador, le encontramos dentro del capítulo II de los derechos sociales de la misma, que establece la salud como un bien público, responsabilizando al Estado salvadoreño de la protección de ésta.

1.4.2 Características de los derechos humanos y del derecho a la salud

1.4.2.1 Características de los Derechos Humanos

La norma objetiva de la que proceden las distintas facultades propias de los derechos fundamentales puede ser la Constitución, o una realidad superior a ella que se ha llamado Derecho natural, Derecho racional, normas suprapositivas, metapositivas, valores, etc.

Como derechos subjetivos, los derechos humanos son, facultades atribuidas por la norma a un sujeto de poder exigir de otros una conducta concreta, y a una conducta de abstención y no impedimento. Estas características de todo derecho subjetivo son atribuibles a los derechos humanos.

Los derechos humanos se pueden manifestar en poder exigir una conducta concreta, poder también exigir una conducta de abstención y exigir una conducta de no impedimento.

Como otras características generales de los derechos humanos podemos enunciar que son imprescriptibles, inalienables, irrenunciables, y universales.

La fuerza y el vigor de estas características del derecho internacional de los derechos humanos se reconocen fundamentalmente por dos cosas: que las normas internacionales sobre derechos humanos son ius cogens, es decir, inderogables, imperativas, e indisponibles; que los derechos humanos forman parte de los principios

generales del derecho internacional público. Es con tal perfil, que se incorporan al derecho interno.

1.4.1.2 Características del derecho a la salud

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

El derecho a la salud, es poseedor de las antes dichas características generales por su misma naturaleza y clasificación como un Derecho Humano, pero se debe tomar en cuenta características propias del Derecho Humano a la salud.

1.4.1.2.1 Derecho progresivo

Al referirse los derechos económicos, sociales y culturales a necesidades básicas se entiende que éstas requieren ser atendidas privilegiadamente por los Estados, encontrándose sujetas sus obligaciones en este sentido a la *progresividad*, es decir, al compromiso de adoptar medidas de orden interno así como relativas a la cooperación

internacional para la plena efectividad de estos derechos, sin que medie condición o limitación alguna en el mismo.

1.4.1.2.2 Derecho interdisciplinario

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

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

1.4.1.2.3 Salud como bien público

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

1.4.1.2.4 Equidad

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

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

Es necesario definir operativamente la equidad, y que sirva así para llevar adelante los objetivos de la OPS y de los gobiernos de la Región, que consideran que: "Podemos pensar así que la equidad en la salud encierra por lo menos tres imperativos, ya que implica: igual acceso a la atención para igual necesidad, igual utilización de recursos para igual necesidad, igual calidad de atención para todos"²⁰.

²⁰ "Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador", Op. Cit., Pág. 26.

1.5 Factores que influyen en la vulnerabilidad del derecho a la salud de los docentes.

El derecho a la salud es un fin y objeto permanente de preocupación individual, que permite a cada cual realizarse y un medio que constituye un componente del desarrollo; la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social, entendiendo como tal, el incremento de la economía, las reformas constitucionales, los cambios en las estructuras, etc.

Con la implementación de tales medidas, se busca la creación de mecanismos que permitan asegurar a cada individuo, un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos servicios de modo que los ciudadanos puedan hacer valer su derecho innato.

Dos de los factores íntimamente relacionados con la protección del derecho a la salud y para el alcance de éste mismo, en su máximo grado de efectividad en nuestro país son los siguientes:

1.5.1 Factores económicos

El Departamento de Bienestar Magisterial, carece de autonomía frente al Ministerio de Educación respecto de los flujos financieros globales, lo que limita a la vez la autonomía resolutoria que sí tiene en los aspectos técnicos-administrativos y el margen de maniobra del seguro médico.

El Departamento de Bienestar Magisterial, depende del Ministerio de Educación y las decisiones financieras y de importancia respecto del funcionamiento general se toman en el Ministerio de Educación. El Departamento, no tiene autonomía para decidir sobre el presupuesto o los gastos generales o específicos del esquema de seguro. Igualmente está fuera de la competencia del Departamento definir el volumen o la proporción de los aportes, alterar la definición del grupo de derechohabientes, ampliar el servicio de salud hacia otros sectores y tomar otras decisiones respecto del sistema asegurador como tal.

Las decisiones financieras a nivel micro, dependen exclusivamente del personal responsable del Departamento. De la misma manera, las decisiones políticas globales corresponden al Ministerio de Educación y el Departamento tiene que acatar los lineamientos fundamentales de la autoridad superior jerárquica.

La regulación del Departamento de Bienestar Magisterial, depende en primer lugar del Ministerio de Educación el cual, a través del Decreto Ley N° 588 y sus reformas posteriores, que dota al sistema asegurador de reconocimiento oficial e inscripción formal y define tanto los requerimientos de solvencia como el nivel de las cotizaciones y los aspectos financieros globales del Departamento.

1.5.2 Factores políticos

La voluntad de los sectores sociales y de gobierno, en materia de implementación de políticas, que sean acordes con la política global de desarrollo económico y social, en el proceso histórico que se vive, es fundamental desarrollar medidas pertinentes para estructurar un sistema de salud que entre en armonía con la tradición histórico-estructural y que sea también compatible con nuestra organización jurídico-administrativa;

De la misma manera, las decisiones políticas globales corresponden al Ministerio de Educación y el departamento, tiene que acatar los lineamientos fundamentales de la autoridad. En las políticas respecto de las funciones de seguro, sin embargo, el Departamento dispone de gran autonomía en todo lo que tiene que ver con la comunicación social, los incentivos que establece, la capacitación del personal y de los proveedores y las decisiones de tipo sanitario y epidemiológico.

Las decisiones financieras a nivel micro, dependen exclusivamente del personal responsable del departamento de Bienestar Magisterial, aquellos que dentro de sus facultades tienen un grado de poder en la toma de decisiones operativas dentro del departamento, que afectan positiva o negativamente la prestación del servicio.

Por otra parte, el Departamento tiene una amplia autonomía resolutive en todos los aspectos técnicos-administrativos que tienen que ver con el funcionamiento de servicio de salud. De este modo, es el mismo Departamento que elige, contrata, regula y

supervisa a los proveedores. Además, es autónomo en las decisiones respecto de los derechos y obligaciones de prestadores y usuarios, de la cobertura en los casos conflictivos y de las bonificaciones de los tratamientos concretos.

Los proveedores farmacéuticos siguen dirigiéndose según los cuadros básicos históricos y no se ven obligados a aplicar determinados protocolos para definir medicamentos a base de las sustancias genéricas recetadas. Sólo existe la definición de tres productos de cada clase de medicamentos, de los cuales las farmacias tienen que elegir²¹.

1.6 Formas de vulnerabilidad del derecho a la salud de los docentes

1.6.1 Vulnerabilidad en los derechos humanos

En nuestro país, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, ha desarrollado criterios básicos para la determinación de debilitamiento y las violaciones al derecho a la salud por parte de las entidades de gobierno y sus empleados o funcionarios, que ayuden a la población e instituciones, para que puedan determinar desde hechos violatorios y sus denotaciones, de la siguiente manera:

Hecho violatorio: *Abandono al paciente.*

²¹. JENS HOLST, Op Cit Pág. 21.

Suspensión, sin causa justificada, de la atención médica proporcionada a un paciente por parte de profesionales de la salud que prestan sus servicios en el sector público, cuando tienen la obligación de atender a la persona.

Denotaciones:

- a) Suspensión de atención médica sin causa justificada (quienes extienden recetas médicas)
- b) De parte de un profesional de la salud;
- c) Que preste sus servicios en el sector público (hospitales, unidades de salud, **servicios privados con mandato estatal**)
- d) Cuando exista obligación profesional de atender.

Hecho violatorio: *Negligencia médica*

Descuido, omisión y/o falta de diligencia en el tratamiento médico proporcionado a un paciente por parte de profesionales de la salud del sector público que trae como consecuencia daños al paciente.

Denotaciones

- a) Descuido, omisión y/o falta de diligencia en el tratamiento médico.
- b) De parte de un profesional de la salud pública (médicos, técnicos, etc.)
- c) Que preste servicios en el sector público (hospitales, unidades de salud, **servicios privados con mandato especial**, etc.)
- d) Que produce daños de cualquier tipo al paciente y que no sean consecuencia natural de un tratamiento adecuado)

Hecho violatorio: *Omisión de acciones oportunas y eficaces*

Por el carácter de los derechos de los usuarios, existe también una violación al derecho humano a la salud, *por la omisión de acciones oportunas y eficaces en caso de epidemias o enfermedades infectocontagiosas, por ser personas con condiciones laborales especiales y similares entre sí.*

Incidencia del Estado para contrarrestar la propagación de enfermedades epidémicas o contagiosas.

Denotaciones

- a) Omisión de actuar del Estado.
- b) Para contrarrestar la propagación de enfermedades epidémicas o contagiosas.²²

1.6.2 Violación al derecho a la salud según OMS

La Organización Mundial de la Salud, hace una determinación de formas de violación del derecho a la Salud, de entre las cuales podemos encontrar las siguientes:

- ✓ la falta de adoptar y ejecutar una política nacional de salud diseñada para asegurar el derecho a la salud para toda la población
- ✓ gasto insuficiente o mala asignación de recursos públicos
- ✓ falta de supervisión de la realización del derecho a la salud en el país
- ✓ falta de toma de medidas para reducir la distribución no equitativa de las instalaciones, de los productos y de los servicios de salud²³

²² **Manual para la Calificación de las Violaciones a los Derechos Humanos**, Procuraduría para la defensa de los Derecho Humanos- PNUD, Editor Manuel Rodríguez Cuadros, El Salvador 1997. Págs. 289-291.

CAPITULO II

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS DOCENTES EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL

2.1 Ordenamiento jurídico nacional e internacional del derecho a la salud de los docentes.

2.1.1 Legislación constitucional del derecho a la salud.

La práctica médica se encuentra social e históricamente definida, y posee formas y efectos diferenciales para diversos grupos o estratos sociales en donde juegan un papel importante la oferta y la posibilidad de acceso que la población tenga.

En los distintos países y más aun en las sociedades complejas, es posible encontrar estratificaciones en la población; así como, diferentes formas de práctica médica y de servicios de salud.

Estos hechos constituyen barreras discriminatorias para acceder a los servicios de salud; por un lado el acceder a un servicio de salud se convierte en una verdadera necesidad para unos y la prestación de servicios se convierte en un lucro para otros; de esta manera se hace evidente la reproducción de las desigualdades sociales en el acceso a

²³ El documento completo se encuentra en el siguiente sitio <http://www.who.org>.

los servicios de salud. De ahí que algunos autores sostengan que la manifestación de que la salud es un derecho, es irreal, ya que “si el dinero es una barrera para la medicina, el sistema se vuelve discriminatorio”²⁴.

Las condiciones antes descritas, están propiciando que este derecho se vuelva exclusivo y privilegiado, pues al tener una observación directa del fenómeno, se percibe la magnitud de manifestaciones que atentan contra el deber ser constitucional y legal de este derecho.

Para el Derecho constitucional salvadoreño, la salud es una función estatal que obliga al Estado y a los particulares a su promoción, conservación, recuperación y rehabilitación como factor vital del desarrollo del país. El derecho a la salud se refiere a las personas individualmente y en sociedad, y lo protege desde la concepción hasta su muerte, como lo enunciado el artículo 1 de la Constitución de la Republica de El Salvador.

Al Estado le corresponde entonces la indeclinable misión de formular los planes y políticas de salud, en coordinación con todos aquellos aspectos que inciden en la misma, tales como: la educación, la economía, la conservación de los recursos naturales, el medio ambiente, el trabajo, la familia, la libertad y el urbanismo. Esta importante tarea debe hacerse en base a una concepción humanista del derecho y de la vida, y al reconocimiento de que el Estado no constituye un fin en si mismo sino un instrumento al servicio del ser humano, origen y propósito de la actividad estatal, la cual, como lo

²⁴ **ARÉVALO Romero, Leonor Elisa**, y otros, *Violación al Derecho a la Salud por parte del Estado en la Atención a Pacientes infectados de VIH/SIDA*, Tesis, UES, 2004.

establece la misma constitución, debe orientarse a la consecución de la justicia de la seguridad jurídica y del bien común.²⁵

La salud, se considera un derecho humano básico, que implica fundamentalmente que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida, a fin de que cada persona pueda llevar a la práctica el plan de vida que ha escogido y se le garantice un nivel mínimo de atención de salud individual y la protección de la salud pública.

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

Por otra parte, el Art. 1 de la Constitución de la Republica expresa en su inciso segundo que es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la Republica, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social. En cuanto a la salud también el artículo 65 y siguientes de la Constitución, lo enuncia cuando dice que la salud de los habitantes de la Republica constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Es conocido en el país que la inmensa mayoría de las persona carecen de recursos económicos para procurarse aun lo mínimo de salud, lo cual indica la no posibilidad de procurarla para otros.

Siguiendo con lo establecido en los artículos en mención, el Estado es el ente obligado en garantizar salud a la persona, aceptando con ello que la salud, es un derecho

²⁵ **Código de Salud**, El Salvador, 1988.

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

En lo expuesto anteriormente, queda claro que el Estado es el encargado y el obligado a proporcionar los elementos necesarios y de prestar una cobertura completa para satisfacer las necesidades en cuanto a salud se refiere, en especial las de quienes constituyen los sujetos de nuestra investigación.

La normativa constitucional en los artículos 65 al 69Cn. establece aspectos generales de cómo el Estado a través de los organismos correspondientes tiene la obligación de prestar y fomentar este derecho; En este caso el Ministerio de Educación a través del Departamento de Bienestar Magisterial es el comprometido por una ley secundaria a prestar tal servicio.

También el artículo 2 de la Constitución de la Republica, establece que toda persona tiene derecho a la vida y a la salud, considerando a este como un derecho natural de todos los seres humanos, complementando lo anterior el artículo 11 de la Constitución de la Republica establece que ninguna persona puede ser privada del derecho a la vida y es en consecuencia la protección de la salud se convierte en un medio para la garantía de ese derecho.

Por otra parte nuestra normativa nacional constitucional, establece que el derecho a la salud es un derecho social y estos derechos tienen un tratamiento más amplio y moderno, por lo que es mucho más difícil su cumplimiento. Además, en el sector docente es indispensable que los maestros tengan una atención de calidad en cuanto a salud se refiere, para realizar su labor social de educar a la población; Es por ello que el

Estado tiene como finalidad esencial garantizar la vida humana en un conjunto de valores llamados derechos humanos y entre ellos se encuentra el derecho a la salud, que a su vez la etapa de positivación les hace ser exigibles.

La eficacia de las normas constitucionales guarda cercana relación con la distinción entre normas operativas y programáticas. Se entiende por normas operativas, disposiciones inmediatamente aplicables o normativas, aquellas cuya eficacia no depende de norma posterior que la reglamente o haga explícita; y por norma programática, aquella cuya eficacia esta supeditada a reglamentación o explicación posterior.

Dentro de los derechos comprendidos en la Constitución de El Salvador, específicamente los derechos económicos y sociales, se estima que la salud es programática, sin dejar fuera el concepto moderno de la función del Estado que obliga a que este vele por la salud del pueblo.

2.1.2 Convenios y tratados internacionales referentes al derecho a la salud.

El derecho a la salud como parte de los derechos humanos, cuenta con la protección nacional e internacional y para que esta sea reconocida como un derecho humano es necesaria su positivización, por lo que organizaciones internacionales como la ONU le da un reconocimiento como tal derecho humano, al ser tomada en cuenta en instrumentos internacionales como la declaración Universal de los Derechos Humanos, instrumento básico del reconocimiento universal de los derechos humanos en general.

Para el desarrollo a nivel internacional de este derecho, la Organización Mundial de la Salud vela por el cumplimiento del derecho a la salud de las personas a nivel mundial, entre otras acciones con foros mundiales o regionales sobre la salud, donde se gestan políticas e iniciativas de tratados internacionales para su protección.

