

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
SEMINARIO DE GRADUACIÓN EN CIENCIAS JURÍDICAS



**LA OBLIGACIÓN CONSTITUCIONAL DEL ESTADO
SALVADOREÑO DE GARANTIZAR SALUD GRATUITA A
LOS HABITANTES DEL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO
DE SAN SALVADOR PERÍODO 1999 – 2001**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS**

PRESENTAN:
AMÉRICO ROBERTO COTO HERNÁNDEZ
MAURICIO SANTOS

DIRECTOR DE SEMINARIO:
LIC. FRANCISCO ELISEO ORTÍZ RUÍZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, AGOSTO DEL 2001

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTORA:

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO:

ING. JOSE FRANCISCO MARROQUIN

VICE-RECTORA ADMINISTRATIVA:

LICDA. MARIA HORTENSIA DUEÑAS DE GARCIA

SECRETARIA GENERAL:

LICDA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ

FISCAL GENERAL:

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

DECANO:

LIC. FRANCISCO ALBERTO GRANADOS HERNANDEZ

VICE-DECANO:

LIC. EDGARDO HERRERA MEDRANO

SECRETARIO:

LIC. JORGE ALONSO BELTRAN

UNIDAD DE INVESTIGACION JURÍDICA:

LIC. WILMER HUMBERTO MARIN SANCHEZ

DIRECTOR DE SEMINARIO:

LIC. FRANCISCO ELISEO ORTIZ RUIZ

AGRADECIMIENTOS

Al Padre Celestial. Por haberme permitido una vez más el logro de mis metas, por ser mi guía, mi protector, en todos los mis pasos de la vida.

A mis padres Roberto Antonio y en especial María Delia por su apoyo, sacrificios, comprensión y amor en todos los momentos de mi vida, ya que sin ellos no hubiese logrado este triunfo.

A mis hermanos: Williams Laurence, Cesar Abraham y Fernando por su comprensión en los momentos que más los necesite.

A mi hija Kenda Xiomara que por muchos años estuvo lejos de mí, pero que fue la fuente de mi inspiración; así como también a mis futuros hijos y mi amada esposa que algún día llegara a mi vida.

A mis compañeros de estudio y en especial a mi colega de Seminario Mauricio y su familia por todo el apoyo que me brindaron para la elaboración de este informe.

A mis familiares, amigos, compañeros que siempre estuvieron conmigo y se alegran de este triunfo.

Aquellos que no se alegran y tienen envidia de no poder alcanzar esta meta, porque no tienen espíritu de superación.

A todos con Cariño.

AMERICO COTO

AGRADECIMIENTOS

Especialmente a Dios. Por ser el pilar que me sostuvo mientras avanzaba hacía una de las metas más importante de mi vida, como era coronar la carrera universitaria, que sin la sabiduría, discernimiento, paciencia y prudencia que me brindo en todo momento estoy seguro no lo hubiera logrado.

A mi esposa por darme su apoyo, comprensión y paciencia en todo momento, a quien dedico este triunfo obtenido.

A mis hijos: Cristina María y Diego Mauricio por entenderme cuando les limite los momentos que necesitaban de mi compañía.

A mis compañeros de estudio y en especial a mí compañero de Tesis Americo Coto por la paciencia y comprensión que me tuvo durante la realización de esta Tesis.

A mis familiares y amigos, que nunca me defraudaron y siempre recibí de ellos palabras alentadoras y que hoy celebran conmigo este triunfo.

A todos con Cariño.

MAURICIO SANTOS

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Director de Seminario y Asesor Lic. Francisco Eliseo Ortíz Ruíz con mucho agradecimiento, respeto, admiración y paciencia en la conducción de nuestro trabajo de investigación.

Al Hospital Nacional Rosales y Hospital de Niños Benjamín Bloom, por ser estas las instituciones que nos proporcionaron la valiosa información sobre el problema investigado, en especial al ayudante de enfermería y Lic. En Ciencias Jurídicas Victor Mejía.

Al personal Médico, Paramédico y jefe de Unidad de los Hospitales citados por la información y valioso tiempo empleado la realización de esta investigación.

A la Universidad de El Salvador, por habernos formado profesionalmente y de lo cual nos hace sentir orgullosos de ser miembros de tan especial Alma Mater.

AMERICO, MAURICIO

ÍNDICE

Página

PRESENTACIÓN	<i>i</i>
--------------------	----------

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DEL PROBLEMA	1
1.1 LA PROBLEMÁTICA Y EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.2.1 Alcances Conceptuales	3
1.2.2 Alcances Temporales.....	5
1.2.3 Alcances Espaciales	6
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
Referencias Bibliográficos	10

CAPÍTULO II

MARCO DE ANÁLISIS	12
2.1 MARCO HISTÓRICO.....	12
2.1.1 Los Antecedentes del Problema	12
2.1.1.1 Generales	12
2.1.1.1 Nacionales	14
2.1.2 Los antecedentes Inmediatos.....	18
2.1.3 La Evolución Normativa	38
Referencias Bibliográficas	43
2.2 MARCO COYUNTURAL	44

2.2.1	Las Manifestaciones Actuales del Problema	44
2.2.1.1	La Infraestructura de los Hospitales Nacionales	53
2.2.1.2	Los Hospitales Nacionales de Primer Nivel	53
2.2.1.3	Los Hospitales Nacionales de Segundo Nivel	55
2.2.1.4	Los Hospitales Nacionales de Tercer Nivel	57
2.2.1.5	El Equipamiento de los Hospitales.....	58
2.2.1.6	La Compra y Venta de Medicamentos	58
2.2.1.7	El Gasto en Salud Pública	60
2.2.1.8	La Demanda de la Población en Salud	61
2.2.2	Las Instituciones al Servicio de la Salud Pública	69
2.2.2.1	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	69
2.2.2.2	Recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	70
2.2.2.3	Consejo Superior de Salud Pública	73
2.2.2.4	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	76
2.2.3	Relaciones del Problema de Salud	78
2.2.3.1	Las Relaciones Causales	81
2.2.3.2	Las Relaciones de Impacto	83
2.2.3.2.1	En la Educación	85
2.2.3.2.2	En la Vivienda	85
2.2.3.2.3	En el Medio Ambiente	86
2.2.3.2.4	En la Migración	87
	Referencias Bibliográficas	88
2.3	MARCO DOCTRINARIO	90
2.3.1	Ideas Actuales sobre el Derecho a la Salud	90
2.3.1.1	Naturaleza Social del Derecho a la Salud	90
2.3.1.2	El Origen del Derecho a la Salud	91
2.3.1.3	El Bien Jurídico Tutelado.....	91
2.3.1.4	Concepto de Salud	94

2.3.1.5	Concepto del Derecho a la Salud	94
2.3.1.6	El Objeto del Derecho a la Salud	95
2.3.1.7	Los Sujetos del Derecho a la Salud	96
	- Sujetos Obligados	96
	- Sujetos Beneficiados	96
2.3.1.8	La Naturaleza del Derecho a la Atención de la Salud	97
2.3.1.9	El Derecho a la Salud y a la Atención Médica	98
2.3.1.10	La Función de la Ley en el Derecho a la Salud	99
2.3.2	Obligaciones del Estado Salvadoreño en cuanto al Derecho a la Salud	101
2.3.2.1	El Estado como Organismo Rector de la Salud	101
2.3.2.2	El Estado como Organismo Coordinador de Sector Salud	102
2.3.2.3	El Estado como Proveedor de Servicios de Salud	102
2.3.2.4	El Derecho a la Salud en la Constitución de República	103
2.3.3	La Posición Doctrinaria Adoptada por el Grupo	106
2.3.3.1	El Análisis del Problema en Relación a la Posición Doctrinaria Adoptada	106
	Referencias Bibliográficas	108
2.4	MARCO JURÍDICO	110
2.4.1	La Base Constitucional	110
2.4.1.1	Principio de Igualdad	111
2.4.1.2	Principio de Bien Público	111
2.4.2	Regulación de los Instrumentos Jurídicos Internacionales	113
2.4.2.1	Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales	113
2.4.2.2	Convención Americana sobre Derechos Humanos	115
2.4.2.3	Declaración Universal de Derechos Humanos	116
2.4.2.4	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	118

2.4.3	Convenios en Materia de Salud Suscritos por El Salvador con otros Estados u Organismos Internacionales	119
2.4.4	El Tratamiento en la Legislación Secundaria	121
2.4.4.1	Código de Salud Salvadoreño.....	121
2.4.4.2	Propuesta de Reformas al Código de Salud	125
2.4.4.3	Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancias de las Profesiones de Salud	126
2.4.4.4	Código Municipal	126
2.4.4.5	Código Penal Salvadoreño	127
2.4.4.6	Ley de Patronatos de Centros Asistenciales	128
2.4.4.7	Reformas a la Ley de Patronatos de Centros Asistenciales	128
2.4.4.8	Estatutos del Patronato del Hospital Nacional Rosales	128
2.4.5	El Tratamiento Reglamentario	128
2.4.5.1	Reglamento Interno del Consejo Superior de Salud Pública	128
2.4.5.2	Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	129
2.4.5.3	Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	130
2.4.5.4	Reglamento General del Hospital Nacional Rosales	130
2.4.6	Jurisprudencia Salvadoreña	130
2.4.7	Derecho Comparado. El Caso de la República de Guatemala	131
	Referencias Bibliográficas	134

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS DE TRABAJO	136
3.1 PRESENTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	136
3.1.1 Formulación y Explicación de la Hipótesis de Trabajo	136

3.1.2	Extremos de Prueba de la Hipótesis de Trabajo	139
3.1.3	Fundamentación de la Hipótesis	140
3.1.4	Contextualización de la Hipótesis	143
3.1.4.1	Factores Precedentes	143
3.1.4.2	Factores Intervinientes	144
3.1.4.3	Factores Coexistentes	144
3.1.4.4	Factores Subsecuentes	144
3.1.4.5	Factores Consecuentes	145
3.2	OPERATIVIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS	145
3.2.1	Variables e Indicadores	145
3.2.2	Relaciones entre los Indicadores	147
3.2.2.1	Relaciones Causales	147
3.2.2.2	Relaciones Funcionales	148
3.2.3	Preguntas Derivadas	149
3.2.4	Técnicas de Verificación	152

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	153
4.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	153
4.1.1 Resultados de las Encuestas	153
4.1.2 Resultados de las Entrevistas	165
4.2 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	173
4.2.1 Interpretación de los Resultados en Relación a la Hipótesis	173
4.2.2 Interpretación de los Resultados en Relación a los Objetivos	175
4.2.3 Interpretación de los Resultados en Relación a Valor Jurídico Tutelado	177
4.3 LOS RESULTADOS PROCESALES	177

CAPÍTULO V

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	179
5.1 EL PROYECTO DE LA INVESTIGACIÓN	179
5.2 EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	180
5.3 LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	180
5.4 OBSTÁCULOS ENFRENTADOS Y REAJUSTES INTRODUCIDOS	180

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	183
6.1 CONCLUSIONES	183
6.1.1 Conclusiones Generales	183
6.1.2 Conclusiones Particulares	184
6.2 RECOMENDACIONES	186
6.2.1 Recomendaciones Mediatas	186
6.2.2 Recomendaciones Inmediatas	187
6.3 CONSIDERACIONES FINALES	189
BIBLIOGRAFÍA	191

ANEXOS.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación fue elaborado como requisito académico previo a obtener el grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador. Dicha investigación la realizamos en el área de Derecho Constitucional en el Undécimo Seminario de Graduación el cual lo desarrollamos de enero del año dos mil a agosto del año dos mil uno.

A. OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.

Nuestro objeto de investigación fue conocer si El Estado salvadoreño, a través de los hospitales nacionales, garantiza el derecho a la salud gratuita a toda la población que solicita asistencia médica y determinar los factores que inciden en el cumplimiento de ese derecho.

B. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

B.1 IMPORTANCIA SOCIAL.

La investigación y estudio del derecho a la salud gratuita a los pacientes que carecen de recursos económicos, 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 dar este servicio social.

Cabe destacar que esta situación no es única en El Salvador, ya que según investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), existen de 2500 Millones

de personas en el mundo que no disponen de los cuidados básicos médicos. El difícil acceso a la salud en los países subdesarrollados como los del Continente Africano, tiene mucho que ver con factores como: la pobreza, falta de vivienda, de agua potable, políticas sanitarias, etc. (Periódico La Prensa Gráfica, mayo 2000, pag. 2).

A nivel mundial podemos decir que el mejor nivel de vida lo tiene Canadá, siendo reconocido así, por la Organización de las Naciones Unidas en base a los mejores niveles de atención médica, expectativas de vida y niveles educacionales, (Periódico El Diario de Hoy, 2 de julio del 2000, pág. 16). En lo relativo a la clasificación de los sistemas sanitarios establecidos por la Organización Mundial de la Salud, El Salvador ocupa el puesto número 115 y el primer lugar para Francia, lo cual demuestra que en nuestro país muy poco se hace por mejorar este servicio, (Periódico El Diario de Hoy, 22 de julio del 2000, pág. 6). Para que la población mundial pueda tener acceso a la salud gratuita se han involucrado instituciones voluntarias internacionales tales como: Médicos sin Fronteras, Cruz Roja Internacional, Agencia Cristiana de Barcos de la Misericordia, Cross Conexión, etc. quienes han llevado servicio médico generales y de especialistas alrededor del mundo. (O.M.S., Informe sobre la salud, año 2000 pag. 2).

En la región Centroamericana, podemos decir que los mejores servicios públicos los tiene Costa Rica ya que el 75% de su Producto Interno Bruto lo utiliza para inversión pública. (ESPINOZA FIALLOS, Eduardo. Revista El Universitario, febrero 2000, pag. 19).

En El Salvador, la situación es distinta por que existen muchos problemas sociales sin solución, como el desempleo, la delincuencia, etc., si bien es cierto nuestro marco constitucional reconoce el derecho a la salud gratuita, en el artículo 66, la realidad nos demuestra todo lo contrario ya que el sistema de salud nacional esta en crisis total, y son

los usuarios los que tienen que cargar con el peso de esta mala calidad de servicio, además, deben de pagar por los servicios que reciben en cada hospital Nacional o Unidades de Salud. Debemos de mencionar que al interior de la República algunos cantones o caseríos se han beneficiado momentáneamente con la ayuda de organismos internacionales, que han llevado salud gratuita a las poblaciones en extrema pobreza, siendo estos organismos: Cross Conexión, Austin Smille, Barco de la Misericordia, Healing Dathe Children, Salvadorean American Health Fundatión, que en la medida de lo posible han colaborado con asistencia médica al país.

A nivel urbano los hospitales nacionales que funcionan, están en condiciones deplorables por la falta de infraestructura nueva, personal médico, medicamentos, etc. y sumado a ello los efectos del terremoto del presente año han golpeado más a estas instituciones públicas.

B.2. IMPORTANCIA CIENTIFICA

Para elaborar nuestra investigación tomamos como antecedentes las elaboraciones teóricas realizadas hasta la fecha, que en mayor o menor medida tocan la problemática del derecho a la salud; entre estas tenemos:

- a) “EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR”. Tesis presentada por Doris Sánchez Martínez, Quien solo habla en general del derecho a la salud por parte del Estado Salvadoreño.
- b) “COMENTARIO SOBRE LA SALUD”. Este comentario se refiere a los problemas por los que atraviesa el sector salud en general, elaborado por el Doctor Eduardo Espinoza Fiallos.
- c) “INFORME DE SALUD SOBRE LAS JORNADAS MÉDICAS DE LAS FAMILIAS”. Este informe se refiere sobre los proyectos llevados a cabo para mejorar

en cierta medida la salud de las familias, y ha sido elaborado por el gobierno de El Salvador que presidió el Doctor Armando Calderón Sol.

Todos estos antecedentes hacen énfasis al problema de la salud, pero solo hay uno que específicamente tiene una relación directa con nuestra investigación y es: “EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR” de Doris Sánchez Martínez, la cual data de 1994. En nuestra investigación tratamos de establecer como se encuentra el derecho a la salud en la actualidad y la importancia de nuestra investigación radica en que los servicios de salud son pagados en los hospitales nacionales y de esto no se ha escrito nada a la fecha.

C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

De acuerdo al objeto de estudio planteamos nuestros objetivos y los dividimos en generales y particulares.

C.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar en que medida el Estado salvadoreño garantiza el derecho constitucional a la salud gratuita de las personas de escasos recursos económicos; identificar los factores que han incidido en la tutela del derecho a la salud, en el período de 1999-2001 y en el municipio de San Salvador. Sobre la base del estudio realizado, proponer medidas y acciones a los organismos competentes, encaminadas a contribuir a solucionar los problemas que enfrenta el sistema salud para cumplir con esa obligación constitucional.

C.2. OBJETIVOS PARTICULARES.

- Determinar la situación actual sobre la organización e infraestructura en que se encuentran los hospitales nacionales y unidades de salud.

- Demostrar la existencia de cobros de las llamadas cuotas voluntarias a la población usuaria de escasos recursos.
- Estudiar los antecedentes históricos del sistema de salud salvadoreño.
- Comparar el derecho a la salud y la función del sistema de salud de conformidad a los enfoques doctrinarios.
- Determinar las distintas normas jurídicas aplicables a la tutela del derecho a la salud y la obligación estatal de garantizar ese derecho.

D. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para una mejor explicación de la investigación que realizamos, combinamos el estudio tanto en el ámbito empírico como documental.

Indiscutiblemente fue necesaria la consulta, estudio y análisis de documentos bibliográficos que tuvieron relación con nuestro tema o problema. De igual manera, también realizamos estudios de casos concretos reales, que nos aportaron datos básicos y fundamentales para nuestro objeto de estudio.

D.1. PERSPECTIVA METODOLÓGICA.

En vista que nuestra investigación abordo como objeto “La obligación constitucional del Estado Salvadoreño de garantizar salud gratuita a los habitantes del área urbana del municipio de San Salvador”, utilizamos el Método Histórico Sociológico, a través del cual estudiamos los elementos constitutivos de nuestra investigación, como son los hospitales nacionales, el derecho a la salud, el derecho a la vida, a la vivienda, al trabajo, al medio ambiente, la baja asignación presupuestaria, la falta de personal médico, las consultas a largo plazo y la obligación del Estado de proteger estos derechos sociales. También utilizamos en cierta medida la escuela formalista dogmática, dado que la

categoría del derecho a la salud esta regulado en una norma jurídica, en nuestra constitución como un derecho social.

A partir de esta perspectiva adoptada utilizamos las siguientes fuentes de información; en la fuente formal utilizamos: fuentes bibliográficas y documentales; en las fuentes reales fueron: el personal médico, paramédico, y jefes de unidades de atención que trabaja en cada hospital nacional, encargados del patronato y población usuaria y pacientes.

D.2. EL TIPO DE INVESTIGACIÓN.

- ***DESCRIPTIVO:*** Este tipo de estudio fue necesario en un primer momento para conocer y hacer una descripción de todos los pormenores del objeto de estudio; así como, una relación importante con el fin de demostrar de una forma coherente y sistemática de fácil comprensión en base a la información empírica existente relativa al tema de estudio que tenemos.

- ***EXPLICATIVO:*** Aquí identificamos la relación causal existente en nuestra problemática teniendo como base la realidad concreta, la cual analizamos e interpretamos de acuerdo al método científico y sus respectivas técnicas que más adelante mencionaremos.

Este nivel de investigación tendrá como base la información teórica.

D.3. LA CLASE DE INFORMACIÓN Y SUS FUENTES.

- ***INFORMACIÓN TEÓRICA:*** Esta la obtuvimos de las fuentes formales como lo fueron las diferentes bibliotecas que consultamos.

- **INFORMACIÓN EMPÍRICA:** La obtuvimos de los datos obtenidos de las fuentes documentales y reales.

D.4. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

DOCUMENTAL.

Con esta se construyo más que todos los marcos Histórico, Coyuntural, Doctrinario y Jurídico, ya que por ser una investigación teórica exige gran cantidad de información documental y formal.

Para esto contamos con:

- Fichas bibliográficas y hemerográficas
- Fichas de trabajo para fuentes documentales

DE CAMPO.

Entrevistas y Encuestas: las consideramos una técnica esencial para nuestra estrategia metodológica, ya que con esta profundizamos en la naturaleza del problema y fue instrumento de gran utilidad para las recomendaciones.

D.5. LAS ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.

PRIMERA: Delimitación del Problema.

Aquí establecimos los limites y alcances de la investigación separándolos en conceptuales, temporales y espaciales.

SEGUNDA: Análisis del Problema.

Se trata de la descomposición de los elementos que componen el objeto de estudio partiendo de las categorías del eje problemático y analizando cada una de ellas.

TERCERA: Construcción del Marco de Análisis.

No es más que la etapa donde se elabora los marcos siguientes: Histórico, Coyuntural, Doctrinario y Jurídico. En base a las distintas fuentes de información existentes y recabadas.

CUATRO: Construcción de la Hipótesis de Trabajo.

Pero antes que todo tenemos que saber que es hipótesis, para Raúl Rojas Soriano, en su libro Guía Para Realizar Investigaciones Sociales, la define como: “Es aquella formulación que se apoya en un sistema de conocimientos organizados y sistematizado y que establece una relación entre dos o más variables para explicar y si es posible, predecir probablemente los fenómenos que le interesa en cada caso de que se compruebe la relación establecida”, pág. 58. Tomando en cuenta el planteamiento del trabajo se diseñó la hipótesis, procurando que estuviese acorde a nuestros objetivos.

QUINTO: La Verificación de la Hipótesis.

Es la comprobación de la hipótesis elaborada para saber si se cumple o no.

SEXTO: Presentación de Resultados.

Comprende la elaboración escrita del informe de los resultados obtenidos y la defensa de este ante el grupo del seminario.

E. FUENTES DE INFORMACIÓN.

Son aquellos lugares físicos o materiales de los cuales se obtuvo información del problema que estudiamos, atendiendo a los criterios de accesibilidad, confiabilidad y actualidad. Dichas fuentes se clasifican en:

E.1 FUENTES DOCUMENTALES.

a) PRINCIPALES

- Biblioteca del Hospital Nacional Rosales
- Biblioteca de la Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho (F.E.S.P.A.D.)

b) COMPLEMENTARIAS.

- Biblioteca y Hemeroteca de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador.
- Biblioteca del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

E.2. FUENTES REALES.

a) PRINCIPALES

- Hospital Nacional Rosales
- Hospital de Niños Benjamín Bloom
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

b) COMPLEMENTARIAS.

- Unidad de Salud Barrios de San Salvador.

F. CONTENIDO DEL INFORME.

El contenido del informe se encuentra conformado por los siguientes capítulos:

- **CAPÍTULO I:** Comprende la Introducción al Estudio del Problema.

- **CAPÍTULO II: El Marco de Análisis.**

En este capítulo se estructura los cuatro marcos que nos permitieron dar una Hipótesis al problema planteado, siendo estos marcos: Marco Histórico, Coyuntural, Doctrinario y Jurídico.

- **CAPÍTULO III: La Hipótesis de Trabajo.**

Aquí se da a conocer nuestra hipótesis planteada junto a ella su explicación y fundamentación, luego se descompone en variables y de estas se obtiene los indicadores, una vez hechas las relaciones funcionales se sacaron las preguntas derivadas.

- **CAPÍTULO IV: Los Resultados de la Investigación.**

En este capítulo se dan a conocer las informaciones recogidas así como su proceso de tabulación, graficación y posterior la interpretación de los datos obtenidos.

- **CAPÍTULO V: El Desarrollo de la Investigación.**

Se refiere a como verificamos nosotros nuestra investigación, así como las dificultades encontradas y reajustes introducidos a nuestro informe.

- **CAPÍTULO VI: Las Conclusiones y Recomendaciones.**

Es la parte final y práctica de nuestro informe y en donde se establece tanto en las conclusiones mediatas como inmediatas, así también las recomendaciones que se hacen a los sujetos que intervienen en la problemática investigada.

Al final agregamos la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DEL PROBLEMA

En este capítulo hablaremos de los siguientes aspectos: el objeto de la investigación, los alcances de la investigación y sobre el planteamiento del problema.

1.1. LA PROBLEMÁTICA Y EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La problemática del sector salud es muy diversa y compleja, pues existe varios factores que inciden directamente como: la negativa del Estado en proporcionar mayor presupuesto a los hospitales nacionales para mejorar la calidad de salud, las políticas de privatización de los servicios públicos y la mala administración de los recursos asignados a cada hospital. Estos factores han llevado a este sector a una crisis total. También podemos decir que no solo los hospitales nacionales afrontan este problema, pues existen hechos similares y muy recientes en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS.), que es una institución autónoma que brinda servicios de salud; a la que están afiliados trabajadores del sector público y privado. La mala administración de los recursos de esta institución a llevado a un colapso institucional, del cual nos atrevemos a decir que es una maniobra para inyectarle la privatización y vender la imagen que esta es buena para el país. La población salvadoreña demanda del Estado que se le asista gratuitamente la salud, porque no todos tienen capacidad de poder pagarla; además, este es un derecho constitucional enmarcado en la constitución en el artículo 66 y que en el inciso 1° expresa claramente “Que el Estado esta obligado a dar asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, para prevenir la diseminación de enfermedades”. (1)

En nuestra investigación tratamos de establecer si verdaderamente se cumple este derecho o se viola las disposiciones constitucionales, los Tratados internacionales y leyes

Secundarias. Tomando en cuenta el planteamiento anterior del problema que formulamos a través de pregunta fue: ¿En que medida El Estado salvadoreño a cumplido con su obligación constitucional de garantizar servicios gratuitos de salud a la población de escasos recursos económicos del municipio de San Salvador en el período 1999-2001 y que factores han incidido en el incumplimiento de esa obligación constitucional”. Con relación a la pregunta planteada formulamos nuestro tema de trabajo el cual es:

“LA OBLIGACIÓN CONSTITUCIONAL DEL ESTADO SALVADOREÑO DE GARANTIZAR SALUD GRATUITA A LOS HABITANTES DEL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE SAN SALVADOR, PERÍODO 1999-2001”.

Del planteamiento anterior el eje problemático queda así:

- a) ***Sujeto Activo:*** El Estado Salvadoreño a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Red Hospitalaria Nacional.
- b) ***Objeto:*** El Derecho a la Salud gratuita.
- c) ***Sujeto Pasivo:*** la Población Usuaría.

Para comprender mejor el eje problemático trataremos de hablar sobre cada uno de sus elementos constitutivos:

ESTADO SALVADOREÑO.

El Estado salvadoreño establece una jerarquía y calidad de personas que componen un pueblo, la Constitución de El Salvador, establece que el territorio de la república sobre el cual ejerce jurisdicción y soberanía es irreductible. (2)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

Es la institución rectora de la salud en El Salvador. Fue creada en 1948, como Dirección General de Salud y nominado en 1950, como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; bajo su responsabilidad se encuentra la prestación de servicio de salud tanto preventivo como curativos a más del 85% de la población salvadoreña, incluyendo la atención de salud.

POBLACIÓN USUARIA DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS.