A nivel regional es reconocido también por organismos como la Organización de Estados Americanos, Organización Panamericana de la Salud y otras, que crean instrumentos jurídicos con normas de carácter específico relacionadas con el derecho a la salud, acordes a las necesidades del hemisferio. Así tenemos que el derecho a la salud se encuentra regulado en convenios y tratados internacionales a nivel mundial. Entre los principales compromisos adquiridos por el Estado salvadoreño en relación a los derechos humanos y específicamente al derecho a la salud podemos analizar los siguientes:

2.1.2.1 Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948)

En esta declaración, se sientan las bases para que todas las naciones, reconozcan a través de la libertad, la justicia y la paz, que la persona humana, tiene iguales derechos y que estos son inalienables.

Uno de los objetivos de este tratado es que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el ser humano no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión, así como el desarrollo de relaciones

amistosas entre las naciones.²⁶ La Declaración sobre Derechos Humanos, proclamada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el diez de diciembre de 1948, ha sido la base para que surjan nuevos pactos destinados proteger los derechos de libertad, progreso, salud, ciencia, cultura, etc., que los pueblos tienen, para que estos gocen de ellos sin ningún tipo de restricciones ni limitaciones.

Así, en esta declaración, el artículo 25 establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad; asimismo, la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales. Como se puede apreciar aquí se habla específicamente de proteger y asegurar el derecho a la salud, como una forma para que la familia goce de bienestar en todos los aspectos, porque como ya se ha expresado antes, una sociedad sin salud no puede en ningún momento alcanzar grado de desarrollo alguno; ya que por estar atendiendo problemas de salud en muchas naciones, se han tenido que descuidar otros derechos y otras áreas que son vitales para el desarrollo, como son la educación, la ciencia, el desarrollo tecnológico, económico y político, que son vitales para que una sociedad salga del subdesarrollo o para que se mantenga estable en sus programas de acción para un desarrollo progresivo.

²⁶ **ASCENCIO López, Francisco Alberto**, *El Amparo como medio de tutela para garantizar el derecho a la salud, cuando El Estado no cumple su deber constitucional*, Tesis, UES, 2003, pag. 73.

2.1.2.2 Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales.

Este tratado tiene entre sus objetivos: crear las condiciones necesarias para que todas las personas gocen de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos, por lo que de acuerdo con la parte II artículo 2, se expresa que los Estados parte en dicho pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos antes mencionados, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole.²⁷

En base a esto, este pacto expresa en su artículo 12, que los Estados parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, asimismo, manda a que las partes adopten las medidas tendientes a asegurar la plena efectividad de este derecho, tales como: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas y d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El Estado Salvadoreño siendo parte del pacto esta obligado a proporcionar las condiciones necesarias para que todos tengamos acceso a servicios médicos hospitalarios y de cualquier naturaleza, para gozar de una salud que nos garantice una

²⁷ **Misión de observadores de las Naciones Unidas en El Salvador**, Normas Nacionales sobre los Derechos Humanos, marzo 1993, Pág. 41.

existencia digna y que podamos salir del subdesarrollo que actualmente vivimos, ya que el derecho a la salud no solo esta garantizado por nuestra ley primaria, sino que también esta garantizado en el ámbito internacional, a través de tratados como el anteriormente señalado.

El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, realiza una serie de acciones que están orientadas, precisamente, a cumplir en parte con los principios enunciados por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; pero como se ha dicho varias veces, el Ministerio tiene limitaciones en su quehacer, limitaciones que van desde un presupuesto que no es el suficiente, hasta presiones de índole política y económica; razón por la cual no puede expandir sus acciones y cumplir con la misión encomendada, de fomentar, proteger y restaurar la salud de la población a través de la atención integral a las personas y al medio ambiente.

2.1.2.3 Declaración americana de los derechos y deberes del hombre. (Aprobada en la novena conferencia internacional americana Bogota, Colombia, 1948)

Entre los objetivos de este tratado esta el hecho de reconocer que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, y que la protección internacional de los derechos debe ser guía principal para la evolución del Derecho Americano. En el preámbulo de esta declaración, se expresa “Que todos los hombres

nacen libres e iguales en dignidad derechos y dotados como están por naturaleza de razón y conciencia deben conducirse fraternalmente los unos con los otros”.

Esto conlleva a retomar las ideas plasmadas en la Declaración Universal de Derechos Humanos, pero ya en una forma más específica, puesto que este tratado está normalizando las relaciones de nuestro continente, el cual tiene sus propias peculiaridades. Así en el artículo 11 de este tratado, se expresa que “Toda persona tiene a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Como se ha podido notar, todos los tratados y convenciones internacionales, tienden a proteger y fomentar este derecho, ya sea creando las normas pertinentes para que los países signatarios puedan armonizar sus leyes internas con este tipo de normas y realizar acciones que garantizan a todos los ciudadanos un goce de sus derechos en una forma amplia y consciente.

El derecho a la salud, ha sido visto desde siempre como un derecho social, intrínseco de cada individuo, por lo que no se puede renunciar ni delegar un derecho social por estar inmerso dentro del quehacer cotidiano de las personas, y cuando se vulnera afecta a todos por igual; y que en casos extremos de epidemias puede afectar a las naciones vecinas. De allí la importancia de que se norme a través de tratados internacionales, para que se eviten problemas de propagación de enfermedades que pueden prevenirse con las medidas de salubridad e higiene que los países adopten de común acuerdo, tomando como base este tipo de tratados internacionales, cuyos

objetivos son el que las naciones sostengan relaciones de amistad, fraternidad y ayuda mutua.

Si todos estos tratados se respetaran, no existirían, en la actualidad, casos en los cuales las personas mueren por falta de atención médica preventiva y adecuada o por falta de recursos económicos para comprar los medicamentos que se le han recetado, estando el gobierno de acuerdo a estos tratados, en la obligación de proporcionar atención médica preventiva y adecuada, así como los medicamentos necesarios para su curación.

2.1.2.4 Convención americana sobre derechos humanos (22 de noviembre de 1969).

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

En esta convención, se trato el derecho a la salud, de una manera general; así en el capítulo III, referente a los derechos económicos, sociales y culturales, artículo 26, titulado “Desarrollo Progresivo”, se expresa: “Los Estados partes, se comprometen a adoptar providencias, tanto en el ámbito interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre

educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos.

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

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

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

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

2.1.2.5 Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos sociales y culturales (protocolo de san salvador).

En esta normativa internacional reconoce que el derecho a la salud es un bien público y que debe preservarse de manera integral en todos sus niveles físico, mental y social. Además la seguridad social es de suma importancia entendida ésta como un complemento al derecho a la salud, pues con ella se asegura un retiro digno para las personas y que éstas tengan garantizado ese bienestar físico, mental y social, así en los artículos 9 y 10 del protocolo de San Salvador establecen que las personas tienen derecho a la seguridad social que la proteja contra consecuencias de la vejez e incapacidad que la imposibilite físicas y mentalmente.

También que cuando las personas estén trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y finalmente que toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del mas alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2.1.2.6 Convenios en materia de salud suscritos por El Salvador con otros Estados u organismos internacionales.

Nuestro país ha celebrado diversos convenios con países amigos, así también con Organismos Internacionales en beneficio de la salud de la sociedad salvadoreña, entre los cuales tenemos:

- El Convenio suscrito por el gobierno de la Republica de El Salvador y el gobierno de la Republica de Alemania, denominado “Programa Básico de salud en la región de oriente, 1994-1995” y ratificado en los años 1996-1997, convenio particular a través de la firma “KFW” (Instituto de Crédito para la Reconstrucción, Frankfrankfur/Mains), con una aportación financiera por un valor hasta de 15 millones de Marcos, para contribuir al mejoramiento de la salud de la población de la zona oriental del país, aumentando la accesibilidad y calidad de los servicios de salud para la población.
- El Convenio Macro del Gran Ducado de Luxemburgo, que apoya varios proyectos de salud, suscrito en 1997.
- El Convenio Macro del gobierno de la Republica Federal de Alemania, documento que ampara cualquier proyecto que se va a ejecutar, en términos generales apoya cualquier gestión o donativos posteriores, siempre que se ampare en lo que se va a realizar, suscrito en 1964.
- Notas verbales que se toman como convenios, el GTZ, la ayuda en dinero del gobierno de Alemania, se ejecuta a través del GTZ.
- Nota verbal Proyecto “PASS” (proyecto de apoyo al sector salud), firmado en 1995.
- Convenio de la Unión Europea, el cual apoya una serie de actividades en salud a nivel nacional.
- Cooperación técnica y financiera con los países: Suiza, Japón, España.

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

Los convenios que realiza el Estado salvadoreño, con otros países y organismos internacionales, están siempre condicionados así: el país debe de dar una contraparte para ejecutar el proyecto, el tiempo de duración de la ejecución del proyecto y los componentes que abarca; tomando en cuenta la Infraestructura, el equipamiento y la capacitación de personal.

Asimismo están involucradas las organizaciones no gubernamentales, en el sentido de ejecutar los proyectos a través de una unidad ejecutora que es la que canaliza la administración de la aportación económica, como requisito para una mejor transparencia del manejo de los fondos, ya sea con personal externo, nacional o mixto.

2.1.3 Legislación secundaria del derecho a la salud de los docentes.

2.1.3.1 Código de Salud.

Dentro de la legislación de segundo orden se encuentra el Código de Salud; que tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y la asistencia social de los habitantes de la Republica y de las normas para organización, funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Publica del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social y demás organismos e instituciones del

Estado, servicios de salud privados y la relación de estos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud de la población.²⁸

De lo anterior podemos comprender que esta ley tiene por finalidad coordinar toda la normativa, para brindar una adecuada atención en salud a la población y desarrollar los principios y preceptos constitucionales en materia de salud para tener una mejor calidad de vida que responda a lo que nuestra constitución manda; Podemos decir que este mismo artículo nos establece que no podemos de ninguna manera ignorar que una ley secundaria es creada a efecto de que cumpla con el mandato constitucional,; pero a la vez debe adecuarse a las normas de carácter internacional celebradas y ratificadas por el Estado salvadoreño con otros Estados u organismos internacionales que tengan relación con el derecho humano a la salud.

2.1.3.2 Ley del consejo superior de salud pública y de las Juntas de vigilancia de las profesiones de salud.

Esta ley, tiene como una de sus atribuciones en el artículo 10 literal d), el vigilar instituciones entre otras como droguerías, farmacias y otros establecimientos particulares dedicadas al servicio y atención de la salud pública, facultando al Consejo Superior de Salud Pública a vigilar, regular y sancionar a profesionales y establecimientos dedicados a prestar servicios relacionados a ésta área. Será entonces, ésta entidad la encargada de cumplir con dichas atribuciones en momentos necesarios

²⁸ **Código de Salud**, El Salvador, capítulo único, artículo 1.

para hacer cumplir el servicio de salud prestado por establecimientos particulares (médicos, hospitalarios, laboratorios y farmacias) autorizados por el departamento de Bienestar Magisterial.

2.1.3.3 Ley general de educación.

Dentro de la legislación secundaria hacemos referencia también a la Ley General de Educación, pues en su artículo 2 señala cuales son los fines de la educación nacional y en el literal a) nos dice que uno de esos fines es “lograr el desarrollo integral de la personalidad en su dimensión espiritual, moral y social” y esto solamente se logra cuando las personas tienen una atención de calidad en cuanto a salud se refiere. Además este mismo artículo en el literal c) nos dice que se debe inculcar el respeto a los derechos humanos y el derecho a la salud es uno de los principales que hay que hacer cumplir.

En este mismo cuerpo normativo se menciona en el artículo 4 algunos principios de la educación nacional y uno de ellos hace referencia a la integridad, entendida esta como un estado de bienestar del hombre en todos los aspectos que promueven el mejoramiento de la calidad de vida de la persona y de la sociedad.²⁹

En ese sentido, el cumplimiento del derecho a la salud, es indispensable para que este fin se desarrolle y se cumpla; También esta normativa hace referencia en el artículo 6 literal a) que uno de los objetivos de la educación nacionales alcanzar la plenitud integral de la

²⁹ **Recopilación de leyes que regulan la profesión docente y la educación de El Salvador**, ANDES 21 de junio, segunda publicación, El Salvador, 1994, Pág. 13.

persona y esto no se logra si no se tienen cubiertos los derechos sociales básicos como lo es el derecho a la salud.

2.1.3.4 Ley del servicio médico hospitalario para el magisterio y su reglamento.

En El Salvador existen una serie de normativas que desarrollan de una u otra forma los principios constitucionales del derecho a la salud del sector docente.

Dentro de la legislación secundaria que en su contenido desarrolla el cumplimiento del derecho humano de la salud del sector docente se encuentra la ley de servicio médico y hospitalario para el magisterio, publicada en febrero 1968; En esta ley se regulan los mecanismos que el Estado creara para solventar el derecho a la salud del sector docente y su grupo familiar, desarrollando el servicio de asistencia médica y hospitalaria como lo regula el artículo 1 de dicha ley, el cual manifiesta “Crease el servicio de asistencia médica y hospitalaria que en adelante se denominara “el servicio”, en los casos de enfermedad y maternidad a favor de los maestros que trabajan para el Estado en el ramo de educación, para aquellos que trabajan párale Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos y para los maestros jubilados que lo soliciten al departamento de Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación.

Es en dicho artículo 1 de la misma ley, que se regula el alcance de de la atención en salud de los maestros y su núcleo familiar, pues en el segundo inciso señala como se han ido incorporando los miembros de su familia al sistema de protección en salud.

Es en el artículo 2 que se considera como parte del servicio de salud, la administración de medicamentos, lo que es desarrollado por su reglamento, al desarrollar la forma de suministro de los medicamentos a los derechohabientes.

Es de señalar que dicha normativa expresa en el artículo 3 que el sector docente tendrá un hospital o una red específica de atención en el ramo de salud, lo cual en la realidad no tiene una aplicación práctica “El Ministerio de Educación podrá establecer instituciones hospitalarias para maestros, así como contratar con instituciones asistenciales en el país, para la mejor prestación del servicio y contratar los servicios de profesionales médicos para la supervisión de la asistencia médica hospitalaria. En la realidad esto constituye uno de los principales problemas en la prestación del servicio pues no se tiene un hospital propio, sino que la atención se obtiene en la red de hospitales públicos y privados así como todos los servicios de atención de la salud y esto trae como resultado que muchas veces se ven marginados de la atención en estos centros por no ser específicos para este sector; Además muchas veces los productos y la atención que se les brinda no es de calidad por no tener un organismo propio para cumplir con este derecho humano.

Señalamos que también el Estado, queda obligado a tener una política de salud encaminada a controlar la calidad de los productos químicos y farmacéuticos; Así como también de los productos alimenticios y de las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar de los docentes y de toda la población en general.³⁰

³⁰ **Aplicación de las normas internacionales de derechos humanos**, Organización de las Naciones Unidas (ONU), Pág. 64.

El reglamento, establece entre otras cosas los procedimientos para la aplicación de dicha ley, conteniendo las disposiciones básicas para la atención médica del magisterio nacional.

2.1.3.5 Régimen jurídico de creación del Departamento de Bienestar Magisterial

La creación de Bienestar Magisterial fue una consecuencia de la disconformidad de los maestros con el Ministerio de Educación por el servicio de seguro médico.

Bienestar Magisterial se implementó entonces, como una iniciativa del Ministerio de Educación para responder las solicitudes de los sindicatos representantes del magisterio del país. De este modo, los gremios se pueden considerar importantes impulsores y motores de la creación de Bienestar Magisterial. Con su creciente presión consiguieron que dentro del Ministerio del Ramo tomara la decisión de crear un seguro médico para el sector y se formó un equipo de trabajo al respecto.

El sistema de seguridad social de Bienestar Magisterial es una institución del Ministerio de Educación y, por lo tanto, un organismo formal del sector público estatal, que se creó a partir de la publicación de la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio en febrero de 1968, Bienestar Magisterial está registrado y tiene formato legal como ente del sector público estatal. Bienestar Magisterial es una institución del Ministerio de Educación, cartera donde está registrado y de la cual depende en forma exclusiva. Las condiciones jurídicas se definieron en un principio en

el Decreto Ley N° 588 de febrero de 1969 y se ha ido adaptando y precisando a través de las actualizaciones de esta disposición legislativa. No intervienen otras autoridades o ministerios en el funcionamiento de Bienestar Magisterial, y, en particular, no existe ningún vínculo orgánico con el Ministerio de Salud, el cual ha llegado a intervenir últimamente con una actitud de asesoría.