La población de un territorio o país que comprende a los hombres, mujeres, ancianos, niños y niñas del género humano sobre el planeta o habitantes de un Estado, ciudad o pueblo.

La población de escasos recursos económicos, son las personas naturales que no tienen los medios suficientes para su subsistencia material, así como el padecimiento de muchas privaciones esenciales en su vida cotidiana por la falta de recursos económicos reducidos y por pertenecer a la clase más modesta. (3)

1.2. ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. Alcances Conceptuales.

Consideramos de mucha importancia establecer un código de lenguajes referente a las categorías y acepciones que durante la investigación serán utilizadas, para que estas contengan de forma sencilla y concatenada el entendimiento requerido para su fácil lectura y comprensión; por lo que a continuación detallamos los siguientes conceptos:

SISTEMA SALUD.

Organización creada por el Estado para velar y proteger el derecho a la vida a través del acceso a la salud en la consecución de los valores de justicia, seguridad jurídica y bien

común, en beneficio de la población en general, que se valora como una de las metas finales del Estado salvadoreño. (4)

ESTADO SALVADOREÑO.

El Estado salvadoreño establece una jerarquía y calidad de personas que componen un pueblo, la Constitución de El Salvador, establece que el territorio de la república sobre el cual ejerce jurisdicción y soberanía es irreductible. (5)

DERECHO A LA SALUD.

Es un derecho social que tiene toda persona humana a que se le garantice y proteja respecto a la salud, como una obligación del Estado a proporcionar dicho beneficio; la salud, comprende el bienestar físico, mental y social como aspectos para ejercer normalmente todas las funciones del ser humano. (6)

DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD GRATUITA.

El derecho Constitucional, es la rama del derecho público que tiene por objeto la organización del Estado; de garantizar la salud como un bien jurídico, en beneficio de la persona humana, la cual no esta obligada al pago por los servicios médicos pues es una garantía y obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes de la República de El Salvador, constitucionalmente este derecho equivale a un servicio social proporcionado por el Estado gratuitamente, sin percibir remuneración alguna. (7)

OBLIGACIÓN CONSTITUCIONAL.

El Estado para satisfacer las necesidades de sus habitantes se obliga para con ellos a proporcionar protección, seguridad, bienestar y el goce de los derechos sociales, siendo una obligación o exigencia moral que debe regir la voluntad libre y vinculada a hacer una

cosa. Constitucionalmente la obligación se enmarca a todo aquello que se ajusta o es conforme a las normas que la Constitución establece. (8)

POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS.

La población de un territorio o país que comprende a los hombres, mujeres, ancianos, niños y niñas del género humano sobre el planeta o habitantes de un Estado, ciudad o pueblo.

La población de escasos recursos económicos, son las personas naturales que no tienen los medios suficientes para su subsistencia material, así como el padecimiento de muchas privaciones esenciales en su vida cotidiana por la falta de recursos económicos reducidos y por pertenecer a la clase más modesta. (9)

POBREZA.

La Población que solo cubre la canasta básica ampliada (Educación, Vivienda, Salud, Alimentos, Vestidos, etc.)

EXTREMA POBREZA.

Es la Población que no cubre la canasta básica alimentaria. (10)

1.2.2. Alcances Temporales.

CORTE COYUNTURAL.

Nuestra investigación es desde 1999 hasta febrero de 2001. Esto por las razones siguientes: a partir de 1999 da inicio el período de gobierno del presidente Licenciado Francisco Guillermo Flores Pérez, denominando su política de gobierno “Alianza para el Progreso”, la cual tiene la finalidad de reorientar los programas de salud a lineamientos estratégicos

del plan de gobierno, creando las gerencias de atención integral de salud a grupos vulnerables y al medio ambiente, como fundamento para cumplir la Política Institucional la cual es: “MEJORAR EL ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS BÁSICOS EN MATERIA DE SALUD, CON ENFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CON EL FIN DE ELEVAR EL NIVEL DE VIDA DE LA POBLACIÓN SALVADOREÑA”.

CORTE HISTÓRICO.

Los antecedentes históricos inmediatos comprenden el período de 1984 a 1999, ya que en este período estudiaremos las políticas de salud en las administraciones presidenciales: Ingeniero José Napoleón Duarte, Licenciado Felix Alfredo Cristiani Burkard y Doctor Armando Calderón Sol, en los períodos 1984- 1989, 1989-1994 y 1994-1999 respectivamente.

En los antecedentes mediatos estudiaremos los hechos más relevantes de la salud, de 1984 hacia atrás en la historia salvadoreña.

1.2.3. Alcances Espaciales.

La delimitación espacial de nuestra investigación comprende el área urbana del municipio de San Salvador, la cual linda: al Norte, con el Municipio de Mejicanos; al Sur, con el municipio de San Marcos; al Oriente, con el municipio de Soyapango; al Poniente, con Nueva San Salvador, departamento de La Libertad; y tiene una extensión territorial 72.25 km², con una población de 1,018,424 habitantes, de los cuales 485,231 pertenecen al sexo masculino y 533,193 al sexo femenino. Dentro de esta delimitación estudiamos las siguientes unidades de observación: Hospital Rosales y Hospital de Niños Benjamín Bloom. (11)

1.3. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Para iniciar el planteamiento del problema diremos que los elementos constitutivos de él son los siguientes:

- a) **Sujeto Activo:** El Estado salvadoreño a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Red hospitalaria nacional.
- b) **Sujeto Pasivo:** La población usuaria de escasos recursos económicos.
- c) **Objeto:** El derecho a la salud gratuita.

Basándonos en el planteamiento anterior estudiamos y analizamos en forma coherente y sistematizado las categorías del eje problemático. Cada una de las categorías se estudio dentro de los aspectos siguientes:

El Estado Salvadoreño comprende aspectos de estudio en los marcos:

- **Coyuntural:** La obligación de garantizar el derecho a la salud gratuita; El Presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; La Organización del Sistema de Salud; El número de hospitales; La capacidad de los hospitales para albergar pacientes; Las tarifas de cobros por los servicios médicos; La infraestructura en los hospitales.
- **Histórico:** La evolución del derecho a la salud; La evolución normativa.
- **Doctrinario:** Estudiamos la normativa y la doctrina de lo escrito por los tratadistas sobre el derecho y la atención de la salud.

- **Jurídico:** La base constitucional del derecho a la salud; La normativa de creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias, así como los tratados internacionales, leyes secundarias, decretos legislativos y convenios nacionales e internacionales.

En cuanto a la población usuaria estudiamos los siguientes aspectos:

- **Coyuntural:** El tipo de población que tiene acceso a la salud; El promedio de vida de la población, Los problemas que tienen los usuarios al acceder a los servicios de salud; La calidad de servicio que reciben los usuarios y el nivel económico de la población usuaria.
- **Histórico:** La evolución de la población pobre y en extrema pobreza.
- **Doctrinario:** Lo escrito por los filósofos y tratadistas sobre el hombre y los derechos sociales.
- **Jurídico:** La norma constitucional, tratados internacionales y leyes secundarias que regulan la conducta de la población salvadoreña.

En lo concerniente al derecho a la salud, estudiamos los siguientes aspectos:

- **Coyuntural:** El cobro o cuota voluntaria por los servicios de salud; La falta de medicamento; La falta de insumos médicos; La falta de equipo médico básico; La falta de infraestructura en los hospitales; La falta de personal médico y las consultas a largo plazo.

- **Histórico:** La evolución del derecho a la salud a partir del Código de sanidad; Las distintas reformas a las leyes vigentes sobre el derecho a la salud y la salud gratuita a través de la historia.
- **Doctrinario:** Lo escrito por los doctrinarios, tratadistas y tendencias filosóficas del derecho a la salud.
- **Jurídico:** La norma constitucional, los tratados internacionales, leyes secundarias, reglamentos y decretos que tratan sobre la salud.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL
CAPÍTULO I**

- 1 ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. Decreto No. 38 de fecha 15 de diciembre de 1983, Constitución de la República de El Salvador. Pág. 16.
- 2 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Memorias de Labores del año 2000. Pág. 2-3.
- 3 OSORIO, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales, Argentina, Editorial Claridad, año 1984.
- 4 SECRETARÍA NACIONAL DE LA FAMILIA. Gobierno de El Salvador, Informe de Salud sobre las Jornadas Medicas, agosto 1996, San Salvador. Pág. 5.
- 5 ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. Decreto No. 38 de fecha 15 de diciembre de 1983, Constitución de la República de El Salvador. Pág. 70.
- 6 Idem. Ob. Cit. Pág. 19.
- 7 FUNDACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA APLICACIÓN DEL DERECHO. Estudiemos Nuestra Constitución, año 1983. Pág. 23.

- 8 ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. Decreto No. 38 de fecha 15 de diciembre de 1983, Constitución de la República de El Salvador. Pág. 17.
- 9 OSSORIO, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales, Argentina, Editorial Claridad, año 1984.
- 10 LA PRENSA GRÁFICA. 6 de julio de 2001, pág. 24.
- 11 MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. Instituto Geográfico Nacional “Ingeniero Pablo Arnoldo Guzmán”, Monografía del Departamento de San Salvador, año 1990 Pág. 27.

CAPITULO II

EL MARCO DE ANÁLISIS

2.1. MARCO HISTÓRICO.

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

Por lo que consideramos que este derecho es inherente a la persona humana, 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 medio ambiente 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.

2.1.1. Los Antecedentes Mediatos del Problema.

2.1.1.1. Generales.

El derecho a la atención a la salud se manifestó inicialmente por medio de la prestación de servicio de atención a los pobres, a cargo de ciertos órganos de gobierno e instituciones religiosas. Ya en el siglo IV a. de J. C., los médicos egipcios, remunerados por el Estado atendían a los pobres en calidad de ciudadanos egipcios no así a los hebreos ya que los leprosos eran marginados de las ciudades y enviados a cuevas alejados de la sociedad dominante y el Estado no proporcionaba ayuda a este tipo de enfermos, si no que eran los familiares que se encargaban de llevarles alimentación y vestuario en los últimos días de su existencia ya que para la lepra no existía medicamentos curativos. En los comienzos de la era cristiana la Iglesia fundó, aproximadamente en el año 325,

hospitales para los pobres. Más tarde las autoridades municipales se hicieron cargo a menudo de esos servicios. En la Edad Media era obligatorio colocar carteles en las casas para alertar a la comunidad sobre casos de peste, lo que demuestra un “reconocimiento embrionario” del derecho a la protección de la salud. Las leyes isabelinas de socorro a los pobres promulgadas en Inglaterra a principios del siglo XVII, reconocían la responsabilidad pública con respecto a los pobres e indigentes y contenían disposiciones relativas a la atención de la salud. (1).

En general, se considera que las leyes que garantizan el derecho a la atención a la salud se originan con la Revolución Industrial. A consecuencia de la mecanización y el aumento de la productividad fue posible en esa época proporcionar cierto grado de protección a la salud de los trabajadores, quienes durante siglos habían sido considerados como elementos de trabajo fácilmente reemplazables. Tal como lo señala el distinguido historiador George Rosen, “del mismo proceso del que surgieron las fábricas, la economía de mercado y las grandes ciudades surgieron también los problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar las enfermedades y proteger la salud”. Con el auge de la industrialización se establecieron diversos mecanismos para solventar la atención médica, algunos de los cuales fueron establecidos por medio de legislación. Sin embargo, los movimientos que preconizaban la importancia de proteger la salud pública y el bienestar social surgieron también como consecuencia de la Revolución Industrial y contribuyeron a permitir el reconocimiento del derecho a la atención de la salud tanto para la sociedad en su conjunto como para determinados grupos en particular. (2)

Inglaterra impulsó el movimiento a la salud, cuando la Reina Victoria organizó comisiones para investigar las condiciones de salud de la clase trabajadora. Se menciona que en 1832, el Abogado Edwin Chadwich, fue nombrado como asistente de la comisión

Real encargada de investigar las condiciones reales de aplicación de la Ley de los pobres; luego se crea el Primer Consejo de Salud, reconociendo por primera vez en la humanidad que la salud del pueblo era integralmente reconocida como importante acción administrativa del gobierno. (3)

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

Uno de estos hechos es el movimiento social que actualmente se identifica como Salud Pública, es mucho más reciente, situándolo a principios del siglo XX no como un hecho aislado, sino como un complejo fenómeno estrechamente relacionado con una amplia corriente filosófica, cuyo núcleo de acción radica en lograr un mayor respeto por la dignidad del hombre, cambiando la filosofía de compasión por comprensión del derecho a la Salud. (4)

2.1.1.2. Nacionales.

Con la llegada de los españoles al nuevo continente se forman las colonias españolas en donde tuvieron 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 le dice: “de

que no envíe mas médicos a la Nueva España, por que considera a los curanderos indios suficientemente buenos y tal vez mejores por que los soldados y misioneros son curados por los indios”. Dentro de los medicamentos para curar en El Salvador el bálsamo tenía un enorme valor ya que en esa época se dio a conocer con el nombre de bálsamo del Perú debido a que de El Salvador se embarcaba en los buques que llegaban al Perú y de aquí transportados a España. Es de recalcar que durante la colonia se hizo mas uso de la farmacopea indígena que de la Europea.

El Rey de España ve en el medicamento indígena un nuevo recurso económico y establece ciertas leyes para el control de estos medicamentos en Hispanoamérica. Como 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 tal indio barbero, vecino de Izalco, llamado Juan Cacareno, la venta de hiervas 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. En el Salvador lo que tuvo auge fue la industria del añil y como una forma de mantener la buena salud en los esclavos es que se brindo la salud gratuita a iniciativa de Fray Bartolomé de las Casas (1474-1566). Posteriormente para finales de 1888 ya existían instituciones de caridad que se encargaban de proporcionar atención médica gratuita, pero 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 para ser de su “Responsabilidad”, manteniendo éste el sistema de “Caridad”

basado en el pago de sueldos nominales y ofreciendo un servicio de baja calidad y poca cantidad; que al aumentar desproporcionadamente la demanda incrementa la asistencia pagando aun más el precio de la ya deteriorada calidad siendo en esos años el cobro de consulta por unidad de ¢ 0.50 a ¢2.00 por paciente visto.

El primer Hospital de la Capitanía General fue el “Hospital de la Misericordia” y posteriormente según el Libro “Historia de los Hospitales Coloniales de Hispanoamérica”, del Autor Doctor Fidel Aguirre Medrano, cita la existencia del “Hospital la Santísima Trinidad” de la Villa de Sonsonate el cual 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 profesionales de renombre que comenzaron a ejecutar la medicina y el arte quirúrgico titulado y que antes era reservado a las manos de los curanderos y barberos fue el doctor Santiago José Celis como prócer y mártir de la Independencia de Centro América y que tuvo que poner en práctica su profesión a raíz de los movimientos emancipadores.

Luego en el año 1900 se crea el Consejo Superior de Salubridad como una institución nueva en El Salvador la cual dependía del Ministerio de Gobernación o sea del Poder Ejecutivo, hoy Organo Ejecutivo y tenía las atribuciones de emplear la fuerza del Estado para dar cumplimiento a sus disposiciones arbitrarias, esto fue altamente eficiente pero por razones de políticas aldeanas el Consejo perdió fuerza coercitiva y sus miembros se

retiraron. En el año de 1920 se transformo en la Dirección General de Sanidad dependiendo entonces del Ministerio del Interior. Posteriormente se crea el Código de Sanidad de la República de El Salvador mediante Decreto Legislativo No. 147 de fecha 30 de agosto de 1930 publicado en el Diario Oficial No. 26 Tomo 110 de fecha 31 de enero de 1931. Pero antes de la creación de esta normativa ya había sido creado el Hospital Rosales que comienza su función asistencial en el año de 1902 y debemos de mencionar que en la actualidad atiende a casi un cuarto de millón de salvadoreños de escasos recursos. Esta institución se creo con el objeto de brindar asistencia gratuita e ininterrumpida en sus principales áreas de apoyo y servicio, pero en la actualidad su equipo de infraestructura ya caduco su vida útil. En el año 1948 el Consejo General de Sanidad paso a depender del Ministerio de Asistencia Social, que en la actualidad se denomina Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, creada en 1950 como la institución rectora de la salud en El Salvador, actualmente vigente.

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.

Ese mismo año el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social comenzó a fundar en distintas poblaciones “Clínicas de Urgencias” con el objeto de atender gratuitamente a la población médico-indigente de ellas y para dar adecuado sitio de trabajo a los estudiantes de medicina y de odontología después de hacer su año de servicio social. En este período se iniciaron las labores del área de Demostración Integral y a la cual se le acreditaron buenas labores a favor de la salud ya que esta área fue la segunda en el mundo de mayor participación y dejo grandes enseñanzas de labores interceptoriales, ya que esto dio inicio

a la atención integral, es decir, dando en el mismo establecimiento atención curativa y preventiva y por sobre todo, en el área de Demostración Sanitaria, con su centro de adiestramiento se sentaron las bases de lo que posteriormente fue, en 1958, la primera Escuela de Capacitación Sanitaria de Centro América.

En el año de 1980, fue el período del conflicto armado donde la guerrilla salvadoreña llegó a disponer de complicados servicios de salud que comprendían no solamente el rescate de los heridos del frente de batalla, sino también una red escalonada por niveles de complejidad que culminaban en cada uno de los frentes de guerra, con un “Hospital de Frente”. En esta época los hospitales eran clandestinos y las “ambulancias” que transportaban el personal y los eventuales heridos eran igualmente clandestinos y sus ocupantes eran provistos de anteojos oscuros sellados cuidadosamente con tirro para que quién se los pusiera no se orientara sobre la ruta al hospital.

LOS SERVICIOS DE LA SALUD

2.1.2. Los Antecedentes Inmediatos.(1984-1999).

Sinopsis de la Salud durante la Administración del Presidente de la República Ingeniero José Napoleón Duarte.

Durante la administración presidencial del ing. José Napoleón Duarte, período del partido político (PDC), no se le dio dentro de su política de gobierno un apoyo al derecho a la salud pues los problemas sociales y políticos por los que atravesaba nuestro país en esa época tenían prioridad el apoyo al Ministerio de Defensa, al programa de la Reforma Agraria y a buscar el diálogo por la paz como objetivo primordial de su gobierno.

En lo concerniente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social este cubría al sector público potencial en un 85 % de la población, dejando el 15 % restante a ser cubiertos por los centros autónomos y privados. Para 1985, la población estimada en el país era de 5 millones 150 mil 196 habitantes, de los cuales por lo menos 434 mil salvadoreños se encontraban fuera del país, la población a atender en materia de salud era de 4 millones 716 mil 175 mil habitantes que, siguiendo la distribución en que el 43 % de la población se ubica en los centros urbanos y el 57 % es rural, dejando como resultado que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debería atender a 2 millones 593 mil 896 habitantes urbanos y 2 millones 122 mil 278 habitantes rurales.

Sin embargo en este período el Ministerio de Salud, apenas contaba con 341 establecimientos de los cuales habría que descontar un número no determinado de establecimientos cerrados en las zonas conflictivas de la Región Oriental, Central y Norte del país, en este período fueron 14 hospitales los que proporcionaron atención curativa deficiente y de estos, el 71.4 % se concentraban en las 3 ciudades más importantes del país, dejando el número restante de establecimientos para ofrecer algún tipo de primeros auxilios y atención primaria en salud.

Lo anterior evidencia la incapacidad del Estado de atender la demanda a través de sus establecimientos que, en la mayoría de los casos no atienden eficientemente situaciones de enfermedades corrientes o actividades preventivas, sino únicamente emergencias.

En el sector privado, el servicio fue más eficiente pero de acceso restringido si tomamos en cuenta las elevadas tarifas que se cobraban en relación a los bajos ingresos de los sectores populares.

Todo lo anterior, va en detrimento de peores condiciones de vida de los sectores populares. Lo que reflejaba un modelo de atención en salud con 3 problemas fundamentales:

- **Ineficiencia**: en este esquema no existe atención en relación proporcional entre las inversiones de salud y los niveles de mejoramiento de la situación actual de la época.
- **Ineficacia**: este modelo no produce alivio en salud ya que es incapaz de solucionar los problemas de las enfermedades y a la vez la medicina curativa es de mala calidad.
- **Desigualdad**: existe menos acceso a la salud en relación a la atención a la salud.

Por otra parte, las asignaciones presupuestarias dejan ver la disminución en el interés de mantener la salud de la población. Se registra una baja en las asignaciones dentro del presupuesto para salud pública, de 10.7 % en 1972 hasta un 8.2 % en 1986, mientras que los gastos en Defensa y seguridad aumenta su participación del 9.2 % en 1978 a 25.5 % en 1986.

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

El desplazamiento de miles de personas hacia la capital a raíz de la ampliación y profundización de la guerra, a generado zonas urbanas de hacinamiento en las que proliferaron distintos tipos de enfermedades transmisibles como: diarreicas y amebiana. Además es de tomar en cuenta el desordenado crecimiento urbano que se genero en este período, el número de vehículos en crecimiento que iban contaminando el aire de plomo y monóxido de carbono; las aguas negras sin tratamiento llegaron a contaminar los ríos en

cloacas y estos a la vez contaminaron mantos y redes de agua potable, propiciando focos de epidemias.

El terremoto del 10 de octubre de 1986 dañó considerablemente el 90 % de la capacidad hospitalaria instalada en el área urbana de San Salvador, afectando de manera irreparable los principales centros hospitalarios de la ciudad; esto contribuyó a que buena parte de la población que provenía de tugurios, mesones, y colonias ilegales como marginados de los beneficios sociales vieran más difícil el acceso a sus necesidades en materia de salud. Para finalizar dentro de este período la salud estuvo perfilada hacia la población infantil ya que lo que más se incrementó fueron jornadas de vacunación.

Como una muestra del objetivo de estas campañas citamos un extracto del pensamiento del Presidente de la República, ingeniero José Napoleón Duarte: “Quiero pedir a los alzados en armas que piensen que por encima de los conflictos y de odio, por encima de los problemas de diferencias ideológicas está la vida del ser humano y espero que este día, en vez de tirarnos balas unos a otros, hermanos contra hermanos, nos unamos para darle un abrazo a un niño, para verlo llorar, sí. Para verlo llorar porque le ponen una inyección o porque le dan una medicina pero para verlo llorar porque le salvamos la vida...” (5) *Con motivo de la III Jornada Nacional de Vacunación. 21 de abril/85.*

***El Sistema de Salud durante la Administración del Presidente de la República
Licenciado Félix Alfredo Cristiani Burkard.***

Este es el primer período del partido político ARENA (1989-1994) y el planteamiento en el área de la salud inicialmente fue: “El plan de Desarrollo Social”, el cual plasmaba una concepción sobre las políticas sociales a seguir. Este planteamiento era consecuente con

el pensamiento neoliberal en la propuesta económico-social y tenía mucha similitud con la propuesta de la mayoría de los países Latinoamericanos.

A continuación presentamos una síntesis de los principales elementos de este planteamiento:

- Políticas compensatorias al ajuste para el corto plazo las cuales serían ejecutadas por el Fondo de Inversión Social (FIS).
- Las políticas sociales llamadas de “desarrollo” quedan postergadas a mediano plazo con la esperanza de que para ese entonces, hubiese un crecimiento económico de tal forma que el ciudadano usuario pudiese financiar directamente de su bolsillo una importante cuota de estos costos.
- Se planteo con mucha claridad el principio que considera a la salud, no solo como un bien útil en sí mismo, sino también como un bien indispensable para el desarrollo económico, a pesar de estar restringidas las políticas de financiamiento.
- En este plan, el Estado debería de asumir una fuerte función rectora de la política sanitaria. Para esto se propone la creación de un sistema nacional de salud, el cual se encargaría de coordinar todas las políticas entre los entes estatales relacionados con este sector.
- Se suponía que la desconcentración de servicios mejoraría significativamente la función operativa del aparato estatal. Y para lograr esto el Estado dio mayor autonomía en lo administrativo y financiero algunos entes estatales.
- Se da un compromiso al incremento del financiamiento presupuestario para el sector salud.
- Finalmente, se planteo focalizar las prioridades en la atención a la población más vulnerable.

Es de hacer el comentario que la forma en que se desarrolla el concepto de “función rectora” y por lo actuado posteriormente, se hace evidente que lo que se buscaba era una función “coordinadora” para el Estado y no una función rectora; sin embargo no se logro ninguna de las dos.

Los resultados de la gestión en salud de la administración Cristiani fueron:

- Reformas estructurales en el sistema de salud y esto se hizo así a nivel ministerial la cual no sufrió ninguna de las reformas estructurales que habían sido anunciadas. Al final del quinquenio, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, continuaba siendo una estructura muy centralizada, cuyos niveles inferiores carecían de capacidad resolutive; además, existía muy poca participación comunitaria.
- No se da ningún avance en la estructuración del anunciado sistema único de salud; por el contrario, el distanciamiento entre Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, empeoró notablemente en este período; llegando incluso a la confrontación pública sobre el destino del hospital de especialidades y la política para la regulación de la calidad de los medicamentos.
- En cuanto con la coordinación con la empresa privada, se conocieron duras críticas al funcionamiento del sistema estatal de seguridad social y salud por parte de la Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP) y la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), criticando este último al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, como una institución de bajo rendimiento, baja rentabilidad, baja cobertura y obligatorio para el uso de su servicio por parte de la empresa privada.
- Con las Organizaciones no gubernamentales (ONG,S) no hubo coordinación de ninguna índole.

En la descentralización de la prestación de servicios se dio lo siguiente:

Al final de la gestión, ni las municipalidades ni los entes privados habían asumido la prestación de servicios. Por el contrario el gobierno asumía una actitud de oposición a la descentralización. A petición de la Agencia Internacional para el Desarrollo (A.I.D.) se busco que las instancias no gubernamentales asumieran la prestación de servicios a los discapacitados de guerra; pero la iniciativa encontró fuerte resistencia de parte del gobierno a través de la Secretaría de Reconstrucción Nacional (SRN), y esto motivo que la ayuda se congelara por más de dos años.

Las experiencias de servicios descentralizados que se conocen en este período son resultado de implementación directa de la Agencia Internacional para el Desarrollo (A.I.D.) Tal es el caso del plan piloto llamado “Proyecto de Atención Materno Infantil” (PROSAMI) y esta fue vista con recelo y hasta oposición por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En esta administración se crearon los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como instrumento central para el involucramiento de la comunidad en el proceso de planificación, ejecución y evaluación, permitiendo elaborar respuestas tanto a nivel de la comunidad para la eliminación a los factores de riesgos ambientales y sociales existentes, así como la organización de servicios adecuados a las necesidades de la población; sin embargo, estos tuvieron poco desarrollo. En 1991 había solo uno y a finales del quinquenio cinco; los cuales lograron escasos nivel de desarrollo.

La Función Rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue: En este período se intento asumir una función rectora; sin embargo las iniciativas más importantes no se llevaron acabo por las presiones del sector económico.