La implementación de Bienestar Magisterial se basó en el dictamen del mencionado Decreto Ley N° 588 de la Asamblea Nacional. Como ente del Ministerio de Educación, el funcionamiento del sistema de seguro médico no dependía ni depende de ninguna clase de licencia explícita. Hasta la fecha, Bienestar Magisterial no dispone de cláusulas y estatutos que regulen las funciones de la dirección o de los afiliados.

A base del decreto ley N° 588 del 22 de febrero de 1968, la Asamblea Legislativa de la República decreta la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio. Posteriormente, esta ley ha sufrido una serie de reformas, puestas en función a base de los DDLL N° 540 (2.6.1972), N° 257 (6.5.1977), N° 533 (2.6.1978), N° 233 (15.5. 1980) y 614 (9.3.1981).

Estas disposiciones legales regulan Bienestar Magisterial en lo que se refiere al funcionamiento y al otorgamiento de los servicios médicos. Respecto de la parte financiera, Bienestar Magisterial aplica las leyes fiscales de la República y las normativas de contabilidad del Ministerio de Educación así como del Ministerio de Hacienda y de la Corte de Cuentas des la República de El Salvador. Como organismo

del Ministerio de Educación, Bienestar Magisterial no está sujeto a ninguna clase de impuestos.

2.1.3.6 Ley de asistencia al magisterio nacional

A diferencia de la Ley servicios médicos y hospitalarios para el magisterio, que en esencia regula la prestación de servicio de asistencia médica a los derechohabientes, la Ley de asistencia al magisterio nacional, creada por decreto legislativo 379 del 6 de julio de 1971, establece la responsabilidad en el departamento de Bienestar Magisterial de asistir a las incapacidades que los derechohabientes enfrenten, estableciendo la forma de autorización y su cobertura.

Esta ley surge en un momento histórico de creación de un marco legal de protección al sector magisterial, al ser aprobada a tres años de la creación del departamento de Bienestar Magisterial.

2.2 Responsabilidad penal de la no asistencia médica

Art. 176.- El que denegare asistencia sanitaria de la que se derivare riesgo grave para las personas, será sancionado con la multa de cincuenta a cien días multa e inhabilitación especial de profesión u oficio de uno a dos años, si el autor realizare actividad médica, paramédica o sanitaria.

El artículo 176 del Código Penal Salvadoreño, relativo a la denegación de asistencia sanitaria, contiene un tipo especial centrado en la denegación de asistencia sanitaria, cuyo contenido de injusto es el mismo que en el artículo precedente del riesgo para la salud de las personas.

Aunque la referencia de asistencia sanitaria puede hacer pensar que es un delito especial impropio, del que solo se pueden ser sujetos activos los profesionales de la sanidad, en realidad, es un delito común, pues no se restringe el círculo de los sujetos activos y solo si realiza actividad médica, paramédica o sanitaria se prevé una pena de inhabilitación.

La conducta típica sigue siendo de omisión, consumándose la misma en el momento en el que se produce la denegación de la asistencia sanitaria, siempre que se derive grave riesgo para la salud de las personas, exigencia ésta que contiene el aspecto valorativo del tipo, que justifica su existencia como delito, mas allá de la simple ineficacia de deberes

2.3 Análisis jurisprudencial del derecho a la salud.

2.3.1 Jurisprudencia nacional.

2.3.1.1 La Responsabilidad del Estado en la protección del derecho a la salud

El derecho a la salud como parte de los derechos humanos esta consagrado en la Constitución de nuestro país en el art. 65 de la sección cuarta, salud publica y asistencia social, que literalmente dice: “La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.”³¹

Sobre la *conexión de esta disposición con el art. 1 Cn. y la sanción punitiva a las conductas lesivas a la salud*: "La Constitución Salvadoreña manifiesta que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público, en el cual las personas y principalmente el Estado están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento, principio recogido en disposiciones tales como los Arts. 1 inciso segundo y 65 Cn; este último artículo fue la base para el desarrollo posterior de algunas leyes como por ejemplo la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas, en cuya exposición de motivos se afirma que tanto el principio constitucional como la ley

³¹ **Constitución de la Republica**, 1983.

secundaria, coinciden en que el bien jurídico que se debe proteger es la salud pública, tomada ésta como un valor que pertenece a la comunidad, inmanente a la idea de convivencia humana, cuyo efecto social afecta a las personas que cometen estos delitos, a su familia y a la comunidad en general, y que en la consecución de esa meta, el Estado debe intervenir logrando la conservación y restablecimiento de la salud de los habitantes, prohibiendo en consecuencia todas las conductas que le sean incompatibles y elevando aquellas más graves, a la categoría de delitos.

Por otra parte, la Corte Suprema de Justicia a través de la sala de lo constitucional establece una serie de jurisprudencia referente al derecho a la salud, que son coadyuvantes para su protección y aplicación, tal es el caso de la sentencia de amparo **348-99 del día cuatro de abril de dos mil uno**, en donde hace referencia sobre la protección al derecho a la salud. En este caso en particular trata sobre la responsabilidad del Estado en garantizar la protección de la salud de los habitantes. Observamos que al igual como lo establecen algunos organismos internacionales como la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** en el caso de la sentencia **332- 99 del 19 de noviembre de 1999** –caso *Villagrán Morales contra el Estado de Guatemala*, el Estado tiene que ser garante de esta protección y eso lo observamos claramente en dicha sentencia cuando la Corte Interamericana de Derechos Humanos falla que el derecho a la vida es un derecho fundamental y que además el derecho a la salud es un complemento de este derecho, y que el Estado como protector de los derechos fundamentales, consecuentemente se encuentra en la obligación de velar por la

protección y efectiva aplicación del derecho a la salud, visto como parte o complemento del derecho a la vida.³²

Es importante el análisis de esta jurisprudencia porque nos aclara el concepto de responsabilidad del Estado como garante del derecho humano a la salud en general y de cada sector en general dentro de ellos el sector docente.

La sentencia **630-2000 del día diecinueve de mayo de dos mil cuatro**, se exime al Estado de esta responsabilidad en cuanto a que se cumplió con el mandato legal en la regulación de la supervisión y control sobre la venta de alcohol, pues se considera que con solo el cumplimiento de una mera supervisión cumple con su responsabilidad lo cual contrasta con la posición de la Corte Interamericana de Derechos Humanos pues ella mantiene que no basta solo un control y supervisión sino que deben de ser efectivos, al grado que deben preservar la salud de los habitantes y lo razona en el apartado de la sentencia en donde expresa que “en razón del carácter fundamental del derecho a la vida no son admisibles enfoques restrictivos del mismo”. Por lo tanto, podemos observar que comparando esta resolución nacional con la postura de este organismo es diferente el razonamiento.

En sentencia pronunciada en proceso de amparo **348-99 del día cuatro de abril de dos mil uno**, se resuelve sobre la protección del derecho a la salud consagrado en la constitución “(...) debe reconocerse en esta que brinda protección a la conservación del derecho a la salud a través de su secretaría conducente; conservación de derechos reconocidos por la misma; deber constitucional de controlar la calidad de los productos

³² **CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS**, sentencia 630-2000, 2004.

químicos, farmacéuticos y veterinarios; establece acciones para evitar que los derechos constitucionales sean vulnerados; establece dos entes con responsabilidades provisionales para la protección de la salud, implica la calidad de los alimentos y bebidas que se venden para el consumo de la población, impone al Estado el deber de controlar la calidad de los productos químicos, otorga competencia al ejecutivo para que brinde protección a la conservación del derecho a la salud. La sala en su decisión exime al Estado Salvadoreño de responsabilidad de la salud y vida de los salvadoreños por haberse cumplido con el mandato legal de la regulación.³³

2.3.1.2 La seguridad social

A nivel nacional, existe una serie de jurisprudencia que va enfocada más que todo a la protección de la seguridad social, es importante señalar la sentencia de inconstitucionalidad **4 – 97 del veintitrés de agosto de mil novecientos noventa y ocho**, donde se alegaba la inconstitucionalidad de la ley del sistema de ahorro para pensiones y las demás reformas a la normativa de la seguridad social. Esta jurisprudencia es importante pues trata de explicar el concepto de seguridad social entendida en todas sus dimensiones y que lo establece nuestra constitución abarcando varios derechos, no exclusivamente el derecho a la salud sino también a tener una previsión tanto social como laboral y que la persona tenga con ello una vida digna.

³³ **SALA DE LO CONSTITUCIONAL**, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SENTENCIA 630-2000, 2001.

La resolución en este caso fue que no se estaba violando el derecho a la seguridad social establecido en la constitución, pues el sistema de ahorro para pensiones es una de las formas como el Estado puede brindar esa seguridad social, hay una relación directa con la temática de los servicios de salud en nuestra investigación pues el Estado a través del servicio de Bienestar Magisterial, presta la atención en salud a los maestros y a su grupo familiar a través de farmacias, clínicas y profesionales particulares designados para cumplir con tales fines lo que en el cumplimiento de sus funciones asignadas se están obligando al cumplimiento del mandato constitucional de la seguridad social y a la protección del derecho a la salud de los derechohabientes. La sala en esta sentencia quiere dar a explicar que el Estado no se desliga de su responsabilidad de seguridad social pues siguen la doctrina del criterio que los servicios públicos pueden ser prestados de forma directa, indirecta y mixta. Por el contrario observamos el caso de la jurisprudencia española específicamente en el proceso **1253 de la sala de lo social del 15 de junio de 1998**, en donde se señala el tema de la seguridad social por parte del Estado que no se le brindo al demandante en el área de las incapacidades. En esta sentencia se declara que el Estado es el responsable directo de la seguridad social para las personas en todos sus ámbitos y tiene que responder cuando no se presta de forma eficiente aunque, tal seguridad social se este brindando por un sistema directo, indirecto ó mixto, esto nos da la idea en el caso de la violación de los servicios médico-hospitalarios y de distribución de medicamentos del sector docente el responsable directo es el Estado en brindar esta seguridad social de atención en salud de este sector. Otro ejemplo de la jurisdicción española respecto al tema de la seguridad social que

contrasta con las resoluciones de nuestra jurisprudencia nacional es la planteada en la demanda **2232 de la sala de lo social del 15 de octubre de 1999**, presentada por la existencia de un seguro de carácter privativo, en este caso se responsabilizo al Estado en brindar atención en salud y servicios sanitarios al ciudadano y no importo si tenían un seguro privado opcional. Es importante analizar estas jurisprudencias pues observamos que sus razonamientos doctrinarios contrastan muchas veces con la jurisprudencia nacional.

También dentro de la jurisprudencia nacional mencionamos el caso de la demanda de amparo **13-V-96, de las once horas del día veintidós de agosto de mil novecientos noventa y seis**, contra el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) por no cubrir los gastos hospitalarios del impetrante como consecuencia de un accidente de trabajo, aquí se vislumbra el derecho de protección que debe tener todo derechohabiente por parte del Estado, es importante hablar de esta protección en cuanto a que el Estado muchas veces no cumple con esta función. En este caso la sala resolvió improcedente el amparo por considerar que no se le violo el derecho a la salud al impetrante.³⁴

³⁴ **DEMANDA DE AMPARO 13-V-96**, agosto de mil novecientos noventa y seis, contra el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

2.3.13 La calidad de los servicios de salud

Es de señalar que no nos referimos únicamente a un servicio de salud sino también a que este debe ser de calidad y es lo que en la sentencia mencionada en el apartado anterior no se ha valorado y comparada con algunas otras jurisprudencias por ejemplo el caso de la jurisprudencia costarricense en la resolución **2522 de mil novecientos noventa y siete**, estableció que es un derecho de todos los hombres una atención de salud de calidad pues es conexo con el derecho a la vida y es responsabilidad del Estado su cumplimiento, dándonos la idea de que el derecho a la salud es un derecho humano muy importante y que debe de ser prestado de forma eficiente. Esto también tiene relación con la sentencia pronunciada en el proceso de amparo **348-99 del día cuatro de abril de dos mil uno**, ante la Sala de lo Constitucional salvadoreña, donde se reclama una atención y medicamentos necesarios para la protección del agraviado por parte del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

Aquí volvemos a mencionar el concepto de atención de calidad en salud lo cual a sido punto de discusión en esta investigación, estas resoluciones nos hacen comprender que no son lo mismo una atención en salud y una atención de calidad en la salud de los habitantes, en esta sentencia los señores magistrados se pronunciaron en que “se violentaron los derechos constitucionales por el Estado por no cumplir con la protección y conservación de la vida humana”, es importante mencionar que el servicio de salud debe ser brindado para búsqueda de mejoras en condiciones de vida mínima a que todas las personas tienen derecho. Esta resolución podemos compararla con el criterio que

maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define el derecho a la salud como “el estado de bienestar físico”, de una manera amplia y que conlleva a brindar a las personas las condiciones necesarias para que dicho estado de bienestar se mantenga aun en aquellos casos como los antes mencionados brindando tratamiento que busque dicha condición a la que siguen teniendo derecho. La obligación del Estado respecto al derecho de la vida que toda persona tiene, consiste en proveer los medios para conservarla y defenderla en este caso el tratamiento mencionado.

Entonces se concluye sobre la base de esa resolución y siguiendo el criterio que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fundamentada en nuestra investigación, que la protección de la salud es considerada entonces como complemento necesario de la conservación del derecho a la vida que debe protegerse desde su integridad y no pensarse que es violado simplemente por una acción u omisión que lleve a la pérdida de esta.

2.3.2 Jurisprudencia internacional.

En cuanto a la problemática de la salud del sector docente y para comprender mejor la situación en cuanto al sistema de Bienestar Magisterial es necesario analizar algunos puntos de vista de organismos internacionales y algunas sentencias pronunciadas por algunos países, que enmarcan un panorama muchas veces distintas con algunas resoluciones en nuestro medio respecto al derecho a la salud en general.

Es entonces que para organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el término salud como no solo la ausencia de enfermedad sino también como el estado de bienestar psicológico y social del individuo y de la colectividad. Como podemos observar esta definición es muy amplia y lo importante de esto es que da una idea de que el derecho a la salud es integral, no solo una atención en salud sino una atención de calidad que vele por el bienestar general. Esta definición sirve de base para que algunas resoluciones en el ámbito internacional en cuanto al derecho a la salud se apeguen a lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define; por ejemplo mencionamos la jurisprudencia costarricense en donde observamos que el derecho a la salud esta en íntima relación con el derecho a la vida.

2.3.2.1 Jurisprudencia costarricense

En cuanto a la jurisprudencia costarricense específicamente podemos mencionar lo establecido en la resolución **2522 de mil novecientos noventa y siete**, en donde claramente establece que todos los hombres tienen el derecho de ser personas sanas y vivir en un ambiente saludable que gocen de condiciones físicas mentales y sociales de buena calidad. Como observamos esta resolución de la sala constitucional costarricense basa su decisión en la protección del derecho a la salud en general, siguiendo el criterio

de un bienestar físico mental y social y considera al Estado como el responsable para su cumplimiento.³⁵

Mencionamos también la resolución de la causa **7665-23-99, de la defensoría de los habitantes del ocho de diciembre de mil novecientos noventa y nueve**, como otro ejemplo de la jurisprudencia costarricense el cual destaca que se ha superado la idea sugerida al bienestar físico, psíquico ó social, tampoco es ya un resultado biológico, la salud es un producto social y por lo tanto dinámico; desde esta perspectiva la salud viene a ser el resultado de determinantes como la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y en la mayoría de los casos los estilos de vida. Esta resolución esta en armonía con el derecho a la vida por que ese derecho implica que no se protege solo la existencia biológica sino también aspectos relacionados con ella, ya que sin el derecho a la vida los demás serian inútiles.