Tres importantes iniciativas de ley que llegaron a la Asamblea Legislativa procedentes del Ejecutivo fueron:

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

Estas iniciativas de ley perdieron votación y fueron postergadas después de fuertes presiones del sector económico interesado. También fue derogada por el congreso la iniciativa de ley que permitía la regulación del ejercicio profesional de los académicos de la salud, a pesar de contar con el respaldo de la inmensa mayoría de los gremios involucrados. Las únicas iniciativas que se aprobaron en este período fueron generadas por la sociedad civil. Tal es el caso de las modificaciones al código de salud tendientes a mejorar el funcionamiento administrativo del Consejo Superior de Salud Pública, propuesta que surgió del Centro para la Defensa del Consumidor y de la Fundación Maquilishuat.

EL Financiamiento y Presupuesto fue: Durante el quinquenio no hubo prácticamente ningún incremento en la proporción de la población cubierta por la seguridad social en su programa de salud. La inversión que el sector privado hizo en sus trabajadores se mantuvo estancada.

Los esfuerzos por regular la política de recuperación de costos al usuario no progresaron. Al final del período esto se continuaba haciendo sin regulación y sin un marco legal. El dividendo de la paz no sirvió para mejorar el financiamiento de la salud cuando el presidente de la República Félix Alfredo Cristiani Burkard estaba terminando su período.

Síntesis de la Política Sanitaria en el Mandato Presidencial del Licenciado Félix Alfredo Cristiani Burkard.

- Las modificaciones en la estructura estatal de salud, que buscaban la descentralización o al menos la desconcentración, planteadas al inicio del quinquenio, no se realizaron.
- El Estado no logro asumir la función rectora de la política sanitaria en el período. El Fondo de Inversión Social (FIS) fue, en esta administración, el principal instrumento para atender las necesidades de la población más vulnerable. Sin embargo, dentro de este programa la salud no fue prioridad destacada.
- Al final de la administración, se registra un incremento del gasto absoluto en el sector; de cualquier forma, este es de poca importancia si se le compara con el gasto total del estado y disminuye comparado con Producto Interno Bruto (PIB).
- Y por último no se registra ningún incremento importante en el gasto del sector privado en la salud de la población a través de la seguridad social, ni a través de ningún otro mecanismo. (6)

El Sistema de Salud durante la Administración del Presidente de la República Doctor Armando Calderón Sol.

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

En el plan internacional, la finalización de la guerra fría hace que la mayor preocupación de las grandes potencias mundiales, en particular de Estados Unidos, se reduzca a la necesidad de estabilidad y fortaleza institucional pero políticamente se da un

redimensionamiento de la necesidad de apoyar el desarrollo social y las medidas de eliminación de la pobreza.

En el año de 1994, la Política Sanitaria tiene un nuevo giro con la reforma del Sector Salud y la modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; esto conllevó a establecer una política General de Salud la cual fue: “Mejorar el nivel de salud de la población Salvadoreña mediante la Modernización de dicho sector y el desarrollo del ente institucional, tendientes a la atención integral de la salud de las personas y disminución de los riesgos y daños al Medio Ambiente” y define su modernización en las siguientes fases:

Primera Fase:

De 1995 hasta 1999 se pretende la modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Segunda Fase:

De 1999 hasta el 2004 se pretende la modernización del Sector Salud

Tercera Fase:

De 2004 hasta el 2009 se pretende la consolidación del proceso de modernización del Sector Salud a nivel nacional. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, considera en la primera etapa dos grandes componentes:

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

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

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

En la práctica, la departamentalización constituyó la principal medida impulsada; poco se conoce de los resultados de la misma y de otras acciones emprendidas. El resto del sistema marchó a su propio ritmo, arrastrando las mismas deficiencias.

Frente a la precaria situación de las condiciones de salud en el país, para fines de 1993 bajo la iniciativa de la Agencia Internacional para el Desarrollo (A.I.D.), se forma un equipo multidisciplinario y multinstitucional formado por: Agencia Internacional para el Desarrollo (A.I.D.); Organización Panamericana para la Salud (O.P.S.); Banco Interamericano de Desarrollo (B.I.D.) y Fondo Monetario Internacional (F.M.I.), quienes tienen la comisión de realizar una investigación de la situación de la salud y proponer una alternativa a la solución. De esta forma surge Asociación Nacional de la Salud y Asistencia Local (A.N.S.A.L.), y en el año de 1994, entrega al gobierno de El Salvador y a los organismos internacionales, un estudio y recomendaciones del financiamiento de la salud, siendo las siguientes:

- Hay un considerable aumento en la asignación presupuestaria del Estado para salud.
- La administración definió que asumirá sólo el financiamiento de lo que no pudiera hacer la sociedad. La Asociación Nacional de la Salud y Asistencia Local hizo una

definición muy clara de lo que esto debería de ser, pero el Gobierno de El Salvador, no dijo nada al respecto.

- El incremento del gasto de salud provendría, no de nuevos impuestos, sino de una mejor captación fiscal y de la aplicación al área social del producto de la venta de las propiedades estatales que serian privatizadas.
- Se crearía un Fondo Nacional de Salud que administraría todos los recursos del sector, financiando acciones del Estado y particulares.
- Se declaro que el sector privado debería contribuir solidariamente al incremento del gasto en salud; pero no se definió si el pago efectivo de los impuestos ya existentes, o si se incluiría la ampliación de la población cubierta por el régimen de seguridad social.

Recomendaciones de la Asociación Nacional de la Salud y Asistencia Local.

- Incremento sustantivo del gasto en salud.
- Descentralización de los servicios.
- Fortalecer la función “reguladora” del Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Separar el sistema previsional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social del régimen de salud del mismo.
- Hacer “desaparecer” al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tal y como lo conocemos hoy. Quedando abierta la posibilidad de que siga prestando servicios, pero “compitiendo” por la preferencia de los usuarios con otras instituciones privadas.
- Crear un fondo nacional de salud que financie universalmente una canasta básica de servicios en salud.

- Crear un seguro obligatorio para financiar la canasta ampliada. El Estado asumiría el financiamiento de esta canasta en el caso de la población en extrema pobreza y el de la canasta básica para toda la población.
- Priorizar, de forma seria, la atención primaria sobre los demás niveles de atención.
- Participación en la gestión, planificación, ejecución y evaluación de los actores no estatales de salud; recomendando la creación de un consejo nacional de salud.

Con las recomendaciones hechas por la Asociación Nacional de la Salud y Asistencia Local, se dió un proceso participativo en el que se invitó a un buen número de Actores Nacionales y Extranjeros, coincidiendo con las recomendaciones del Gobierno Salvadoreño, partidos políticos y ONG'S; a nivel internacional, se convirtió en un compromiso condicional para préstamos y donaciones del gobierno del Presidente de la República Doctor Armando Calderón Sol.

Es de hacer énfasis, que las recomendaciones de más apoyo fueron: El incremento al gasto estatal en salud; descentralizar los servicios y una fuerte posición rectora del Estado en materia de salud; siendo renuentes con estos planteamientos el gremio de químicos y farmacéuticos en aceptar la función reguladora del Estado en materia del control de calidad de medicamentos.

Posición del Banco Mundial.

- Señala que en términos generales, la política del Gobierno de El Salvador, para la reducción de la pobreza basada en el desarrollo del recurso humano es sólida.
- Señala la existencia de limitaciones para un adecuado desarrollo futuro de la política social, sino se adjudican significativamente más recursos al sector social.

- Reconoce la poca flexibilidad en el manejo de los recursos, un problema que debe ser superado.
- Demanda importantes reformas en la capacidad gerencial de las estructuras ministeriales, específicamente en el sector salud. Señala particularmente la ausencia de avances en el proceso de reorganización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Demanda la definición de los roles que debe jugar el sector estatal y el sector privado.
- Demanda que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, asuma una función rectora de la política sanitaria para eliminar la dispersión y la falta de coordinación.
- Señala serias deficiencias en la política gubernamental para combatir los problemas nutricionales.
- Todo lo anterior está basado en el señalamiento de una situación aún muy deficiente de pobreza en el país.

Para ejecutar toda una reforma en el sector salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social conforma la integración del “Grupo de Reforma del Sector Salud”; al que se le encomendó la misión de Analizar, proponer y supervisar el desarrollo del proceso de reforma al sector. El grupo recibió todo el respaldo necesario de los organismos internacionales, de los donantes de cooperación al país, e incluso de sectores nacionales para la implementación de sus objetivos.

Para Enero de 1995, “el grupo” había publicado ya un documento guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador, en el cual se definían los contenidos, procedimientos e incluso tiempos para la implementación de las reformas.

Las acciones a implementar serían:

1. Diseño y aprobación del modelo de la forma (1994-1999)
2. Diseño e implementación de planes piloto (1994-1999)
3. Inicio del proceso de modernización del sector (1994-1999)
4. Diseño de los componentes de la 2ª. Y 3a. etapa. (1994-1999)
5. Implantación de planes pilotos de 2o. y 3er. Nivel (1994-1999)
6. Evaluación y generalización de los componentes del 2º. Y 3er. nivel. (1999-2004)
7. Reestructuración de entidades claves como el Consejo Superior de Salud Pública y el Seguro Social. (1999-2004)
8. Finalización del proceso de modernización del sector (1999-2004)
9. Fortalecimiento del marco institucional y legal (1999-2004)
10. Fortalecimiento financiero del sector mediante la participación de la empresa privada. (1999-2004)
11. Consolidación del sistema nacional de salud. (1999-2004)
12. Establecimiento de mecanismos de seguimiento (1999-2004)

En todo el Proceso de reformas al sector salud, se ha determinado que son necesarias, esperadas y urgentes, lo cual merecían su total apoyo, por el impacto que podrían tener en la población salvadoreña especialmente en las mayorías pobres.

La estructuración de algunas instituciones claves del sector como el Consejo Superior de Salud Pública, se han ido postergando y son tan necesarias para el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Algunas de estas reformas requieren incluso de cambios a ciertas disposiciones constitucionales, que solo es posible implementar mediante el acuerdo de dos sucesivas legislaciones (lo que significa un período de 6 años); y necesita además, de la creación de los consensos políticos, detrás

de los cuales hay poderosos intereses económicos. Esta espera puede abortar el proceso, o en el mejor de los casos desnaturalizarlo.

Sugerencias para un necesario cambio de rumbo: Con el actual sistema de salud que imperaba en esa administración de gobierno, determino que 1 de cada 2 niños de futuras generaciones sucumbía enfermedades vinculadas a la pobreza, y a la vez limitarían su desarrollo. Dentro del marco de una autentica economía social de mercado, las reformas planteadas por este grupo fueron el mejor planteamiento de cómo modificar el sistema sanitario.

En el proceso de aplicar esta reforma la actual administración se propuso las reformas constitucionales siguientes: la reformas al marco jurídico tuvieron que haber sido planteadas para una discusión pública y sea la sociedad civil la involucrada en el sector que solicite o inicie reformas al menos en la siguiente legislación:

- Ley del Seguro Social
- Código de Salud
- Creación de Legislación para el proceso de selección, supervisión, y fiscalización de los entes descentralizados.

En lo financiero: garantizar el cumplimiento de la promesa presidencial de incrementar el presupuesto al sector salud. Dentro de esta administración se tuvo la iniciativa de crear el Fondo Nacional de Salud pero al final de este período no se llevo a cabo y uno de los problemas que obstaculizó la creación del Fondo Nacional de Salud fue la falta de financiamiento tanto del sector privado como del gobierno. Sin embargo se manejo la idea de hacer un incremento al impuesto de la Renta en los niveles más altos, a la par de la implementación de un mecanismo por medio del cual este impuesto sea transferido

directamente al Fondo Nacional de Salud evitando de esta manera el peligro de la dilución de los fondos en la burocracia del Estado.

Dentro de esta administración se da un apoyo a nuevos actores de la salud que en cierta medida fue muy poca su labor a raíz de la oposición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sin embargo los actores que surgieron fueron: las instituciones privadas voluntarias (ONG,S) y las organizaciones privadas lucrativas.

Cuadro Comparativo de las 10 Primeras Causas de Consulta Externa

No.	1990	1994	1999
1	Infecciones respiratorias agudas	Rinofaringitis aguda	Control de niño sano
2	Rinofaringitis	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas
3	Infección intestinal mal definida	Control de embarazo normal	Control de embarazo normal
4	Control de embarazo normal	Control de niño sano	Detección precoz del Cáncer cérvico-uterino
5	Trastornos de la Uretra y aparato Urinario	Infección de Vías Urinarias	Parasitosis intestinal
6	Parasitosis intestinal	Parasitosis intestinal	Infección de Vías Urinarias
7	Influenza	Colitis, enteritis	Diarrea
8	Control de niño sano	Detección precoz del Cáncer cérvico-uterino	Hipertensión Arterial Primaria
9	Bronquitis no especificada	Bronquitis no especificada	Bronquitis Aguda
10	Faringitis aguda	Faringitis aguda	Influenza

Otra observación que hizo la empresa privada, es que mientras el Estado tenga el monopolio de la prestación de servicios de salud, éstos seguirán siendo deficientes, su

relación costo beneficio alta y la insatisfacción del usuario grande. La competencia es el único instrumento capaz, de garantizarle al ciudadano el acceso a mejor calidad de servicio y menor precio.

El Salvador, se ha convertido en los últimos años en el país a nivel Centroamericano con elevados costos en materia de salud, siendo contradictorio a lo establecido en la Constitución; pues, esto hace que gran parte de la población no acuda a solicitar la prestación médica, que el Estado está obligado a dar.

El Gobierno Salvadoreño, y la empresa privada trataban de vender la imagen que la privatización genera competencia y un mejor servicio: sin embargo, “ningún gobierno puede suprimir los servicios de salud de caridad” ó alterar de raíz la atención que brindan las instituciones citadas en esta investigación. Por mandato constitucional y por misión que se impone a la administración pública, estos tienen la obligación de cuidar a los enfermos, los indigentes y personas pobres.