Estas posiciones jurisprudenciales y los fallos que se han emitido contrastan en su argumentación muchas veces con algunas resoluciones de la jurisprudencia en nuestro país tal es el caso de la sentencia de Amparo **630-2000 del diecinueve de mayo del dos mil cuatro**, dictada por la sala de lo constitucional cuando se demando al Estado por las muertes de ciudadanos por el consumo de alcohol etílico en donde la sala eximia de responsabilidad al Estado por considerar que si cumplió con su deber de supervisión por haber realizado algunos controles pero a criterio de estas resoluciones internacionales esos controles no bastan si con ellos no se logra el bienestar físico psicológico y social

³⁵ *Sala Constitucional Costarricense, Resolución 2522, 1997.*

del individuo por lo tanto el concepto de responsabilidad del Estado en estas resoluciones ha sido diferente.

2.3.2.2 Opiniones consultivas

Analizamos también la opinión consultiva sobre la responsabilidad del Estado de velar por la salud de sus habitantes según la opinión consultiva de la corte internacional de justicia sobre un pronunciamiento de la licitud del empleo de armas nucleares.

La corte en este caso opino sobre la necesidad de proteger el derecho a la vida, la salud y el medio ambiente, prohibiendo la utilización de armas nucleares, donde los Estados juegan un papel indispensable en la regulación de dichas prácticas.

Estas opiniones consultivas tienen relación con la problemática del derecho a la salud que aquí estamos tratando en el sentido que la corte internacional de justicia señala a los Estados como obligados a regular todas aquellas conductas que atenten contra la salud física mental de la población y su medio ambiente, posición que en caso Salvadoreño difieren grandemente.

2.3.2.3 Jurisprudencia española

Por ultimo señalamos algunos casos de la jurisprudencia española en donde se explica en sus resoluciones lo que es la responsabilidad del Estado en cuanto a la salud y seguridad social.

En primer lugar señalamos la sentencia **1284 de la sala de lo social española del quince de junio del año de mil novecientos noventa y ocho**, en donde se reclama al estado por un subsidio de incapacidad que la persona no percibió durante un tiempo. Lo importante de analizar en la respectiva sentencia es la posición de la sala en cuanto a la responsabilidad del Estado en la seguridad social de las personas y fallo en el sentido que se violentaron los derechos constitucionales de seguridad social del ciudadano.³⁶

Este fallo de la jurisprudencia española contrasta con algunos fallos jurisprudenciales nacionales como por ejemplo el caso del amparo **13-V-96, de las once horas del día veintidós de agosto de mil novecientos noventa y seis**, ante la sala de lo constitucional sobre la negativa del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de pagar los gastos hospitalarios de un trabajador en un accidente de trabajo o la sentencia de inconstitucionalidad **4-97 dictada el veintitrés de agosto de mil novecientos noventa y ocho**, sobre la ley del sistema de ahorro para pensiones, en estos dos casos la sala de lo constitucional Salvadoreño fallo en que el estado si cumple con el derecho a la seguridad

³⁶ **Sala De Lo Social Española**, Sentencia 1284, 1998.

social establecido en la constitución pues establece mecanismos para tal fin, resolución muy distinta a los casos de la jurisprudencia española citados.

Esto nos da la idea que el concepto de seguridad social lo entienden de diferente forma y varía respecto a la jurisprudencia nacional con otros Estados como es el caso de la posición española, costarricense y algunos organismos internacionales.

Otro ejemplo sobre casos de seguridad social española es el caso de la sentencia **2243 del diecisiete de marzo del año de mil novecientos noventa y nueve**, sobre un derecho de jubilación que se interpuso ante la sala de lo social española, aquí lo que se pedía es una revalorización en el porcentaje de pensiones pues el demandante señaló que se le violentaron sus derechos a una seguridad social de jubilación por parte del Estado. Lo importante de esta resolución es que el derecho a la seguridad social es igualitario para todas las personas y declaro que se violento el derecho a esa seguridad social del ciudadano, y señala además que la seguridad social de parte del Estado abarca varios aspectos como jubilación, trabajo, incapacidad y salud.

Así podemos señalar otras resoluciones de la jurisdicción española en donde se visualiza claramente esas responsabilidades del estado de brindar esa seguridad social a las personas; mencionamos el caso de la demanda **2556 del día veinticinco de agosto**

de mil novecientos noventa y ocho, planteada en contra del Estado por la violación al derecho a la salud de un ciudadano por que éste tenía un seguro privado en este caso se señala que es responsabilidad directa del estado la prestación de servicios sanitarios públicos de salud obligando a este a cumplir con su mandato constitucional.

En nuestra jurisprudencia son muy pocos los casos que se a fallado en contra del Estado por la violación de esta seguridad social y la atención en salud de las personas.³⁷

³⁷ ***Sala De Lo Social Española***, Sentencia 2556, 1998.

CAPITULO III

PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD DEL MAGISTERIO NACIONAL.

3.1 Los docentes y la Salud

La problemática del acceso a la salud, en nuestro país se ha generalizado en todos los sectores de trabajadores y empleados estatales y privados. Dentro de estos, encontramos al sector docente como un estrato poblacional, que demanda este servicio de salud y que junto con su núcleo familiar, muchas veces se encuentran desprotegidos en el área de servicios médico hospitalario y en la obtención de medicamentos.

La falta de acceso a una atención en salud de calidad para el sector de los docentes, específicamente en cuanto a la obtención de medicamentos, ha sido punto de discusión entre los gremios de docentes como ANDES 21 de junio y Bases Magisteriales, las autoridades del Ministerio de Educación y los docentes en general, desde la misma creación del sistema de protección de este grupo.³⁸

En la década de 1970, se decretan varias reformas a la **Ley del Servicio Médico Hospitalario para el magisterio** para ampliar la cobertura del servicio de salud hacia

³⁸ **FUNDAUNGO**, *El servicio médico hospitalario para el magisterio*, primera edición, San Salvador, El Salvador, 1995.

los maestros que trabajaban al servicio del Instituto Salvadoreño de rehabilitación de inválidos y a los maestros jubilados que así lo solicitaren. Esta ampliación se concreta en 1977 con lo cual estos segmentos del sector docente son atendidos en el sistema de salud que se organiza a favor de este sector.

Con el transcurso del tiempo los gremios del sector docente lograron la aprobación para que el servicio de salud fuere prestado a las familias de los maestros, lo cual se logro gradualmente primero, incorporando a los hijos menores de doce años y después a todos los hijos menores de dieciocho años hasta llegar a los hijos solteros menores de veintiún años y al cónyuge del maestro.

El acceso a los servicios de salud esta restringido hacia aquellos maestros cotizantes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social por prestar sus servicios en el sector privado, como podemos observar, si bien se ha obtenido una ampliación del servicio hacia el maestro y su familia, existen algunas restricciones como la edad, la condición laboral, etc. en el caso que no se permite que un maestro cotice a otro sistema y obtenga servicio de parte del departamento de Bienestar Magisterial.³⁹

En cuanto al cónyuge del maestro activo y que no es maestro, solamente se le presta el servicio de salud cuando no se encuentra cubierto por ningún otro sistema de salud.⁴⁰

Otro indicador de la falta de acceso de los docentes y su núcleo familiar al sistema de salud de Bienestar Magisterial, es la poca capacidad del sistema de atender la

³⁹ **FUNDAUNGO**, *Diagnostico del servicio medico hospitalario del magisterio*, primera edición, San Salvador, El Salvador, 1997.

⁴⁰ **Id idem**.

demanda de este sector y esto, aunado a que la evolución de la población usuaria ha ido en aumento a través de los últimos años con una tasa de crecimiento anual promedio del seis por ciento, esto constituye un grave problema en cuanto el sistema no logra cubrir las necesidades de este grupo social.

Según datos del Ministerio de Educación la afiliación respectiva para octubre del 2005, corresponde a noventa y seis mil maestros con sus respectivos beneficiarios, no obstante es importante señalar que no todos los maestros están cubiertos por este servicio, pues se excluyen por ley los cotizantes del Instituto Salvadoreño del seguro social y además existen alrededor de siete mil jubilados pero no todos piden su incorporación al sistema.⁴¹

Al hablar de la falta de acceso al sistema de Bienestar Magisterial, es mayor el problema en la región central, representando el 60.24% del total de usuarios. En la región oriental un 22.75% y en la occidental un 17%.

Esta demanda de servicio médico hospitalario constituye un serio problema, pues en un plan de prestaciones como las que posee el magisterio, es importante analizar las posibilidades del sistema para ofrecer los servicios que se demandan, que en el caso de Bienestar Magisterial es insuficiente en cuanto al número de médicos, hospitales, farmacia y laboratorios contratados para la demanda de atención de los maestros y sus familias

En relación a la cantidad de demanda del servicio es de señalar que actualmente hay 371 médicos generales, sicólogos, odontólogos, especialistas y sub-especialistas

⁴¹ **El Diario de Hoy**, domingo 13 de noviembre de 2005, Págs. 2 y 3.

contratados, la mayoría en el área central, específicamente en el Departamento de San Salvador.

En cuanto al personal médicos existen actualmente contratados, muy pocos en relación a la población de personas que requiere el servicio al igual que programas de atención de salud, en el magisterio, también se presenta insuficiencia en los servicios de primer nivel.⁴²

Por último otro elemento que señalamos y que influye en el problema de la falta de acceso del sector docente a la salud en este sistema, es el aporte económico que el Estado brinda, pues en la ley de servicios médicos – hospitalarios para el magisterio se establecen el porcentaje de cotización de parte del maestro y que el Estado cubrirá la diferencia que fuere necesario para la total prestación del servicio de salud para los docentes y sus familias con los recursos presupuestados en el ramo de educación, los cuales son insuficientes y esto hace que muchos maestros y sus familias no alcancen a obtener el servicio. Esto ocurre pues no hay otra fuente de financiamiento que las cotizaciones de maestros activos y jubilados que deseen continuar cotizando al sistema, y el presupuesto que el Estado asigna a Bienestar Magisterial anualmente.

Con el transcurso del tiempo estas dos únicas fuentes de financiamiento del sistema de salud de Bienestar Magisterial ya no alcanzan a solventar el acceso de toda la población beneficiada por el programa. A partir de 1994 se viene arrastrando un déficit del servicio médico – hospitalario y de medicamentos que con el transcurso de los años

⁴² **MEZA Lago, Carmelo**, *El Salvador, diagnóstico y propuesta de reforma de seguridad social*, San Salvador, FUNDAUNGO, segunda edición, diciembre 1994.

se va haciendo más grande al grado que en la actualidad, el buscarle una salida a corto plazo colapsan en su totalidad y esto trae consigo graves repercusiones para el sector docente en cuanto al acceso a los servicios salud y medicamentos y en el ejercicio del derecho a la salud ya que se convierte en un obstáculo para que este pueda garantizarse a plenitud ya que es un derecho esencial para los seres humanos.

3.2 Déficit presupuestario en la asignación de recursos financieros

Para entender la problemática actual del sistema de Bienestar Magisterial, es necesario analizar el elemento financiero como un aspecto fundamental para superar la crisis generada en el sistema de salud del sector docente.

En primer lugar señalamos que los ingresos con que se financia este programa que como mencionamos anteriormente son las aportaciones de los cotizantes maestros y el Estado, no son suficientes para cubrir los egresos que requiere el servicio a pesar que los ingresos del sistema han crecido constantemente desde 1990, los egresos han crecido en términos generales más aceleradamente, generando un problema y un desequilibrio del sistema cada vez más agudo.

Es a partir de la década de los noventa en que este déficit comenzó a ser más profundo, para el caso de los ingresos crecían en un 2.1% y los egresos en un 46%. De este modo se van arrastrando deudas e incrementando con déficit sucesivos hasta la fecha.

Actualmente, la contratación de hospitales se constituye en el primer rubro, pasando a ocupar la primera fuente de gastos del sistema. Es de señalar que se actúa de dos modalidades de contratación, el sector público y privado, siendo los hospitales privados la mayor fuente de erogación de fondos del sistema.

A finales de la década de los noventa se contaba con un déficit de servicios médico – hospitalario y de medicamentos que superaba los cincuenta millones de colones. Esto origino deudas con los proveedores de servicios, materiales y medicamentos contenidos desde 1990.

Ante esta situación, se enfrentan dos grandes retos, la necesidad de responder a la demanda creciente de servicio actual y futura con fondos insuficientes y, las obligaciones contraídas que constituyen el déficit acumulado hasta la fecha.

Las causas de ésta problemática han sido diversidad de factores, tanto económicos, sociales como políticos e ideológicos unos propios del programa tanto del sistema adoptado para prestar el servicio médico – hospitalario como de su administración, y otros fuera del sistema como los impuestos y la inflación.

Existe un serie de factores que inciden sobre el equilibrio financiero del sistema y de sus sostenimiento en el tiempo, que probablemente sean de difícil cuantificación, pero que podrían representar un mayor impacto del que tienen variables como los precios e impuestos, y sobre todo, con posibilidades de haber sido controladas.

El sistema adoptado para la prestación del servicio se basa en un financiamiento sobre la marcha, de modo que los egresos de cada período son financiados completamente con los ingresos del mismo, los beneficios los recibe todo el que lo

demanda, independientemente de su frecuencia, requerimientos y grado de aportación al sistema. No obstante, en todo sistema es preciso hacer evaluaciones financieras que en cada una de las épocas en que se extendió la cobertura a más beneficiarios del programa, o cuando se alargó la lista de prestaciones, haya determinado también la cuantía en que debía aportarse al mismo; desde sus inicios al servicio se ha cotizado por parte de los docentes el 2% del sueldo o pensión, es decir por más de 25 años, y desde hace 12 años se aportan \$7.43 para las prestaciones de la familia del maestro, independientemente de su composición y frecuencia en el uso de los servicios.

En síntesis, hay una deficiente correlación entre los beneficios y el esfuerzo contribuido del sector magisterial, habiéndose dado modificaciones a la cobertura y al plan de prestaciones, sin el correspondiente financiamiento.

El Estado no puede presupuestar a priori todos los recursos financieros que demandará un servicio que aún no ha sido prestado, dado que según la ley, al Estado le corresponde aportar la diferencia entre el total de egresos anuales y los ingresos o cotizaciones de los maestros. La Ley de servicios médicos hospitalarios para el magisterio deja una responsabilidad demasiado amplia en ese sentido.

De la configuración del sistema se deriva una demanda de servicios crecientes, tanto por el mayor número de beneficiarios como por el uso inadecuado de los servicios de consulta externa, en medicina general, especializada y de emergencias por parte de los usuarios.

A pesar de que el Reglamento de la Ley de servicios médicos hospitalarios para el magisterio dispone que antes de proceder a contratar cualquier servicio, el Comité

Técnico comprobará la necesidad del mismo y la existencia de fondos provenientes de cotizaciones y asignaciones presupuestarias, se ha presentado un incremento de la contratación de los servicios sin contar con los recursos necesarios para su financiamiento

Señalamos también que administrativamente, ha habido un control inadecuado de carnetización y del derecho a la prestación del servicio, no hay una supervisión en el uso del carné ni de su retiro cuando el usuario deja de cotizar; en términos generales, no existen mecanismos de control para evitar el mal uso de las prestaciones, las conductas oportunistas de los administradores, los prestadores de servicios y los usuarios.

Entre las causas de mayor efecto, se encuentran esas deficiencias administrativas relacionadas con la compra y distribución de medicamentos, la contratación de hospitales y servicios médicos, así como la supervisión de los mismos.

Adicionalmente, causas secundarias de la crisis son el incremento en los precios de los medicamentos, tarifas de servicios hospitalarios y exámenes de laboratorio clínico y gabinete el cual es estimado en Bienestar Magisterial en un 30% anual aproximadamente; así el mismo, incremento de aranceles por año que se ha cuantificado entre ¢1.3 millones y ¢3.2 millones; y el IVA.

3.3 Supervisión institucional en el sistema de salud de los docentes

Es de señalar que en 1968, año en que se decreto la Ley del Servicio Médico Hospitalario para el Magisterio, se creó la Dirección de Bienestar Magisterial como organismo encargado de administrar los programas encaminados a promover el bienestar de los maestros activos al servicio de la educación pública, así como a su cónyuge e hijos dependientes, y a los maestros jubilados. En tal sentido, Bienestar Magisterial es la unidad organizativa del Ministerio de Educación responsable de planear, organizar y administrar las prestaciones sociales que se proporcionan al magisterio.

Durante 1993, la Dirección de Bienestar Magisterial funcionó con un total de 166 personas, 15 desempeñándose en la Dirección Nacional, general o Regional; 74 técnicos y profesionales administrativos y 24 de servicios.