La inversión pública en la rama salud fue en esta administración la más reducida, en comparación con otros países, como ejemplo tenemos: Costa Rica, invierte de su producto interno bruto, en materia de salud el 8.6%, entre el cual el 75% y 80% es inversión pública; contrario a El Salvador, en donde de cada colón que se gasta en salud, el ¢0.25 invierte el estado y el 75% lo aportan los contribuyentes a través de sus impuestos, quienes deben de pagar por los servicios de salud recibidos.

En este período el sector salud ya estaba clasificado en 3 sub-sectores: Público (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social); Seguridad Social (I.S.S.S., Hospital

Militar, Bienestar Magisterial, etc.) y el Privado lucrativo y no lucrativo (iglesias, instituciones, ONG'S).

El Ministerio de Salud tiene las siguientes dependencias como: Viceministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Consejo Superior de Salud Pública; Unidades de Salud; Hospitales Nacionales; Instituto Nacional de Rehabilitación de Inválidos; Asilo Sara Zaldívar; Hogar de Ancianos Marcela Castillo Santa Ana. Cada subsector cuenta con su propia organización, gerencia, recursos, sistemas de servicios y formas de financiamiento, lo cual produce un sector disperso sin existir entre ellos coordinación y cooperación.

Es obvio, que el sistema presenta problemas de ineficiencia, que obedecen a la falta de una Estructura adecuada; además, como una forma de poder solventar las necesidades institucionales, existe un elemento de importancia para el autofinanciamiento de los hospitales nacionales y unidades de salud, a través del cobro ó tarifas llamadas “Cuotas voluntarias” por asistencia médica.

La seguridad social, tiene una falla latente que la constituye la condición monopólica que tienen los hospitales privados y el I.S.S.S. dado que al eliminar la competencia entre entidades para captar afiliados, no establece incentivo alguno para desarrollar una gestión eficiente que permita brindar una cobertura adecuada a costos razonables, situación que se agrava por la prestación de servicios a través de su propia red de proveedores.

Una de las alternativas que se trato de impulsar fue la de mejorar en la eficiencia del Sistema, para lo cual se pretendió introducir la “competencia” en el sector salud.

Se propuso un sistema de seguro de salud obligatorio, que en el caso de los grupos más vulnerables sería financiado total o parcialmente con recursos fiscales. La provisión del seguro, así como de las prestaciones médicas, se sugirieron que fueran desarrolladas por el sector privado con o sin fines de lucro. Para este efecto, la alternativa al seguro de salud sería que el Estado contrate las prestaciones con proveedores públicos y privados, convirtiéndose en el asegurador de la población en pobreza. Pero esta opción fue abortada porque para realizar contratos con múltiples prestadores, los proveedores enfrentarían incentivos para sobre ofrecer o sobre facturar servicios, por lo que se convierte en un esquema propicio para cometer actos de corrupción.

Ante esta propuesta la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo propuso menos controles de parte del Estado, ya que los problemas de sobre prestación se resuelven entre privados, y si hay problemas de subprestación, los usuarios pueden cambiar de aseguradora. En este esquema, el Ministerio de Salud concentra sus tareas en: financiar el seguro de salud de los hogares pobres; analizar, diseñar, regular y evaluar la política sanitaria; acreditar los establecimientos de salud; registrar y controlar los recursos humanos; aprobar y controlar medicamentos, tecnología médica, etc.; y llevar a cabo las tareas relacionadas con el saneamiento ambiental.

La insuficiente y decreciente inversión gubernamental en salud para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el Instituto del Seguro Social han obligado a que otras instituciones (iglesias, asociaciones de pacientes especiales, comités comunales de salud, patronatos, clubes de servicio, servicios de emergencia, organismos internacionales, organismos no gubernamentales, etc.) asuman tal responsabilidad, que en un país como el nuestro compete al Estado.

La corrupción e incapacidad gerencial de las instituciones públicas, manifestada en el sostenimiento por más de 40 años de una gestión de los recursos humanos y materiales de carácter autoritario, autocrático y verticalista, constituyen, a no dudarlo, la causa principal de la crisis y posible colapso del modelo actual.

Para finalizar es de mencionar que la Organización de Hospitales Nacionales y Unidades de Salud, presentan una serie de deficiencias en su infraestructura, equipamiento y medicamentos.

2.1.3 Evolución Normativa.

El Derecho a la Salud ha evolucionando en diferentes etapas a través de las Constituciones de nuestro país. Para conocer estas etapas haremos una pequeña síntesis histórica de los antecedentes constitucionales de nuestro país.

Durante el período colonial El Salvador formo parte de la Capitanía General de Guatemala, que a su vez era parte del Virreinato de Nueva España con Capital en México y comprendía los territorios que ahora son: Chiapas (México), Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica.

El movimiento de Independencia se inicia el 15 de septiembre de 1821 por medio de un acta suscrita por las altas autoridades de la Capitanía y el Clero y por los Diputados Provinciales de Guatemala ante las Cortes de Cádiz. (4). Esa declaración fue confirmada por los ayuntamientos de todas las Provincias de Centro América en forma de cabildos abiertos y por el acta de Julio de 1824 que proclamo la Independencia con carácter absoluto, no solo en cuanto a España, sino también respecto a cualquier otra potencia. El proceso término con la emisión de la Primera Constitución Federal en 1824 (8), por

medio de la cual se constituyo la Federación Centroamericana integrada por Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador. La Federación se disolvió en 1838 y se trato inútilmente de restablecerla en 1888 y 1921. El Salvador, comienza su vida independiente después de disuelta la Federación Centroamérica, con su Constitución de 1841.

Hasta el momento hemos tenido varias constituciones, cuyas tendencias se agrupan en tres grupos:

1. Constituciones Republicanas y Democráticas con tendencia conservadora, que se expresaba en mantener la vinculación entre el Estado y la Iglesia, que comprenden desde la primera constitución, hasta la de 1883.
2. Constituciones liberales y laicas, en las cuales persiste la separación entre la iglesia y el Estado, a partir de la de 1885 que no llegó a entrar en vigencia; la de 1886, la cual proclama la separación absoluta entre la iglesia y el Estado e introduce el laicismo en todas las instituciones del Estado. Esta rigió hasta 1939 y fue restablecida en julio de 1944 a noviembre de 1945.
3. Constituciones que acentúan el intervencionismo del Estado. Esta tendencia se inicia en forma moderada en 1939, se intensifica con la de 1945, y se consolida con la de 1950, en la que se introducen principios de la Democracia Social. Se limita seriamente la autonomía de la voluntad, los derechos individuales dejan de ser absolutos y su regulación queda librada en general a la legislación secundaria, la cual no debe llegar a vulnerar el principio fundamental, pero si puede limitarlo seriamente; se elevan a la categoría de derechos sociales, los que tienen que ver con la familia, entre ellos el derecho a la salud.

Esta Constitución fue seguida por la de 1962 y posteriormente por la de 1983 que es la actualmente vigente con sus reformas.

En lo que se refiere a las Constituciones del primer grupo no hay ninguna disposición que se refiera al derecho a la salud, excepto en la constitución de 1841, en la cual en su artículo 62 establecía como objetivo del Poder Municipal “La conservación, progreso, salubridad comunidad y ornato de su vecindario”. Se entendía por Poder Municipal el conjunto de vecinos que estuviesen en el ejercicio de los derechos ciudadanos; el Poder Municipal derivado estaba constituido y era ejercido por el Consejo Municipal a cuya cabeza se encontraba el Alcalde.

Las constituciones contenidas en el segundo grupo, a diferencia de las anteriores contienen disposiciones que directa o indirectamente se refieren a la salud. La Constitución de 1939 con sus reformas 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 sean atendida preferentemente la salubridad, la educación; en el artículo 105 entre los deberes del Poder Ejecutivo, establecía el de “Mantener la Salubridad Pública en el país y mejorar las condiciones higiénicas de sus habitantes”, (numeral 8), y de “proteger la maternidad y la infancia, organizando al efecto la institución respectiva”, (numeral 10). En el Título X, que trataba al Régimen Departamental y local, se encontraba el artículo 140 que permitía que las Municipalidades, “para llenar su función emitan acuerdos sobre policía, higiene y educación popular”. Así también se encontraban disposiciones que coadyuvan a la salud de manera indirecta.

La Constitución de 1945 modifica 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 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 más preciado del hombre; la salud de un pueblo constituye la condición indispensable para su progreso y todo gobierno que propenda a tal fin, tiene que procurar mantenerse a la altura de los progresos de la Ciencia, para asegurar a sus gobernados el pleno goce de la salud”. (9)

En lo que se refiere a la legislación secundaria se puede indicar que desde 1821 hasta 1900 las cuestiones de salud fueron reguladas principalmente por medio de leyes y ordenanzas de carácter municipal. A partir de 1900 la salud cobra relevancia ya que en ese año se crea el Consejo Superior de la Salubridad inspirado en el Código de Sanidad que hizo promulgar el prefecto de París Dubois el 6 de julio de 1807, y que en El Salvador constituyó una verdadera Revolución Sanitaria. Este consejo dependía del Ministerio de Gobernación.

En el año 1900 se da el Código de Sanidad Terrestre y Marítimo que regula materias referentes a la Salubridad, tales como el control de Puertos, Aduanas, Cementerios, Mercados, Vivienda, medidas de prevención de epidemias, disposiciones excretas, salud del medio ambiente y atención de los servicios de salud, de acuerdo con los conceptos de la época inspirados en los cambios de Francia.

De lo anterior puede deducirse que hasta 1950 ninguna Constitución contenía normas que conceptuaran el derecho a la salud. Es recién en las de 1950, 1962 y la vigente 1983 que puede encontrarse el concepto de salud como “bien público”.

Es difícil precisar que influencia determinó ese silencio o vacío de ley casi absoluto del legislador constituyente en materia de salud en el período que se extiende desde la independencia hasta 1950.

Se observa que si bien la legislación constitucional no refleja la mente o intención del legislador, la ley secundaria sí lo hace a partir de 1900; desde entonces se produce un cambio sustancial en el enfoque del derecho a la salud. Podemos añadir que la política estatal cambió y apoyó la acción del Consejo Superior de Salubridad, como dice Allwood Paredes. “La vida de la institución sanitaria es el fiel reflejo de la vida política, científica y social del pueblo.” (10)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 FUNDACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA APLICACIÓN DEL DERECHO. El Derecho a la Atención de la Salud, año 1998.
- 2 ROSEN GEORGE. Una Historia de la Salud, Nueva York, año 1958, Pág. 201.
- 3 BADÍA, ROBERTO DE JESÚS. Apuntes de Salud Pública, Editorial Universitaria, UES, EL SALVADOR, C.A. 1ª. Edición, 1993, Pág. 21.
- 4 GALLARDO RICARDO. Constituciones de El Salvador, Tomo II, Derecho Constitucional Salvadoreño, Editorial Diana Artes Gráficas, 1961, Madrid. Pág. 295.
- 5 CENTRO DE ESTUDIO PARA LA APLICACIÓN DEL DERECHO. La Situación de la Salud en El Salvador en el año de 1986. Pág. 22.
- 6 ADENAHUER KONRAD. Salud y Política Sanitaria, Política de Gobierno 1996, Pág. 41.
- 7 Idem. Op. Cit. Pág. 43.
- 8 FUNDACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA APLICACIÓN DEL DERECHO. El Derecho a la Atención de la Salud, año 1998 Pág. 14.
- 9 Idem. Op. Cit. Pág. 17.
- 10 Idem. Op. Cit. Pág. 19.

2.2. MARCO COYUNTURAL (1999-2001).

2.2.1. Las Manifestaciones Actuales del Problema.

En el año de 1999, da inicio la administración de gobierno del presidente Francisco Guillermo Flores Pérez, continuando en el poder el partido político Alianza Republicana Nacionalista (ARENA), y dentro de esta administración se llevan a cabo diversas acciones en salud orientadas hacia una mejor calidad de atención a la población, a través de la modernización institucional. A continuación se presentan los principales logros alcanzados desde el inicio de esta administración hasta el año 2000.

- ♦ Se conformo el Consejo de Reforma del Sector Salud como entidad encargada de formular la reforma del sector salud, con la participación del Ministerio de Salud, Seguro Social, Universidades Privadas, Colegio Médico, Sector Privado, ONG'S y la comunidad.
- ♦ Sé ha orientado el accionar institucional en torno en la Atención Integral en Salud como modelo de atención que busca mejorar la calidad de atención en los usuarios.
- ♦ Se ha redefinido las funciones del sistema sanitario con el fin de conformar el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) como el modelo de gestión institucional.
- ♦ Se ha fortalecido la red de atención primaria de salud con la construcción y equipamiento de 45 casas de salud invirtiendo 10 millones de colones en beneficio de 150,000 habitantes en comunidades de riesgo.
- ♦ Se han remodelado 35 Unidades de salud a nivel nacional beneficiando a más 300,000 habitantes con una inversión de 20 millones de colones.
- ♦ Se ha aumentado el acceso a agua segura en comunidades rurales con la distribución de 145 equipos productores de puriagua a nivel nacional.