En la década de los noventa, la estructura organizativa de dicha dirección contaba con una Dirección Nacional, y dos Regionales, una unidad de Asesoría Jurídica, Auditoría Interna y cuatro Departamentos con sus respectivas secciones; el departamento de Servicio Médico – Hospitalario, Departamento de Promoción y Recreación Social, Departamento de Planificación y Departamentos de Servicio Administrativos.

Con la estructuración operada por la Secretaría General del Ministerio de Educación (MINED), Bienestar Magisterial ha pasado a ser un Departamento Nacional de Administración con la que mantiene una estrecha coordinación en la planeación,

ejecución y seguimiento de las actividades del programa. En términos presupuestarios, los recursos destinados al servicio médico hospitalario se encuentran aprovisionados y figuran clasificados como un propósito dentro de la línea de trabajo administrativo general.

Hasta el año 1995 el Presupuesto de Bienestar Magisterial se programaba como un subprograma específico con sus objetivos, acciones, asignaciones presupuestarias por clase de gastos y metas. Esta presentación del presupuesto, permitiría un manejo más flexible en términos de procedimientos y trámites y un mejor registro contable de los gastos ejecutados. Dentro de los principales departamentos de control institucional mencionamos los siguientes:

3.3.1 Departamento de Afiliación

Una de las unidades claves de la institución, sin lugar a dudas, es afiliación y registro. Su función principal es garantizar una adecuada carnetización y afiliación; sin embargo, el descuido y hasta cierto punto el abandono en que se encuentra esta área, no solo se refleja en la forma de llevar los expedientes de los usuarios sino también en la debilidad y deficiencia de los registros y controles y además en el tipo de estadísticas que producen. Con las funciones generales siguientes:

1. Proporcionar información a los maestros y su grupo familiar sobre requerimientos en la entrega de carné

2. Afiliar al maestro y su grupo familiar a los servicios médicos hospitalarios a través de la extensión de carné
3. Archivar y custodiar los documentos que requieren la afiliación
4. Extender solvencia de jubilación y solvencias para familiares de maestros fallecidos
5. Llevar control diario de documentos entregados
6. Además, los niveles de salarios son bajos y desmotivan al personal.

3.3.2 Departamento servicio médico – hospitalario

Función general: Es el departamento encargado de proporcionar atención médica hospitalaria al maestro y su grupo familiar, representado a la Dirección de Bienestar Magisterial en el Sector Salud. Le corresponde ejercer la coordinación de la supervisión o auditoria médica del programa.⁴³ Tiene dentro de sus atribuciones proveer atención médico hospitalaria al maestro y su grupo familiar, por medio de la contratación de servicio médicos profesionales, hospitales, farmacias, laboratorios y otros centros asistenciales especializados en el país.

⁴³ **Diagnostico del servicio medico hospitalario del magisterio**, equipo de investigación FUNDAUNGO, primera edición, El Salvador 1997.

3.3.3 Unidad de botiquín magisterial

El botiquín Magisterial como unidad de la Dirección, constituye un conjunto de recursos materiales y humanos organizados de tal manera que pueda cumplir de forma eficiente el despacho de medicamentos a maestros y beneficiarios del Servicio Médico Hospitalario. Dentro de sus funciones generales están:

1. Suministrar en forma profesional, los medicamentos prescrito a los usuarios de este servicio, cumpliendo con los requerimientos establecidos en cada una de las recetas
2. Mejorar y ampliar la cobertura en el área de Salud para el Magisterio
3. Disminuir el costo unitario de adquisición de medicamentos
4. Garantizar en cantidad y calidad, el medicamento prescrito de conformidad al cuadro básico.

3.4 El sector docente y la problemática actual.

El funcionamiento del servicio de salud que presta Bienestar Magisterial ha sido en el transcurso del tiempo objeto de una serie de problemas y contradicciones que afectan el sistema de salud actual de este sector. Los procesos que rigen las prestaciones médicas, los problemas de gerencia, eficiencia y eficacia, los mecanismos de control sobre la utilización, contabilidad de los costos y todas las estadísticas de las prestaciones, están inmersos en una serie de problemas estructurales que se han venido desarrollando a través del tiempo. Ejemplos de estos problemas son los siguientes:

3.4.1 Mala afiliación y registro de maestros en el sistema.

Uno de los problemas más sensibles del sistema de Bienestar Magisterial es en cuanto a la afiliación de los profesores cuando ingresan al sistema. El derecho al servicio de salud lo genera el hecho de contar con el carné de afiliación, con esto se logra la calidad de sujeto de prestaciones.

De acuerdo a estudios realizados se puede constatar que no existe una adecuada afiliación y registro de los usuarios, se ha dado el caso de la existencia de personas que no siendo cotizantes, portan carné de Bienestar Magisterial y hacen uso de los servicios. Tampoco hay conciencia y responsabilidad por parte de los usuarios de devolver los carné cuando los hijos cumplen los 21 años. El reglamento contiene infracciones y sanciones que van desde la suspensión de los servicios hasta la pérdida de los derechos de los usuarios y al cobro judicial por parte de la fiscalía para los costos ocasionados⁴⁴

Con el objeto de encontrar una solución a esta problemática, es necesario comprender en primer lugar que se necesitan mecanismos para ordenar y garantizar un mejor control de los usuarios de este servicio, a través de la depuración de los expedientes y la generación de una base de datos informatizada, la cual permita el intercambio de información con otras instituciones que tienen que ver con la prestación del servicio de salud, para verificar si se encuentran afiliados a otros programas de salud. Sumado a todo lo anterior se encuentra la falta de datos estadísticos concretos sobre el número de cotizantes actuales y de su núcleo familiar que hace uso del sistema.

⁴⁴ **Servicio medico hospitalario para el magisterio.**

Es de señalar la importancia de una modernización del registro, ya que, actualmente se utiliza el sistema manual, los expedientes a penas están ordenados por apellido y no existe una política de actualización y depuración de expedientes.

También es necesario señalar que las condiciones físicas, humanas y los recursos materiales en el sistema de salud de Bienestar Magisterial se encuentran en pésimas condiciones. Posiblemente este descuido se deba al desconocimiento de la importancia de un sistema de control modernizado para un mejor funcionamiento del sistema de salud.

3.4.2 Procedimiento para el uso de los servicios.

El uso de los servicios del programa de Bienestar Magisterial es distinto en relación a la accesibilidad de cada uno de ellos. Esto conlleva a una diferenciación entre cada uno de los servicios que presta el sistema.

En primer lugar, el servicio de consulta con médicos generales; los requisitos para hacer uso de este servicio son bastante prácticos, por lo general no se necesita de ningún trámite, el cotizante únicamente se presenta con su carné para identificarse como cotizante del servicio y el médico se limita a verificar los datos del usuario.

En el caso de la prestación de servicios de un especialista, el mecanismo es diferente; el usuario tiene que ser remitido por un médico general y la mayoría de las veces debido a la saturación de pacientes la consulta se hace por medio de citas preestablecidas.

Desde el surgimiento del sistema de Bienestar Magisterial, este ha cubierto parcialmente las necesidades de salud de los maestros y sus familias, debido a las deficiencias en la prestación de algunos de sus servicios, por ejemplo, en su reglamento no se autoriza el pago para la obtención de aparatos de prótesis, lentes, sillas de ruedas, muletas, etc., por lo que este tipo de necesidades deben ser solventadas por cuenta del usuario.

3.4.3 La falta de supervisión y auditoría médica de los usuarios del servicio.

El programa de salud del magisterio es un sistema con características abiertas, puede catalogarse de bajo precio y esto conlleva a un exceso de costos en el servicio, el cual, adolece de controles apropiados no solo en la prestación de los servicios, sino también, no ejerce un adecuado control de las empresas encargadas del suministro de medicamentos, por no existir una unidad especializada que realice las labores de supervisión médica.

En estas circunstancias, no se puede garantizar que los aspectos señalados anteriormente se puedan controlar con la actual administración de Bienestar Magisterial, por ejemplo, aun con todas las limitaciones y deficiencias el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), cuenta con supervisores médicos para los hospitales, las unidades de salud, unidades periféricas y comunales, para la medicina preventiva y curativa y para la epidemiológica.

El problema central en cuanto a las prestaciones de servicios del departamento Médico de Bienestar Magisterial, es que no se cuenta con suficientes profesionales para llevar una buena supervisión y auditoría médica, además del hecho de no poseer un sistema de contabilidad, recolección y almacenamiento de estadísticas sobre las prestaciones.

En términos, concretos la unidad de servicios médicos no posee el porcentaje de recursos humanos y materiales necesarios para su adecuado funcionamiento, sin embargo, la supervisión y el control médico deben ser utilizados como mecanismos que generen eficacia, calidad y transparencia en la utilización de todos los recursos disponibles.

CAPITULO IV

REALIDAD DEL ACCESO A LA SALUD DE LOS DOCENTES PÚBLICOS.

4.1 Generalidades de la encuesta

La encuesta sobre la temática, dirigida a los derechohabientes del sistema de salud del departamento de Bienestar Magisterial, fue realizada entre el 1 al 15 de noviembre de 2005, por los integrantes de el grupo de trabajo de investigación.

La encuesta fue dirigida a docentes de dos municipios del departamento de San Salvador, tomando como representativos uno –Nejapa– en la zona rural y otro –Delgado– de la zona Metropolitana de éste departamento.

El propósito de la encuesta era investigar cual es la percepción de los derechohabientes respecto a la satisfacción o no sobre el acceso a los medicamentos en el sistema de salud en estudio.

La primera parte de la encuesta fue utilizada para la obtención de información general sobre los derechohabientes, respecto a sus datos generales, para lo que se les hizo preguntas relativas a sus edades, domicilio, estado familiar, numero de beneficiarios de su familia entre otra información. Cabe mencionar que ni en esta sección ni en las demás de la encuesta, se les pregunto el nombre o algún dato que

individualizara a los encuestados, quienes en algunos casos se negaron desde proporcionar respuestas tan simples como su edad, hasta dejar casi en limpio esta sección contestando solamente su lugar de trabajo o tiempo de laborar como docente.

En la segunda parte, se preguntó sobre cantidades de veces que éstos se avocaron al sistema para solicitar atención, asistencia a ésta, las causas que le hicieron asistir como la obtención de medicamentos.

La tercera parte contenía preguntas orientadas a evaluar la sensación de satisfacción de servicio de salud brindado por el sistema de Bienestar Magisterial.

a. Municipios muestra

La muestra para la recopilación de datos con las entrevistas, se realizó escogiéndose del total de docentes a nivel nacional, lo cual asciende a 96,000 maestros, con sus respectivas familias, por lo que se determinó encuestar a los docentes afiliados directamente y no a los miembros de su familia. Otro grupo de derechohabientes del sistema de salud que no es tomado en cuenta es el de los maestros jubilados, quienes no son parte de nuestra investigación.

4.1.1 Nejapa

Con una cantidad de 177 maestros, el municipio de Nejapa que cuenta con 34,680 habitantes, contiene una cantidad pequeña de docentes, comparado con municipios con mayor población habitacional.⁴⁵

4.1.2 Delgado

Delgado es un municipio de la zona metropolitana de San Salvador con 167196 habitantes, que cuenta con 316 maestros distribuidos en 19 centros escolares e institutos de educación media, que atiende a población estudiantil, en un municipio con una alta densidad poblacional y que en su mayoría pertenece a clase baja.

La población estudiantil en éste municipio en su gran mayoría recibe su educación en las instituciones ahí domiciliadas, aun estando geográficamente próximo a la capital, ya que existen instituciones educativas publicas y privadas que dan el servicio de educación a éstos en lugares dispersos del municipio.⁴⁶

⁴⁵ **Entrevista con Director de Centro Escolar José Matías Delgado**, 14 de Noviembre de 2005.

⁴⁶ **Entrevista a Subdirectora de Complejo Educativo José Matías Delgado**, Profesora Rhina del Carmen Ayala. 2 de Diciembre de 2005.

4.2 Formula para la toma de muestra

De los datos que se obtuvieron sobre la cantidad de derechohabientes y en base a las formulas de toma de muestra que Raúl Rojas Soriano⁴⁷, propone, nosotros tomamos la de muestra infinita de la siguiente forma:

Población total: 96,000

Población en el municipio de Delgado: 316

Población en el municipio Nejapa: 177

N: $\frac{Z^2pq}{n}$ con un margen de error del 5%

n_2

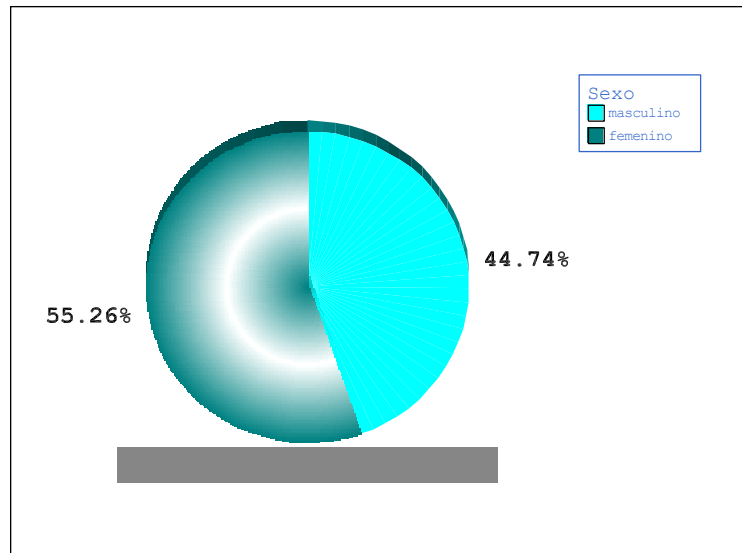
4.3 Información general de los encuestados

Que da como resultado: 493 como población muestra del total, del que se toma un 10%; o sea 37 docentes, divididos entre los dos municipios seleccionados, representando el 100% de la población de estudio. El 55.26 por ciento de los encuestados pertenece al sexo masculino y el 44.74 corresponde al sexo femenino (ver Gráfico 1).

⁴⁷ ROJAS Soriano, Raúl, Guía para Realizar Investigaciones Sociales, edición 38, Méjico. Imprenta universitaria, 1996, Pág. 121.

Gráfico 1

Sexo de los encuestados



De acuerdo a los resultados obtenidos en los municipios seleccionados, observamos la misma insatisfacción en cuanto a la prestación del servicio en ambos sexos, dándonos un parámetro para determinar que la obtención de medicamentos para uno u otro sexo es deficiente.

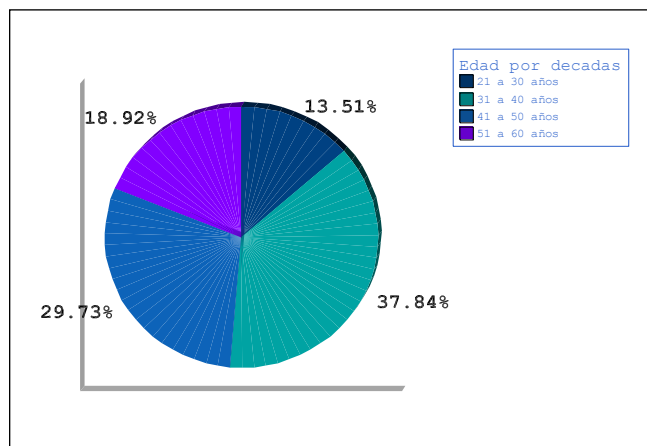
Observamos que en estos municipios seleccionados el porcentaje de mujeres que labora es menor aun cuando a nivel nacional predomina el sexo femenino en este campo laboral.

La mayor parte de los encuestados tienen edades que oscilan entre los 31 y los 40 años de edad (ver gráfico 2) con un 37.84 por ciento, seguido de un 29.73 por ciento de ellos en edades de entre 51 y 60 años. Esto es importante pues nos refleja que existe

una diferencia en la edad de los pacientes y por lo tanto los tratamientos y medicamentos son distintos, pero la problemática es generalizada en uno u otro caso.

Gráfico 2

Edad de los encuestados por década

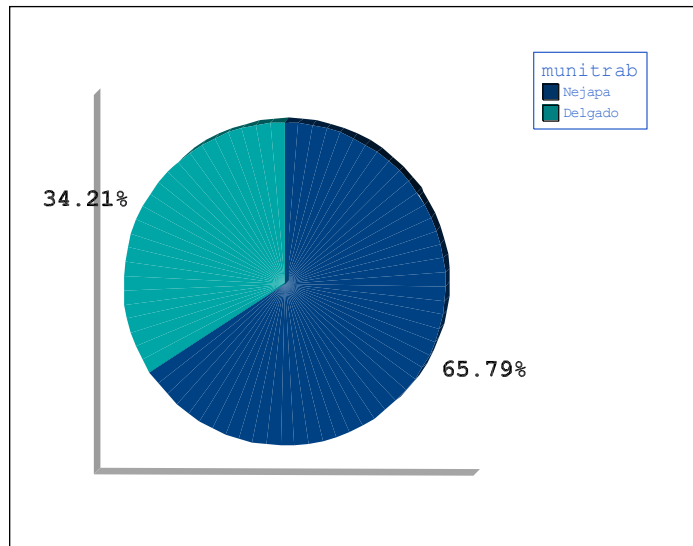


La distribución final de la muestra según municipios puede verse en el Cuadro 3 donde el 34.21 por ciento de los encuestados reside en el municipio de Nejapa y el 65.79 por ciento reside en el municipio de Delgado (ver Grafico 3).

Los municipios fueron escogidos del Departamento de San Salvador (2) con diferencia entre ellos de pertenecer a la zona urbana (Delgado) y zona rural (Nejapa). Con los datos obtenidos se refleja que la problemática del deficiente servicio de distribución de medicamentos es la misma tanto en los maestros que laboran y residen en zonas urbanas como en las zonas rurales de nuestro país.

Gráfico 3

Distribución de la muestra final obtenida según municipio y área rural o urbana



En cuanto al nivel educativo de los encuestados, un cien por ciento de ellos es docente de profesión a los cuales el Ministerio de Educación los acredita con un número que los identifica como docentes a nivel nacional, a lo que se le conoce como escalafón magisterial, considerando que a la hora de realizar la encuesta en los centros educativos, al entregarles el cuestionario, se les manifestó que es una investigación con población de estudio beneficiaria del Sistema de Bienestar Magisterial.

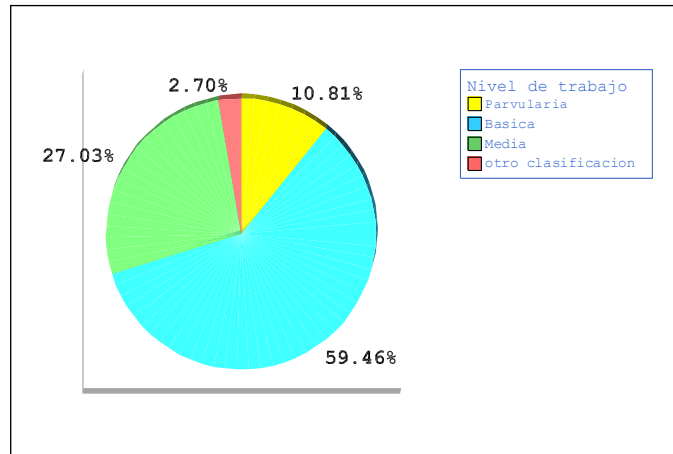
En el análisis de la legislación correspondiente sobre el perfil de quienes pueden cotizar a este sistema de salud, con respecto a los que son considerados parte del magisterio nacional, no es requisito legal para su inclusión en dicho sistema la tenencia de un número de escalafón, sino que sean maestros al servicio de centros educativos

públicos, con inclusión de los que laboren en instituciones privadas que no gocen de beneficio del seguro social, según lo establece la Ley de Asistencia al Magisterio Nacional.

De los encuestados un 59.46 por ciento está asignado a grados de educación básica, seguido de un 27.03 por ciento de ellos que trabaja en instituciones de educación media, un 10 por ciento en centros de educación parvularia, y un 2.70 por ciento como docente asignado a otros diversos niveles por ejemplo coordinador de disciplina, responsable académico, directores, sub directores y profesores de educación física y musical o en caso de ser docente de educación especial en centros educativos (ver grafica 4). Es importante manifestar que las respuestas obtenidas y la opinión de los docentes en cuanto al mal servicio en atención médica especialista, suministro de medicamentos, es generalizada, con una constante en todos los niveles educativos en que el maestro se desenvuelve. La percepción de las necesidades es igual de un docente que labora en el nivel parvulario como el que trabaja en el nivel de educación media.

Gráfico 4

Nivel de trabajo



4.4 Sistema de salud de Bienestar Magisterial

La mayoría de los encuestados se encuentran casados (64.86 por ciento), mientras que casi una quinta parte (18.92 por ciento) se encuentra soltero (Gráfica 5).

Con el análisis de este resultado hemos observado que la mayor parte de usuarios del servicio y que acuden de forma regular a consultas médicas no son los cotizantes, sino los beneficiarios de estos que conforman su núcleo familiar. Y más específicamente el cónyuge y los hijos de los encuestados. Según el doctor Roberto Antonio Rubio⁴⁸, la mayoría de consulta que como medico de bienestar magisterial presta, se encuentra en la

⁴⁸ **Entrevista realizada a Doctor Roberto Antonio Rubio**, Medico general de atención a Pacientes del sistema de salud del departamento de Bienestar Magisterial de municipio de Delgado, 4 de enero de 2006.

atención a familias beneficiarias y no en los cotizantes. De los beneficiarios, la mayoría son niños.

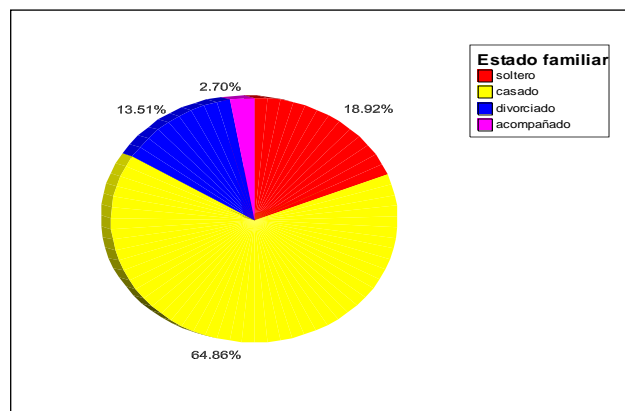
Con estos datos se reflejan que la problemática de la falta de medicamentos no se da únicamente para el docente sino que también afecta a su núcleo familiar.

Al hacer un análisis sobre los individuos y sus derechos, se descubre que la cantidad de personas a quienes se les viola el derecho a la salud con un servicio ineficiente, es mayor al número de cotizantes, lo que convierte esta problemática en magnitudes mayores de las que podría ser si cónyuges e hijos no dependieran de este servicio.

En relación al uso de servicios médicos y hospitalarios según los instrumentos de protección internacional del derecho a la salud, debe haber igual protección para los cotizantes como para su grupo familiar sin distinción alguna.

Gráfico 5

Estado familiar



La seguridad social, contempla la obligatoriedad de afiliación a un sistema específico, en este caso a Bienestar Magisterial, destinada a trabajadores de un sector determinado al que el servicio ha sido destinado, obligando también al Estado por medio del MINED, a no aplicar ninguna clase de selección ni rechazo de los docentes públicos, por sufrir ellos de enfermedades crónicas u otra clase de alto riesgo de salud, lo que compromete al Estado a cumplir su obligación de utilizar los recursos que sean necesarios en pro del cumplimiento del derecho a la salud, reconocido legalmente como el derecho de asistencia por parte del Estado, según art. 1 de la Ley de Asistencia al Magisterio.

La seguridad social en el ámbito laboral, reconoce como beneficiarios más allá de los trabajadores, una dinámica de protección a su círculo familiar, el cual es visto como un conjunto, del que se reconoce cada uno de sus miembros con iguales derechos ante el sistema del cual aquellos son beneficiarios.

Es por tal motivo que en el programa de salud en análisis, no es relevante el vínculo familiar, porque el servicio de salud es para todos no importando si son casados o no. Es entendido entonces que la mayor parte de los recursos del sistema de salud, son destinados a la atención de terceros que son también beneficiarios del servicio de seguridad social.

La seguridad social, se entiende como un deber del derechohabiente porque es obligación el pago de la cuota asignada previamente por la ley, independientemente, del uso mínimo o máximo que se le de al servicio de salud.

Dentro de lo que ahora analizamos, un 3.03 por ciento del año 2004 y un 3.13 por ciento del año 2005 de los docentes entrevistados que se encuentran en el estado familiar de acompañados, hicieron poco uso del servicio de salud, seguido de los divorciados entrevistados que asistieron a consulta médica en un 9.09 por ciento del año 2004 y 9.38 por ciento del año 2005.

Así mismo, se ha observado que la asistencia a consulta de medicina general, es más fluida que la consulta con especialistas quienes fechan las citas para consulta a tres o cuatro meses de distancia, y esto se debe a que éstos últimos no atienden exclusivamente a cotizantes del sistema de salud de Bienestar Magisterial.⁴⁹

En el entendido que el Protocolo Adicional a la Convención Americana de los Derechos Humanos contempla que la seguridad social cubrirá la atención médica, el Estado salvadoreño por medio del Departamento de Bienestar Magisterial no cumple plenamente con el goce del derecho a la salud de los derechohabientes por diversas razones de entre las que se listan: una asignación insuficiente de recursos humanos especializados en la atención a pacientes, falta de políticas encaminadas a la mejora de los servicios y una normativa jurídica inadecuada a las actuales necesidades de este sistema de salud.

⁴⁹ **Ib idem.** Entrevista realizada a Doctor Roberto Antonio Rubio.

Gráfico 6

Frecuencia de asistencia a consulta en el año 2004

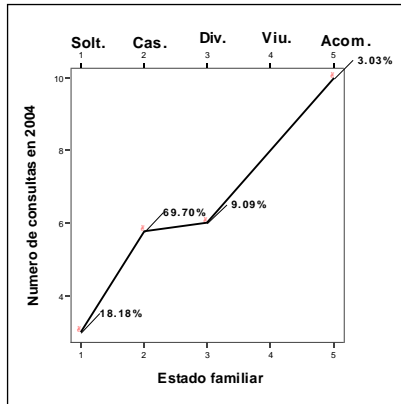
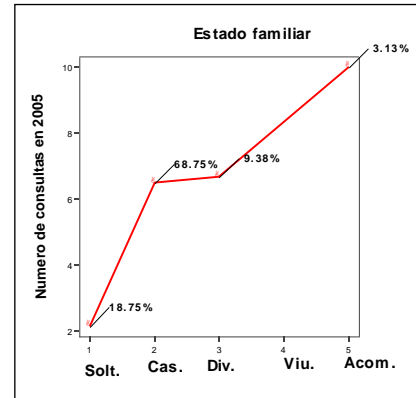


Gráfico 7

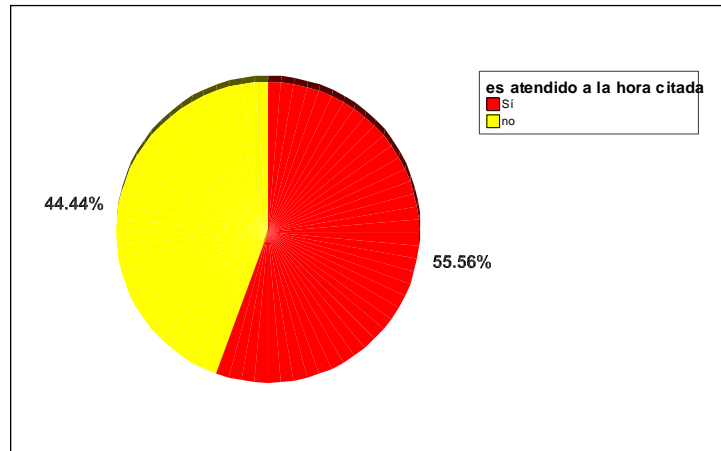
Frecuencia de asistencia a consulta en el año 2005



Con una diferencia no tan significativa entre la percepción de los derechohabientes en la puntualidad de las consultas con el médico general, los encuestados en un 55.56 por ciento están satisfechos con la puntualidad de atención a la hora citada frente a un 44.44 por ciento que opina estar insatisfecho (ver Grafico 8).

Esta variable se analizó para determinar el grado de eficacia con que se presta el servicio de salud a los afiliados y su grupo familiar a la hora de las consultas médicas. Según el resultado de la encuesta el mayor problema no esta en las citas médicas, sino en la obtención de los medicamentos, lo que al ser identificado por parte de las autoridades publicas responsables de la mejora del servicio, facilitaría la implementación de cambios directos en las áreas en deficiencia.

Gráfico 8
Puntualidad en la hora citada



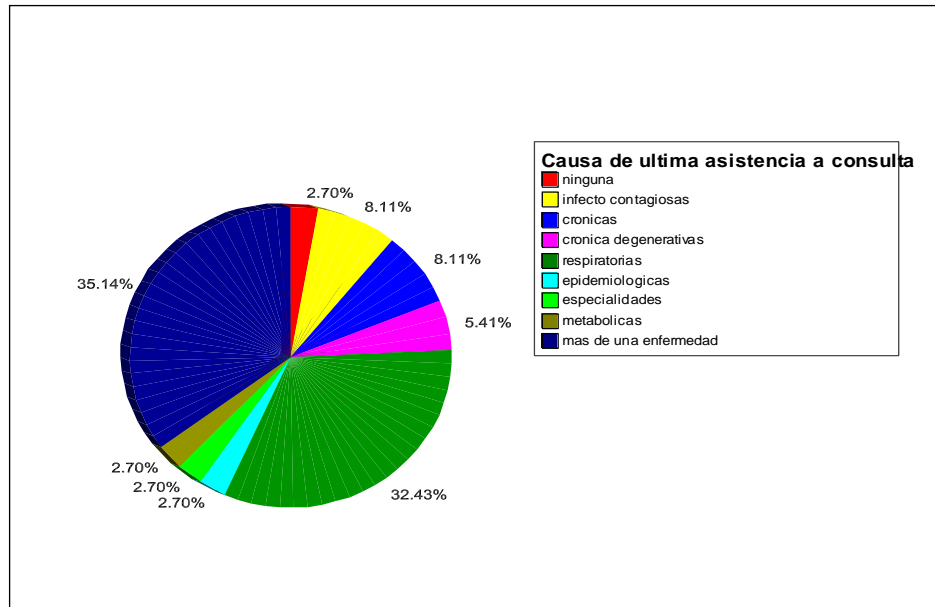
En el estudio de asistencia a consulta con el médico observamos que entre las principales causas se encuentran las enfermedades crónicas con un 35.14 por ciento seguidas por un 32.43 por ciento que asisten por causa de enfermedades respiratorias (ver Grafico 9). Aunque “existen docentes que es necesario estarlos revisando cada quince días, por la condición particular de salud que tengan”⁵⁰.

En cuanto a esta frecuencia de consultas podemos decir que tanto los pacientes crónicos como los de otras enfermedades comunes, enfrentan la misma dificultad en la obtención de medicamentos según los resultados de la encuesta, a pesar de que los primeros acuden a consulta médica de manera periódica y los segundos de manera irregular.

⁵⁰ **Ib idem.** Entrevista realizada a Doctor Roberto Antonio Rubio.