- ♦ Se han brindado cerca de 7.6 millones de consultas médicas y 1.3 millones de consultas odontológicas lo cual permitió brindar 1.5 consultas médicas por habitantes y aumentar los servicios en bienestar de la población salvadoreña.
- ♦ Se atendieron 80,600 partos y 317,000 egresos a nivel hospitalarios reduciendo la mortalidad materna institucional a 47 muertos por 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil institucional a 18 muertos por 1,000 nacidos vivos.
- ♦ A nivel institucional se afronto satisfactoriamente el impacto del fenómeno del año 2000, sustituyendo equipo de computo y biomédico valorado en más de 7 millones de colones, evitando complicaciones directas en la atención de los usuarios a consecuencia de fallas tecnológicas de dicho fenómeno.
- ♦ Se a incorporado información de salud a internet a través de la pagina WWW.MSPAS.GOB.SV para facilitar el acceso de información en salud a nivel regional y mundial.
- ♦ Se fortificado en un 100% con hierro 573,750 quintales de harina de trigo y se ha alcanzado un 93% de sal con yodo a nivel nacional.
- ♦ Se ha administrado más de 600 mil dosis de vacuna antirrábica canina, se ha reducido los casos de rabia humana de 3 casos en junio de 1998 a mayo de 1999 a 1 caso en junio de 1999 a mayo del 2000.
- ♦ Se ha realizado muchas actividades relevantes, sin embargo el trabajo por la salud de los salvadoreños va continuar orientando el cumplimiento de la política institucional a través de la política sectorial para garantizar el bienestar de la familia salvadoreña.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE 1999 HASTA EL AÑO 2004.

Dentro de esta política se tiene como objetivo: “Mejorar el Acceso Efectivo a los Servicios Básicos en Materia de Salud, con Enfoque en la Promoción de la Salud a fin de Elevar el Nivel de Vida de la Población Salvadoreña”

PRINCIPALES ESTRATEGIAS.

- Impulsar la reforma del sector salud, orientada a la estructuración de un sistema nacional de salud eficiente, eficaz, equitativo, solidario y participativo.
- Incentivar programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, salud ambiental y saneamiento básico, que promuevan la participación de la comunidad con sus gobiernos locales y aborden la salud desde la perspectiva integral.
- Descentralizar e introducir incentivos de mercado en la provisión de servicios de salud para alcanzar la eficiencia, mejorar el acceso y la calidad de los servicios acercando la toma de decisiones a las comunidades.

PERSONAS BENEFICIADAS.

Los usuarios, son la mayoría de salvadoreños o sea el 85% de la población equivalente a 5.2 millones de habitantes, principalmente los de escasos recursos económicos, priorizando la atención en los grupos de riesgo: Los niños y las niñas, los y las adolescentes, las mujeres, las y los ancianos.

Por mandato constitucional se brinda atención integral en salud a los salvadoreños, especialmente a comunidades rurales y urbano-marginales del país, como población directamente beneficiada de los servicios de salud. Asimismo los alcances de la salud no solo se reflejan en beneficio de los salvadoreños ya que por solidaridad y hermandad de los países nuestros hospitales brindan atención médica a extranjeros procedentes de Honduras, Nicaragua y Guatemala, así como a extranjeros que atraviesan nuestro territorio. Pero la mayor demanda se refleja según las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, de Honduras, Nicaragua y Guatemala existiendo demanda en los pueblos situados alrededor de puestos fronterizos y una mayor concentración en la

capital de San Salvador por estar situados allí los hospitales de especialidades, si bien es cierto la salud es de carácter universal para todo ser humano El Salvador, cumple con este principio pues bien o mal todos los extranjeros que ingresan al territorio reciben los beneficios de la salud y esto crea un gasto público que en cierta medida afecta la atención de los salvadoreños.

A la altura de este trabajo creemos que es necesario hacer una comparación del aumento de hospitales nacionales, unidades de salud y demás instituciones afines y para ello utilizamos los cuadros comparativos de 1985 al 2000.

Cuadros Comparativos:

RED DE ESTABLECIMIENTOS INSTITUCIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. JUNIO 1985

DEPARTAMENTAL	HOSPITALES	UNIDADES DE SALUD	CASAS DE SALUD	CENTROS RURALES DE NUTRICIÓN	TOTALES
Ahuachapán	1	4	0	0	5
Santa Ana	1	10	0	0	11
Sonsonate	1	7	0	0	8
Chalatenango	1	5	0	0	6
La Libertad	1	9	0	0	10
San Salvador	5	23	0	0	28
Cuscatlán	0	3	0	0	3
La Paz	1	4	0	0	5
Cabañas	0	2	0	0	2
San Vicente	1	5	0	0	6
Usulután	1	9	0	0	10
San Miguel	1	10	0	0	11
Morazán	0	5	0	0	5
La Unión	0	4	0	0	4
TOTAL	14	100	0	0	114

RED DE ESTABLECIMIENTOS INSTITUCIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. MAYO DE 2000

DEPARTAMENTAL	HOSPITALES	UNIDADES DE SALUD	CASAS DE SALUD	CENTROS RURALES DE NUTRICIÓN	TOTAL
Ahuachapán	1	21	5	1	28
Santa Ana	3	30	8	2	43
Sonsonate	1	19	5	3	28
Chalatenango	2	36	11	9	58
La Libertad	1	25	20	6	52
San Salvador	7	34	33	4	78
Cuscatlán	2	13	10	0	25
La Paz	1	27	9	10	47
Cabañas	2	14	16	8	40
San Vicente	1	15	7	2	25
Usulután	3	34	10	3	50
San Miguel	3	35	15	1	54
Morazán	1	25	11	2	39
La Unión	2	29	11	1	43
TOTAL	30	357	171	52	610

Con relación a los cuadros anteriores podemos deducir que ha habido un aumento de establecimientos de salud desde 1985 hasta el año 2000, siendo los datos siguientes: En cuanto a los hospitales nacionales a habido un incremento de 16 nosocomios; Un aumento de 257 unidades de salud y posteriormente se crea las Casas de Salud y Centros Rurales de Nutrición con los que se cuentan actualmente 171 para los primeros y 52 para los últimos. Si bien es cierto a habido un crecimiento en establecimientos la realidad demuestra que los hospitales de Tercer Nivel tienen una gran demanda y esto a raíz que las nuevas instituciones creadas no cuentan con los servicios necesarios para hacer frente a sus demandas.

FACTORES QUE LIMITAN EL DERECHO A LA SALUD.

Tomando el Derecho a la salud como principal objetivo el generalizar un mayor grado de equidad en las condiciones de vida y de salud de los habitantes de la región y en el acceso de estos a los servicios básicos de salud nos damos cuenta que está condicionado por factores económicos, políticos y sociales y no solamente por el resultado de procesos puramente biológicos.

Es así como las diferentes sociedades, dependiendo de su estado de derecho, presentan problemas de salud. Se ha demostrado a través de estudios, que las condiciones socioeconómicas de un país tienen mayor influencia sobre la salud, que la asistencia médica por si misma. (8). La relación entre salud y desarrollo es muy estrecha por eso las acciones de salud son efectivas cuando van acompañadas de otras mejoras socioeconómicas. Se ha demostrado que la salud desarrollada integralmente es “uno de los medios que permiten al individuo un control más positivo de su medio ambiente, aumentando el deseo y la capacidad de aquel para determinar su futuro”.

Horwitz refiere que es lamentable que no podamos expresar la salud en términos positivos como son el bienestar, la felicidad y la calidad de vida. El progreso se revela en menos enfermedad y muerte, pero no necesariamente en mayor bienestar individual o colectivo. Se llega a una concepción de salud para el desarrollo, “entendiendo como desarrollo, no solo el crecimiento económico, sino un proceso integral de mejoras en las condiciones económicas, sociales y políticas. Dice que “se acepta hoy que la salud es, para cada ser humano un fin, y para la sociedad a que pertenece un medio”.

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

Es necesario por lo tanto la creación de un mecanismo que permita 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.

El bajo presupuesto trae como consecuencia los reducidos recursos humanos los cuales se han mantenido invariables, durante el período de estudio nuestro; es difícil estimar el número de recursos existentes en cada una de las categorías técnicas y profesionales por razones diversas, ejemplo: No existe colegiación obligatoria en el caso de los profesionales, y en la práctica y en el caso de los técnicos, aunque existan registros hay mucha movilidad laboral.

En el caso de establecimientos de salud como los puestos y Unidades cuentan con un módulo de personal más o menos estándar, esencialmente formado por un médico,

enfermera, auxiliar de enfermería, inspector de saneamiento y personal Administrativo y en donde existe laboratorio, el personal técnico asignado al mismo. En los hospitales donde existe mayor gama de recursos humanos, algunos de ello se han improvisado en respuesta a las necesidades de servicio, tomándose personal asignado a otras actividades para dedicarlo a labores técnicas, pero aún así por ser muy reducidos no cubre la demanda poblacional que solicita los servicios médicos hospitalarios; adicionalmente a esto encontramos una clara concentración de los servicios en el área metropolitana de San Salvador.

Es decir que la población es otro factor condicionante de la situación de la Salud en El Salvador, con una pirámide poblacional típica de un país subdesarrollado, puesto que hay un alto porcentaje de la población que es menor de 15 años, económicamente dependiente. Además de la población joven, según datos del proyecto de Política Alimentaria, se establece que el grado de desnutrición en El Salvador alcanzaba el 75% de la población menor de 5 años; es este estado real de desnutrición el resultado de una política alimentaria a nivel nacional que condena a nuestros niños a un retardo de crecimiento y aprendizaje.

Asimismo, esta población desnutrida carece de vivienda adecuada, agua potable, según datos del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de toda la población el 45% no consume agua potable y en el área rural es el 60% el que no tiene agua potable; falta de alcantarillado para fosa séptica y letrina, el 50% de los habitantes salvadoreños defecan al aire libre y esa cifra llega al 75% en el área rural. Como podemos observar estos factores se pueden resumir en un solo que sería el factor económico que ubica al sector salud en la estructura productiva y lo transforma en un factor doblemente importante; como responsable por las condiciones de vida de las poblaciones (base productiva de las

naciones) y como un sector de servicios que contribuye al crecimiento de un producto interno bruto.

Otro factor es el social-cultural en El Salvador, la población aún observa un alto grado de analfabetismo y escasa escolaridad, aparejada a la escasa educación en salud; las condiciones generales de vida sitúan a un porcentaje muy importante de personas en condiciones de pobreza, las cuales dificultan el proceso de autoresponsabilidad ante sus problemas de salud y los de su comunidad, lo cual es importante para el logro de la efectividad del derecho a la salud, el cual necesita tanto del cumplimiento del Estado, como de las acciones de los individuos y del individuo mismo. Por lo tanto es necesario fomentar y promover la educación en salud en la comunidad para desarrollar su propio bienestar.

Nos damos cuenta que el factor social tiene una relación con el económico, porque paralelo a un desarrollo social es factible conseguir un crecimiento económico sostenido. Por último podemos mencionar el aspecto político, que se refiere a la voluntad de los sectores sociales y políticos y su relación con el Estado, en materia de implementación de políticas, pero que éstas tengan aplicabilidad; para ello es necesario que sean acordes y concordantes con la política global del desarrollo económico y social, en el proceso histórico que se vive, tomando en cuenta medidas pertinentes para estructurar un sistema de salud que se adapte a la tradición histórico-estructural, que sea compatible con nuestra organización jurídico-administrativa; que sea acorde a la disponibilidad de recursos, que haya participación total inter- institucional debidamente coordinada y que incluya la participación de la comunidad, para que con el desarrollo de estas políticas se logre una atención médica integral, es decir que llegue a todos los salvadoreños, donde y cuando lo necesiten, en el momento que la requieran.

Por cuanto, es necesario que la política de salud sea encaminada sobre todo a la prevención primaria, con énfasis en educación en salud y protección específica de la salud, y así lograr la participación de la comunidad y poder en alguna medida modificar el medio ambiente hostil de la población salvadoreña. Tomando en cuenta los indicadores antes mencionados, se estaría logrando que el Derecho a la salud, contemplado en nuestra Constitución, tenga eficacia, consolidándose como un derecho humano primeramente y tal como lo contempla la Constitución, un derecho social.

2.2.1.1. La Infraestructura de los Hospitales y Unidades de Salud.

Infraestructura: Información reciente indica que para 1999, los hospitales de Primero, Segundo y Tercer nivel, de los cuales los dos primeros se concentran en el área urbana, presentan un 35% de deterioro físico en infraestructura hospitalaria y el 65% de tercer nivel, que es donde se proporciona la atención primaria. (1).

2.2.1.2. Los Hospitales de Primer Nivel.

Estos establecimientos comprenden: Unidad de Salud, Casa de Salud, Centros Rurales de Salud y Nutrición.

Unidades de Salud.

Son los establecimientos que se encargan de la atención preventiva y curativa del primer nivel, y constituye un nexo con los hospitales de segundo nivel, y cuentan como mínimo con un médico general a tiempo completo (Graduado ó en año social), una enfermera graduada ó auxiliar de enfermería, una secretaria-colectora y un ordenanza. Estas unidades de salud cuentan con los siguientes servicios:

- Atención médica general curativa y preventiva.
- Atención de enfermería.

- Vacunación.
- Toma de citologías.
- Toma de muestra de Dengue, Paludismo y Cólera.
- Curaciones e inyecciones.
- Promoción y educación en Salud.

De acuerdo a su área geográfica y población de influencia puede contar con los siguientes recursos y/o Servicios:

- Odontología.
- Laboratorio Clínico: química sanguínea, microbiología, bacteriología, etc.
- Saneamiento ambiental.
- Atención Médica de Especialidades.

Aquellas Unidades de salud que no cuentan con los servicios anteriormente descritos, remiten a los pacientes a las unidades de salud más complejas para que dicho servicio se le brinde al usuario, aunque realmente son los hospitales de segundo y tercer nivel, los que tienen un servicio más complejo. (2)

Las unidades de salud metropolitana cuentan con una población promedio de 50,000 habitantes o más, según definición de la Oficina de Planificación del Área Metropolitana de San Salvador (OPAMS). Existen unidades de salud de muy alta complejidad con atención médica especializada, que funciona como centro de referencia de paciente y también como referencia de exámenes de laboratorios y procesamientos de citologías.