Gráfico 9

Principales causas de asistencia al sistema de salud



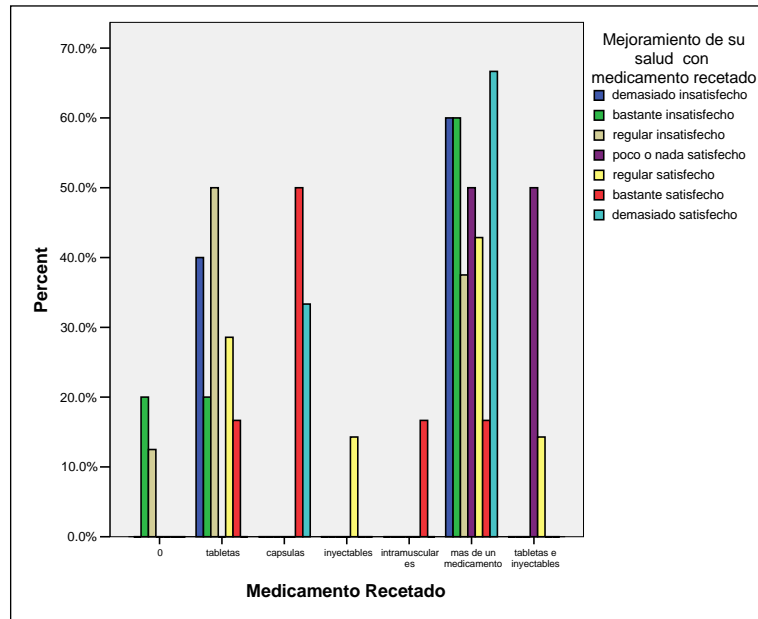
4.5 Violación al derecho a la salud por la escasez de medicamentos

4.5.1 Generalidades

Se identifica que la escasez de medicamentos, es un obstáculo principal en la prestación de servicios de salud por parte del departamento de Bienestar Magisterial, ya que no es un problema exclusivo de éste sistema de salud, sino también de la otras entidades públicas como el Ministerio de Salud y Asistencia Social, el ISSS, Sanidad Militar, que muestran deficiencias en el suministro de medicamentos a sus respectivas poblaciones beneficiarias, lo que no es excusa para el Departamento, el no mejorar el suministro de medicamentos a sus usuarios. (ver cuadro 10)

Gráfico 10

Mejoramiento de la salud frente al medicamento recetado



4.5.2 Responsabilidad médica

La responsabilidad en la prestación del servicio de salud a los docentes está desarrollada por dos vías, la primera como responsabilidad del Estado en la violación de los servicios de salud y la segunda va enfocada a la actividad que el médico realiza como empleado del departamento de Bienestar Magisterial, en la atención médica, quien en esa practica puede incurrir en responsabilidad penal en la realización de una mala praxis si se trata de los derechohabientes.

En tal sentido, los médicos tienen responsabilidades concretas en la atención de los pacientes y están en el deber de prescribir el medicamento adecuado así como su

dosis, con el objeto del bienestar de los pacientes, como parte de la atención brindada; ya que, la equivocada prescripción de medicamentos en su tipo o en la dosis puede resultar en causas nefastas en el paciente que puede ir desde la no mejoría, la intoxicación, otros efectos secundarios hasta los extremos de la muerte.

En base a los resultados de la encuesta en el caso de la atención médica general y sobre la calidad de los medicamentos recetados son eficientes en su mayoría, lo que no es problema, pero si lo es la difícil obtención del medicamento por parte de los pacientes en éste servicio médico, situación que conlleva a la no mejora de las condiciones de salud de quienes a ellos acuden.

4.5.3 Presupuesto

Bienestar Magisterial, como dependencia del MINED, recibió una asignación presupuestaria en el año 2005 de \$ 618,625, con respecto del año 2004 donde recibió \$609,885, sin existir un cambio significativo en la cifra global, pero al comparar la asignación presupuestaria mas detallada, específicamente en el rubro de remuneraciones (\$226,335 en 2004 y \$228,600 en 2005) existió un nuevo incremento aproximadamente de un 1% en el año 2005 con respecto al año 2004.⁵¹

Al analizar los montos asignados al rubro de adquisiciones de bienes y servicios (donde es considerado el gasto en medicamentos entre otros) se evidencia un cambio

⁵¹ http://www.mh.gob.sv/mh_2003/presupuesto/archivo_presupuestos/lp3100.pdf. consultado el 2 de marzo de 2006.

significativo (2004 de \$297,660; y 2005 de 228,600) en disminución de mas de 1%, que si consideramos la inflación anual del año 2005 respecto a 2004 (de un 4.3%) se abre una brecha sustancial que muestra la poca importancia por el sector magisterial, tomando en cuenta que no existió diferencia en la cantidad de consultas asistidas en ambos años, según resultados obtenidos en nuestra encuesta, así como la prestación de servicios de salud de dicho sector⁵².

Las condiciones presupuestarias de los dos períodos analizados muestra un incumplimiento a tratados internacionales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos que compromete al Estado a adoptar providencias para lograr progresivamente la efectividad de derechos como la salud, convirtiéndose entonces el Estado Salvadoreño en un violador del mencionado pacto al no tener una política presupuestaria de una mejora progresiva en la prestación de este derecho.

El derecho a la salud, tiene como una de sus características, ser progresivo, que es indispensable para el completo cumplimiento de tal derecho, lo cual no es cumplido por el Estado Salvadoreño al no asignar un monto presupuestario que cubra la demanda actual.

⁵² <http://www.digestyc.gob.sv>, consultado 2 de marzo de 2006.

4.5.4 Burocracia institucional

Se entiende por *burocracia* al “poder tras el escritorio”, o a la estructura administrativa de personal de una institución, pero en un sentido peyorativo es comprendida como la prestación de servicios dificultados por el establecimiento y ejecución de procedimientos engorrosos, papeleo o ineficiencia institucional⁵³.

La burocracia en el problema de escasez de medicamentos se considera como una *violación al derecho a la salud*, por parte de los encargados del suministro medicamentos, de lo que se quejan los derecho habientes, quienes solamente decretan estado de emergencia en el sistema cuando en algunos casos se ha agotado en un solo día el medicamento para todo un mes a nivel nacional⁵⁴.

El alto grado de burocracia identificado en el departamento de Bienestar Magisterial, que incumple lo preceptuado en el considerando II de la Ley de servicios médicos hospitalarios para el magisterio que es comprendida por el objeto de prestar un servicio de salud eficiente a los docentes del sector público, incumpliendo consecuentemente las obligaciones de los convenios ratificados por El Salvador en la protección del derecho a la salud por omisión parcial o total de su cumplimiento.

Uno de los efectos de la escasez de medicamentos en las farmacias autorizadas por el sistema, es la opción tomada por el paciente en adquirir los medicamentos por su propia cuenta, lo que podemos ver en los resultados a la pregunta en relación a la forma

⁵³ Fuente: *Enciclopedia Informática Encarta 2002*.

⁵⁴ **El Diario de Hoy**, 25 de Julio de 2005, Pag. 2.

de obtención del medicamento recetado, que en un alto porcentaje (48.65 por ciento) los entrevistados tuvieron que comprar por su propia cuenta el medicamento, que si debería ser proporcionado por el sistema de salud de Bienestar Magisterial, el paciente busca alternativas para suplir con esta necesidad, esto en relación al porcentaje de pacientes que obtienen sin costo el medicamento por parte de las farmacias autorizadas (45 por ciento), cifra que significativamente muestra una mala cobertura de solicitantes, así como un pequeño porcentaje de pacientes que manifestaron comprarlos a veces o otras recibirlo sin costo en un 5.41 por ciento (ver Grafico 11).

Sobre el bajo porcentaje de recetas que se despachan satisfactoriamente por mes a los beneficiarios del sistema de salud, se ha dicho que sus causas pueden encontrarse en las siguientes situaciones: la primera es que no hayan medicamentos y por lo tanto no se les da la medicina. La segunda es que no este especificado el medicamento en la receta pues tiene que ser exacto como esta regulado en los libros de despacho, lo que se conoce como *cuadro base*. En tercer lugar, puede pasar que ya se acabo el cupo o sea que no hay presupuesto para el mes. Cuando pasan todas estas cosas, el maestro la tiene que comprar con su propio dinero”⁵⁵.

En el sentido que la satisfacción de las necesidades de salud como un compromiso de los Estados según el Protocolo de San Salvador, el Estado salvadoreño incumple dicho mandato de satisfacción de las necesidades al no asegurarse que los

⁵⁵ **Entrevista a Señora Consuelo Esperanza Diaz**, encargada de despacho de farmacia Maria Jose de Delgado, 5 de enero de 2006.

derechohabientes reciban los medicamentos necesarios para la prevención y tratamientos de enfermedades.

En la comparación de la jurisprudencia española y la salvadoreña en cuanto a la aplicación de compromisos de adoptar las providencias necesarias del aseguramiento del derecho a la salud, el mencionado país europeo en sus resoluciones judiciales se compromete a su cumplimiento aun con medidas no preestablecidas en la legislación o en programas de salud.

En contraste con lo anterior, el Estado Salvadoreño en sus resoluciones judiciales, establece límites a los compromisos del Estado en hacer efectivo el derecho a la salud tomando la posición de que es suficiente cumplimiento de su obligación con una normativa jurídica y programas de salud ya establecidos.

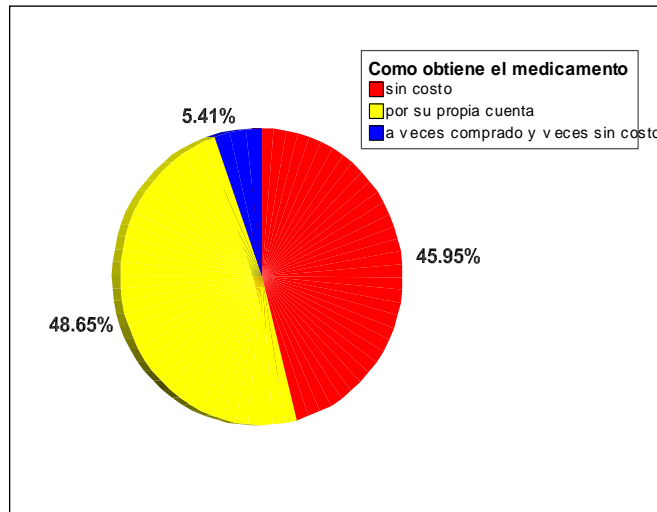
Una evidencia de la forma burocrática de las actuaciones del departamento de Bienestar Magisterial, es la no atención hacia el grupo de investigación por parte de las autoridades al solicitarles una entrevista para esta investigación.

Al apersonarnos a las oficinas de Bienestar Magisterial, se nos manifestó que para obtener información o entrevista, debería hacerse la solicitud por escrito, lo cual hicimos.

Posteriormente a la solicitud, no obtuvimos respuesta alguna a la petición, alegando sobrecarga en el trabajo cada vez que asistíamos por una respuesta, lo que conlleva a la no realización y no obtención de algún tipo de información de la institución responsable.

Gráfico 11

Forma de obtención del medicamento



Según los resultados de la encuesta y como se observa en el gráfico 11, la problemática en cuanto a la obtención del medicamento es muy grave, pues en la practica se puede recetar varios medicamentos de calidad para contrarrestar la enfermedad pero no sirve de nada, porque el medicamento no esta a disposición del paciente, violentando con esto el derecho a preservar una buena salud en la persona.

Es de aclarar que las personas no tienen a su alcance el recurso económico para obtener el medicamento que se les niega y más aun aquellas medicinas de un alto valor económico que en la mayoría de los casos la persona no puede adquirirlos quedando desprotegida, y corriendo hasta el riesgo de perder la vida.

4.5.5 Cuadro base de medicinas

La existencia de un cuadro de medicinas, que es el que sirve de base a los médicos para la elaboración de recetas médicas, es otra situación, que complica la búsqueda de alternativas en el sistema de salud cuando los medicamentos que escasean no pueden ser reemplazados por otros que contengan los mismos componentes químicos.

Como ejemplo de esta situación, se ha recetado el medicamento Atenolol, el cual es muy caro y pocas veces es encontrado en las farmacias autorizadas, lo que hace que en algunos casos el paciente a quien se le ha recetado deje de atender sus labores en el centro educativo para poder ir los primeros días del mes a varias farmacias para obtenerlo.⁵⁶

Al respecto de este cuadro base se ha dicho: “solo podemos recetar lo que esta en el *Cuadro Base*. Si se conoce de un medicamento y una enfermedad y que nosotros sabemos que es el mejor y no esta en el *Cuadro Base*, no se lo podemos recetar sino solo alguno que sea para lo mismo pero de baja calidad”

En la comparación de sistemas de salud como el administrado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el de Bienestar Magisterial, se observa que el primero tiene una gama amplia de medicamentos que proporciona a sus beneficiarios de manera directa, en contraste con el segundo que subcontrata a farmacias particulares para dicha proporción, tomando como parámetro indiscutible un “*cuadro base*”,

⁵⁶Entrevista realizada a Doctor Roberto Antonio Rubio.

limitando a esto el cumplimiento del derecho a la salud que no puede ser limitado por su naturaleza amplia patológica.

En contraste con resoluciones de las Cortes Españolas, que reconocen el derecho a las personas a una protección plena de la salud, donde el Estado se ve como responsable de brindar los recursos necesarios previstos o no para la preservación de éste derecho; el Estado salvadoreño se limita a reconocer un listado de medicamentos como suficientes para cumplir con su responsabilidad para con los derechohabientes y sus familias de estos servicios.

4.5.6 Baja calidad del medicamento

El Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales como parte de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, tiene como objetivo la protección del derecho a la salud, con la aplicación de políticas farmacéuticas, en sus países miembros regulando el suministro de medicamentos esenciales de calidad aceptable⁵⁷.

Las Naciones Unidas por medio de sus instituciones (PNUD, UNICEF y el Banco Mundial), brinda un apoyo al Programa de Acción sobre Medicamentos esenciales, en la implementación de políticas de mejoramiento de la calidad de medicamentos, con fondos y apoyo a países en implementación de políticas de

⁵⁷ El documento completo se encuentra en el siguiente sitio:
http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd41_24.pdf.

mejoramiento de la calidad, como el caso de la Reforma al sector salud impulsada en nuestro país, en instituciones de salud pública.

“Los medicamentos recetados, son casi siempre de baja calidad con respecto a otros que existen en el mercado, por lo que nos toca limitarnos a recetar solo los del *cuadro base*, aunque quisiéramos darles otro tipo de medicina no podemos”⁵⁸. Esto en contraste con las políticas de mejoramiento del servicio, no han sido mejoradas por el sistema, lo que genera una baja calidad de vida con respecto al estereotipo de la concepción que se tiene del derecho a la salud.

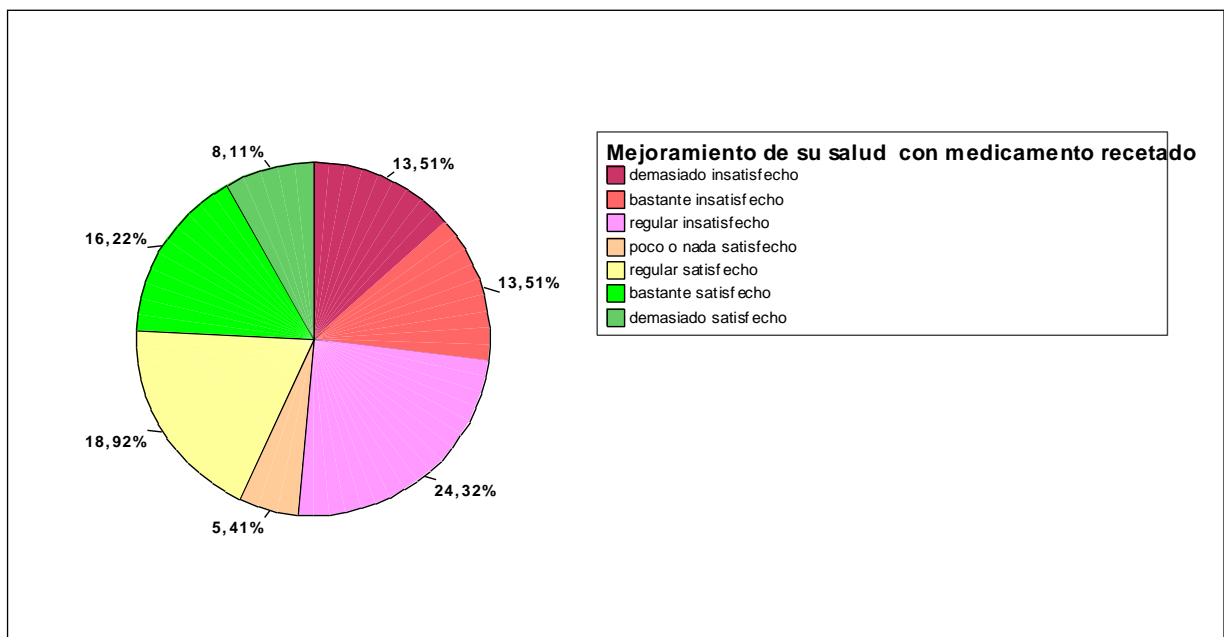
De los encuestados, un 13.51 por ciento se encuentra insatisfecho por lo el mejoramiento de su salud con respecto a los medicamentos recetados y recibidos dentro del sistema de salud de Bienestar Magisterial, un 13.51 por ciento se encuentra bastante insatisfecho, otro 24.32 por ciento se encuentra regularmente insatisfecho su mejora con el medicamento, solo un 5.41 por ciento de los encuestados manifestó estar poco o regularmente satisfecho por sus resultados, un 18.92 por ciento se encuentra poco satisfecho sintiendo una mejoría en su salud, solo un 16.22 por ciento manifestó estar bastante satisfecho, y una minoría del 8.11 por ciento de los encuestados manifestó estar demasiado satisfecho con el servicio de medicamentos (Ver Grafico 12). Lo que demuestra una variabilidad de la percepción de los encuestados con un bajo porcentaje de ellos en satisfacción plena.

⁵⁸ **Ib idem**, Entrevista realizada a Doctor Roberto Antonio Rubio.

Esa insatisfacción de los derechohabientes es una consecuencia del precario suministro de medicamentos en cantidad y calidad al cual tienen rara vez acceso.

Gráfico 12

Percepción del mejoramiento de la salud por parte de los pacientes con el medicamento recetado



4.5.7 Corriente privatizadora del servicio

En entrevista hecha por el periódico Diario de Hoy, la actual ministra de educación Darlyn Meza, anuncio que a partir de octubre de 2005 empezarán a aplicar una serie de medidas que marcarán la renovación de Bienestar Magisterial, “institución que tradicionalmente se ha visto como dependencia del Ministerio de Educación y no

puede ni debe ser así, porque es la única instancia que colecta y tiene recursos seguros propios”⁵⁹.

La ministra en esta ocasión también manifestó que dentro de las políticas de modernización del sistema de salud de los maestros, se encuentra la propuesta, de su autonomía ante el ministerio de Educación, por lo que el Ministerio contrato a un equipo de juristas para analizar la separación del Departamento de Bienestar Magisterial de éste ministerio.

El presupuesto insuficiente para cubrir la demanda de medicamentos, puede ser una política intencionada dirigida a manifestar la inoperabilidad del ente que ahora existe, justificando así en un futuro la privatización del sistema de salud.

Como falta de presupuesto para medicamentos, el cual se escasea en los primeros días de cada mes, es imposible la entrega de medicamentos a los pacientes, ya que las recetas tienen un periodo de duración de su reclamo de un máximo de tres días. Tiempo que si es superado, no podrán los pacientes obtener el medicamento, con la única opción de cambiar la receta en razón a la fecha.⁶⁰

⁵⁹ **El Diario de Hoy**, 25 de Julio de 2005, Pag 4.

⁶⁰ **Ib Idem**, Entrevista a Señora Consuelo Esperanza Diaz, encargada de despacho de farmacia Maria Jose de Delgado, 5 de enero de 2006.

CONCLUSIONES

Se comprobó en la investigación la falta de medicamentos en el sistema de salud de bienestar magisterial con la información receptada en entrevistas, resultados de encuesta e informes institucionales en el ámbito de salud por lo que concluimos:

1. En base a la información recopilada en la investigación hemos podido observar uno de los problemas que enfrenta el sector docente en cuanto al sistema de salud, es la falta de medicamentos, tanto en las farmacias de los hospitales asignados como en las farmacias externas adscritas al programa de Bienestar Magisterial y esto se debe a una mala coordinación y distribución de las farmacias asignada, así como también al monto que se les asigna a cada farmacia, pues en la mayoría de ellas el presupuesto asignado solo alcanza para una semana esto se en base a la información obtenida en la investigación de campo. Para el efectivo goce de salud, es necesario tener un acceso a medicamentos en la atención a enfermedades, lo que no es cumplido por las condiciones presupuestarias y operativas de suministro de medicinas suficientes para la demanda del sector, constituyéndose así una violación al derecho humano a la salud del sector docente salvadoreño.
2. Se concluye que el derecho a la salud ha evolucionado hasta llegar a ser un derecho complejo, que para su cumplimiento es necesaria la interdependencia

con otros derechos humanos como la vida, seguridad social, medio ambiente, entre otros. De lo cual el Estado es el principal obligado en mantener las condiciones de vida adecuada para su cumplimiento. Siendo necesaria la positivación de éstos derecho en función de su efectivo cumplimiento.

3. En cuanto al marco doctrinario desarrollado en nuestra investigación, observamos el poco desarrollo que a alcanzado el derecho a la salud como derecho social, aun cuando nuestra Constitución de la República, lo contempla en la sección cuarta Salud Publica y Asistencia Social y lo ve como un bien publico. Por lo tanto concluimos que el Estado debe poner mas interés en velar por el derecho a la salud, en nuestro caso, debe crear y reformare normas, establecer medios o mecanismos para garantizar y proteger el derecho a la salud del sector docente donde se defina claramente las obligaciones de todos los entes involucrados en la problemática del sector.
4. Concluimos que a pesar que en El Salvador existe una normativa jurídica que regula el derecho a la salud del sector docente, como por ejemplo la ley del servicio médico hospitalario para el magisterio, el código de salud y todas aquellas normativas que de una forma general regulan la salud de las personas, así como también existe un marco normativo que regula el funcionamiento de las instituciones encargadas de prestar este servicio como es el departamento de Bienestar Magisterial y su reglamento, esto no basta pues en la practica estas normativas se quedan cortas a la hora de velar por este derecho humano. Además si bien es cierto que esta delimitada las responsabilidades, no existe dentro de

esta normativa un régimen de sanciones que haga más efectivo el cumplimiento de este derecho. Por lo expuesto anteriormente se concluye que mientras no se reformen algunas disposiciones en estas normativas que hagan más efectivo el derecho a la salud muy poco se podrá lograr en el cumplimiento del derecho humano a la salud.

5. Si se tomasen en El Salvador decisiones judiciales en la misma línea de compromiso como las analizadas en la investigación por parte de los tribunales de España sobre aspectos de seguridad social en el cumplimiento de responsabilidades adquiridas por medio de tratados internacionales y leyes de la Republica, esto ayudaría al libre goce de la salud, en la construcción de una seguridad jurídica en el tema del derecho a la salud en general en nuestro país.
6. En relación a nuestra investigación, hemos podido comprobar que uno de los mayores problemas en el servicio de salud que se le presta a los maestros del sector publico a través del sistema de salud de Bienestar Magisterial, es el poco interés por parte del Estado para atender las necesidades de salud de este sector, específicamente en lo relativo al cumplimiento de responsabilidades de las instituciones encargadas de velar por el adecuado funcionamiento del servicio salud de Bienestar Magisterial. El Estado conoce la crisis del sector docente en cuanto a la violación del derecho a la salud por la falta de acceso a los medicamentos y no hay propuestas concretas de ningún tipo para su solución.
7. Como violación al derecho a la salud, se ha constatado que existe una deficiente atención en cuanto al servicio de médicos especialistas, no por la calidad del

médico sino por la demanda del servicio y la poca cantidad de especialistas contratados, así como que en algunos casos se presenta la problemática que solo existe un especialista contratado a nivel nacional para atender una especialidad, impidiéndose el acceso eficiente a dichos servicios.

8. A través de las encuestas y entrevistas realizadas hemos constatado que el Estado por medio del Ministerio de Educación, que tiene a su cargo el programa de Bienestar Magisterial, esta violentando el derecho constitucional del sector docente junto con su núcleo familiar en cuanto a la salud. El Estado no cubre las necesidades de salud básicas del sector y no se observa una disposición real de parte de este para resolver la problemática; esto se observa en la insatisfacción de parte de los docentes encuestados que de una forma general señalan esta problemática.
9. Existe una violación al derecho a la salud de los docentes, quienes son en este caso nuestra población directa de estudio, pero se ha descubierto que también es violado el derecho a la salud de la familia de los cotizantes como sujetos terceros beneficiarios de dicho sistema de salud.
10. Hemos analizado que si bien es cierto que el programa de salud de Bienestar Magisterial realiza algunas acciones para brindar un servicio que esté acorde con las necesidades del gremio, estas no bastan y se ven muy limitadas por una serie de factores y elementos como un bajo presupuesto para las necesidades del sistema, un recurso médico humano que no alcanza a cubrir las necesidades de atención en salud de el sector docente, una precaria distribución de

medicamentos insuficiente para cubrir a los docentes y su núcleo familiar, un personal administrativo deficiente que no posee una visión y una conciencia de estar realizando una función social importante, y muchas veces los usuarios son maltratados por ellos. Esto se debe a que no tienen una capacitación constante y no poseen una formación profesional que les ayude a desempeñar esta función.

11. Los funcionarios son los mayores y principales violadores de los derechos humanos de salud, vida, trabajo, integridad, medioambiente, al no trabajar por la creación de mejora de condiciones de servicios de seguridad social y específicamente de salud al sector magisterial salvadoreño, desde el uso de sus atribuciones, ni mostrando ningún interés para garantizarlo.

12. Señalamos la existencia de la nula participación del sector docente en proponer alternativas que mejoren el servicio que presta el sistema de Bienestar Magisterial, no porque al maestro no le interese en la problemática sino que, no es escuchado y no le permiten el mínimo de participación para brindar alternativas de solución. En este sentido se ha comprobado que los puestos claves y de poder de decisión dentro del programa, son asignados a personas allegadas a las autoridades del ministerio de educación y no se toma en cuenta el criterio de capacidad que debería de prevalecer. Esto lo constatamos con el tipo de estructura organizativa que presenta el servicio de Bienestar Magisterial, en donde se caracteriza, por una estructura vertical dirigida directamente por el ministerio de educación, específicamente por el titular de esa cartera de Estado el cual es el encargado y tiene la potestad de ubicar desde el director del

Departamento de Bienestar Magisterial y a todo el personal con poder de decisión.

13. En cuanto a la supervisión institucional que debe de tener el departamento de Bienestar Magisterial, se visualiza que no existe un control real de parte de organismos encargados para ello, específicamente el Ministerio de Salud a través del Consejo Superior de Salud Pública, al no hacer nada para velar por la salud de este sector, según lo establece la ley.
14. La descentralización de los servicios que brinda el departamento de Bienestar Magisterial no es suficiente para mejorar las funciones que presta dicho programa ya que los servicios que presta actualmente son deficientes tanto en el aspecto humano como tecnológico.
15. Todo concluye que la política estatal esta encaminada a una privatización total del servicio de salud del sector docente, justificando los altos costos del servicio y un mal uso por parte del sector docente, pero en realidad como a todos los sectores el Estado se pretende esta privatización como parte de la política del modelo económico que desde la década de los noventa se esta implementado, dejando de lado el aseguramiento de la salud de este sector y tomando como prioridad los intereses particulares, violando así el derecho que le protege.
16. Concluimos que los objetivos que nos trazamos se cumplieron, en vista que se comprobó que existe una violación al derecho humano a la salud de los docentes, por la falta de medicamentos en la red de farmacias autorizadas y en los hospitales.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

JENS Holst, **Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSure**, 1ª. Edición. El Salvador. 2003.

BERTRAND Galindo, Francisco y otros, **Manual de derecho Constitucional Tomo II**, San Salvador, Talleres Gráficos UCA. Primera Edición, 1997.

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

Diccionario de sociología, 11ª. Reimpresión, México, 1984.

OSORIO, Manuel, **Diccionario de ciencias jurídicas**, políticas y sociales, 1984, editorial Claridad SA, Argentina, 1984.

Manual para la Calificación de las Violaciones a los Derechos Humanos, Procuraduría para la defensa de los Derecho Humanos- PNUD, Editor Manuel Rodríguez Cuadros, El Salvador 1997.

FUNDAUNGO, **El servicio médico hospitalario para el magisterio**, primera edición, San Salvador, El Salvador, 1995.

FUNDAUNGO, **Diagnostico del servicio medico hospitalario del magisterio**, primera edición, San Salvador, El Salvador, 1997.

MEZA Lago, Carmelo, **El Salvador, diagnostico y propuesto de reforma de seguridad social**, San Salvador, FUNDAUNGO, segunda edición, diciembre 1994.

ROJAS Soriano, Raúl, **Guía para Realizar Investigaciones Sociales**, edición 38, Méjico. Imprenta universitaria, 1996.

Enciclopedia Informática Encarta 2002.

TESIS

ARÉVALO Romero, Leonor Elisa, y otros, “**Violación al Derecho a la Salud por parte del Estado en la Atención a Pacientes infectados de VIH/SIDA**”, Tesis, UES, 2004.

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

COTO, Américo Roberto, “**La Obligación constitucional del Estado salvadoreño de garantizar salud gratuita a los habitantes de área urbana del municipio del Gran San Salvador**”, Tesis (s. e.), Universidad de El Salvador, 2003.

LEGISLACION

Constitución de El Salvador, Asamblea Constituyente, El Salvador, 1983.
(D.C. N° 38, del 15 de diciembre de 1983, publicado en el D.O. N° 234, Tomo N° 281, del 16 de diciembre de 1983).

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

Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966)

Declaración americana de los derechos y deberes del hombre. (Aprobada en la novena conferencia internacional americana Bogota, Colombia, 1948)

Convención americana sobre derechos humanos (22 de noviembre de 1969).

Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos sociales y culturales “protocolo de san salvador” (17 de noviembre de 1988).

Código de Salud, El Salvador, (D.L. N° 955, del 28 de abril de 1988, publicado en D.O. N° 86, tomo 299, del 11 de mayo de 1988).

Ley del Servicio Médico Hospitalario para el magisterio y su reglamento, (Decreto 588, D.O. N° 41, Tomo N° 218, 28 de febrero de 1968.)

Ley de asistencia del Magisterio Nacional, (Decreto 379, D.O. N° 131, Tomo N° 232, 18 de julio de 1971.)

Ley general de educación (Decreto 917, D.O. N° 242, Tomo N° 333, 12 de diciembre de 1996.)

Ley del consejo superior de salud pública (Decreto 2699, D.O. N° 168, Tomo N° 180, 10 de septiembre de 1958.)

Recopilación de leyes que regulan la profesión docente y la educación de El Salvador, ANDES 21 de junio, segunda publicación, El Salvador, 1994.

SALA DE LO CONSTITUCIONAL, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SENTENCIA 630-2000, 2001. **“sentencia pronunciada un contra de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en caso de responsabilidad el estado en la protección del derecho a la salud”.** El Salvador 2001.

SALA DE LO CONSTITUCIONAL, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, DEMANDA DE AMPARO 13-V-96, 12 agosto de mil novecientos noventa y seis, **“sentencia contra el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) a favor de un cotizante por la no proporción de medicamentos retro virales”.** El Salvador 1996.

SALA CONSTITUCIONAL COSTARRICENSE, Resolución 2522,”**referente al deber del Estado en la protección del derecho a la salud en general”**, 1997.

SALA DE LO SOCIAL ESPAÑOLA, Sentencia 1284, **“en donde se reclama al Estado por un subsidio de incapacidad que la persona no percibió durante un tiempo”**, 1998.

SALA DE LO SOCIAL ESPAÑOLA, Sentencia 2556, **“planteada en contra del Estado por la violación al derecho a la salud de un ciudadano que tenía un seguro privado”**, 1998.

OTRAS FUENTES

El Diario de Hoy, “La problemática actual del magisterio”, 25 de Julio de 2005, Pág. 2

El Diario de Hoy, “Los docentes del sector publico protestan por deficiencias en el servicio de salud”, domingo 13 de noviembre de 2005, Págs. 2 y 3.

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

Misión de observadores de las Naciones Unidas en El Salvador, Normas Nacionales sobre los Derechos Humanos, marzo 1993.

Perfil del sistema de servicios de Salud de El Salvador, Organización Panamericana de la Salud, levemente modificado el 26 de noviembre de 2001.

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

Aplicación de las normas internacionales de derechos humanos, Organización de las Naciones Unidas (ONU), Revista, Marzo 1997.