Casas de Salud.

Son los establecimientos ubicados en áreas rurales de difícil acceso y en áreas urbanomarginales de riesgo. Se encuentran distribuidos a nivel nacional, adscritas a una

unidad de salud de la cual dependen administrativamente. En ella se brindan los siguientes servicios: atenciones de enfermería, vacunación, curaciones e inyecciones, atención de programas preventivos y atención médica dos veces por semana, semanal o quincenal, de acuerdo a la disponibilidad de recursos médicos de la zona, distancia y población.

Desde el punto de vista de planificación, una casa de salud se asigna a grupos poblacionales de 1000 a 3000 habitantes. En casos muy particulares, relacionadas con difícil acceso geográfico, población dispersa o riesgo epidemiológicos, se asignan casas de salud a grupos poblacionales menores a mil habitantes.

Centros Rurales de Salud y Nutrición.

Son los establecimientos de atención ubicados estratégicamente en áreas rurales o urbano-marginales de comunidades con altos índices de desnutrición infantil en menores de 5 años, los cuales cuentan con personal de consejeras voluntarias en nutrición y/o personal de la comunidad encargada de la administración y preparación de los alimentos a los niños incluidos en el programa. El promedio de niños que se atiende en cada centro es de 40 a 60 niños con déficit nutricional considerable. Los centros rurales de salud y nutrición dependen administrativamente de la unidad de salud a la cual se encuentran adscritos.

2.2.1.3. Establecimientos de Segundo Nivel.

Son los establecimientos hospitalarios que cuentan con servicios en las 4 áreas básicas del área médica, con infraestructura y capacidad instalada dedicada a la atención de pacientes en medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. En la actualidad, estos hospitales se fortalecen en alguna subespecialidad de acuerdo a la demanda y perfil

epidemiológico que afrontan, pudiendo estar fortalecidos en ortopedia, y traumatología, oftalmología, neurocirugía, cardiología, etc.

Esta categoría se subdivide en:

- Hospital de Santa Ana (En proceso de llegar a ser de 3° nivel).
- Hospital de Ahuachapán
- Hospital de Sonsonate
- Hospital San Rafael, La Libertad
- Hospital Nacional de Zacamil, San Salvador
- Hospital Nacional General de Soyapango
- Hospital de Chalatenango
- Hospital de Zacatecoluca, La Paz
- Hospital de Cojutepeque, Cuscatlán
- Hospital de San Vicente
- Hospital de Usulután
- Hospital de San Miguel (En proceso de llegar a ser de 3° nivel).

Estos hospitales son a su vez centro de referencia para los hospitales generales ubicados en municipios estratégicos de los departamentos; estos a su vez son referencia para todos los establecimientos del 1° nivel.

Estos hospitales generales son:

- Hospital de Metapán
- Hospital de Chalchuapa
- Hospital de San Bartolo
- Hospital de Nueva Concepción

- Hospital de Suchitoto
- Hospital de Sensuntepeque
- Hospital de Ilobasco
- Hospital de Santiago de María
- Hospital de Jiquilisco
- Hospital de Nueva Guadalupe
- Hospital de Ciudad Barrios
- Hospital de San Francisco Gotera
- Hospital de Santa Rosa de Lima
- Hospital de La Unión.

Estos hospitales generales cuentan con la infraestructura mínima para hacer frente a la hospitalización de sus núcleos poblacionales.

2.2.1.4 Establecimientos de Tercer Nivel.

Son los establecimientos hospitalarios que cuentan con especialidades y sub-especialidades del área médica, con infraestructura y capacidad instalada dedicada a la atención de referencia nacional. Se caracterizan por brindar especial atención a un área determinada de la medicina.

Cuentan con la tecnología, servicio de apoyo, y logística de mayor complejidad a nivel nacional. En esta categoría se encuentran los hospitales:

- Hospital Nacional Rosales
- Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
- Hospital Nacional de Maternidad

- Hospital Nacional de Psiquiatría
- Hospital Nacional de Neumología.

2.2.1.5. El Equipamiento de los Hospitales.

El Sector público y privado cuenta con su propio equipamiento; el cual se encuentra en condición irregular. De acuerdo con datos de los perfiles de la Organización Panamericana de Salud es la siguiente:

- El 30% de equipos biomédicos está en condiciones defectuosas.
- El 80% de los equipos de alta tecnología están concentrados en establecimientos del segundo y tercer nivel.
- El 70% de unidades y equipos de alta tecnología se concentran en San Salvador.
- La tecnología de mayor calidad se encuentran en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en las instituciones privadas.
- No hay datos sobre el equipamiento de las ONG'S.

El Ministerio de Salud Pública, dispone de 7.9 Camas por 10,000 habitantes en tanto el Instituto Salvadoreño del Seguro Social con una población 5 veces menor, casi triplica su disposición de camas (19 camas x 10,000 habitantes). (3)

2.2.1.6. La Compra y Venta de Medicamentos.

En el país, hasta abril de 1999 habían registrado 23,235 productos farmacéuticos; dicho procedimiento se hace manualmente y por marca; probablemente no se tenga un dato exacto sobre cuantas substancias activas están registradas.

Hasta la fecha no existe un formulario nacional de medicamentos que cubra a todas las instituciones del sector público, aunque dicho subsector cuenta con políticas que amparan el uso racional de medicamentos. Hasta 1997, en que se actualizó por última vez el

formulario nacional, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contaba con un listado de 716 medicamentos, de los cuales 538 están en un cuadro básico y 178 en un listado especial; el uso de estos medicamentos es obligatorio en toda la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incluidos los hospitales nacionales, esto no necesariamente significa que los tengan a disposición de los usuarios.

En 1994, en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Listado Oficial de Medicamentos contenía 613 fármacos, de los cuales 304 se consideran indispensables; no hay datos disponibles sobre la cantidad actual.

Se estima que el 80% de las adquisiciones rutinarias de productos farmacéuticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el 60% del Instituto Salvadoreño del Seguro Social fueron efectuadas mediante licitaciones, las cuales han sido duramente criticadas por la falta de transparencia y por la adquisición de cantidades excesivas de fármacos altamente especializados y de uso limitado; sirvan como ejemplo, que aún se mantienen en la impunidad casos de corrupción en distintas instituciones del sector.

En 1999, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social gastó el 14.5% de su presupuesto total en medicamentos (¢184 millones), mientras que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social gastó el 20.3% (¢245 millones) para menor cantidad de población. En ambas instituciones esta erogación es el segundo rubro de gastos. El gasto mayor que la población realiza en salud corresponde a los medicamentos (41%), equivalente a más de 1631 millones de colones. En total instituciones hospitalarias tanto como nacionales y privadas y familias salvadoreñas gastaron más de 2060 millones de colones en medicamentos durante el año.

Tratando de resolver sus problemas de salud por iniciativa propia, la población gasta 3 veces más que las 2 principales instituciones de salud; esto además de indicar ineficiencias de las mismas, expone a la población a los riesgos de automedicarse al comprar indiscriminadamente en cualquiera de las 1800 farmacias inscritas, en donde farmacéuticos y vendedores recetan cualquier medicamento, al igual que en puestos ambulantes en plazas, mercados, buses o tiendas, donde se comercializa libremente y sin mayor control cualquier cantidad y tipo de fármacos, reafirmando con esta práctica el modelo de atención curativo-medicamentoso predominante en el país.

El gasto diario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en medicamentos es de aproximadamente medio millón de colones, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social gasta 671,000 colones y los hogares invierten aproximadamente 4,400,000 colones, haciendo un gasto total de ¢5,571,000 diarios, gasto importante pero poco efectivo para resolver los problemas de salud y variar positivamente el perfil epidemiológico prevalente; a la vez revela el alto volumen diario de ventas y/o consecuentemente intereses de droguerías y laboratorios. (4).

2.2.1.7. El Gasto en Salud Pública.

La tendencia decreciente del gasto gubernamental en salud durante los últimos cinco años, revela claramente que el Estado está abandonando paulatinamente su responsabilidad por la salud y transfiriéndola a los hogares, empresas privadas, instituciones humanitarias y ONG's. Tal situación es inhumana e injusta ya que se hace aún sobre el conocimiento de que la mayoría de la población está en la pobreza y que con su salario (menos de ¢2000 al mes) apenas alcanza a cubrir el costo de la canasta básica; obliga además a la población a buscar opciones riesgosas de atención a su salud y a entrar a un mercado de la salud regulada por la ley de la oferta y la demanda.

Según comentarios del Colegio Médico de El Salvador estipularon lo siguiente: “Aunque se pregona que El Salvador gastó en 1996 el 7.3% de su Producto Interno Bruto en salud, cabe destacar que el mayor aporte salió directamente del bolsillo de los hogares (4.2%) superando al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1.7%) y al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (1.2%)”.

Los fondos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social provienen principalmente de los impuestos generales (que también los paga la población); en cambio en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, proviene de las cotizaciones de los asegurados.

Del gasto nacional en salud, podemos decir que un 58.38% lo aportaron los hogares salvadoreños que incluye población no pobre y población en pobreza relativa y extrema. La mayoría del gasto se hace en medicamentos y en honorarios médicos. La población pobre invirtió 12.54% de sus fondos en hospitalización. La población urbana gastó más en salud (76%) que la rural (24%).

La sostenibilidad del gasto en salud recae en la población, ya sea por medio de impuestos o en la inversión directa de cada hogar, situación que en los grupos bajo el nivel de pobreza va en detrimento de la satisfacción de otras necesidades básicas de la familia; la política de recuperación de costos termina de agravar más el bolsillo de estos usuarios. (5)

2.2.1.8. La Demanda de la Población en la Salud.

De acuerdo con los resultados investigados en el año de 1999, del total de la población que se enfermó ó se accidentó, el 53% corresponde a la población urbana; de ésta, el 45% reside en el área Metropolitana de San Salvador. El tipo de población que más se enfermó corresponde a mujeres y niños.

Conforme a los datos obtenidos sea determinado que de esta población enferma sea distribuido en los términos porcentuales siguientes: el 28% accedió a establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social distribuidas así: unidades de salud (15.5%), hospitales nacionales (9.84%) y puestos de salud (2.66%). El 13.3% optó por la consulta privada; 7.3% fue al Instituto Salvadoreño del Seguro Social; 0.62% consultó en farmacias; 0.32% a enfermeras; 0.37% a curanderos; 0.84% a ONG's, y 1.85% a establecimientos de salud.

Llama la atención que 42.4% se automedicó y 5% no hizo nada, lo cual es una actitud riesgosa ante la enfermedad. De la población que se automedicó, 18.4% vive en condiciones de extrema pobreza y 24% en pobreza relativa, tal resultado puede explicarse principalmente por:

- Falta de recursos económicos para asistir a cualquier establecimiento de salud.
- Población que vive muy retirado de los centros asistenciales de salud.
- Población que no tiene confianza en la calidad de salud que se brinda en su domicilio.
- La mala atención médica que recibe la población cuando solicito un servicio; y
- Otros no consideraron necesario acudir a un centro asistencia.. (6)

Es una realidad que al acceder a los hospitales nacionales, es palpable el deterioro en que se encuentran; los malos medicamentos existentes, la mala atención a la población usuaria, el cobro por los servicios médicos, ó cuotas voluntarias, etc. En base a toda es a problemática, estas instituciones se han visto en la necesidad de autofinanciarse a través del cobro a los pacientes que accesan a los servicios; y es en base a esta medida que las instituciones médicas logran solventar algunos costos de infraestructura, medicamentos o

material quirúrgico. Pero por otra parte, el cobro de todo servicio médico, recae en las personas de escasos recursos, que no cuentan con la solvencia económica para pagar gastos médicos. Si bien es cierto, la población demanda un buen servicio ó asistencia social de altura; es todo lo contrario, porque los hospitales y unidades de salud no logran cumplir los programas trazados para mejorar el servicio, ejemplo de ello tenemos: En el mes de octubre del año pasado (1999), el hospital Rosales se vio en la necesidad de suspender las cirugías de corazón por la falta de un presupuesto y recursos materiales; esto trajo como consecuencia la espera de 90 salvadoreños que necesitaban de una cirugía de corazón y que se prolongó por la falta de recursos. “Algunos han muerto esperando una operación”. (7).

Asegura el Dr. Melvin Rosales (El Diario de Hoy, 22 Mayo 2000): “El médico señala que se necesita la creación de un programa con fondos propios, para que las intervenciones que cuestan ¢50,000 aproximadamente, puedan llevarse a cabo con eficacia. Para ello, harán falta 12 millones de colones para operar tres pacientes por semana. El Ministerio de Salud, debe asignar un presupuesto de unos 12 millones de colones”.

Cada uno de los hospitales y unidades de salud nacionales, atraviesan por una problemática similar en los cuales observamos lo siguiente:

Primeramente la falta de material quirúrgico para cada médico ó técnico, pues lo que se hace es esterilizarlo después de su uso, para ser utilizado en otra operación. Ejemplo de ellos son los guantes médicos; segundo, un control eficaz de los niveles de radiación a causa de la medicina Nuclear para el tratamiento del cáncer; tercero, la entrega de medicina inapropiada por no haber en existencia; cuarto, debido a la demanda de

consulta, estas se prolongan por largos plazos; quinto, la falta de contratación de personal médico, sexto, la falta de infraestructura, especialmente la del Hospital Nacional Rosales pues este, ya dio su utilidad de vida; tanto es así, el sistema de tuberías de aguas negras y la estructura de lavandería, se encuentran en pésimo estado, lo que pone en riesgo la salud de pacientes y demás personal.

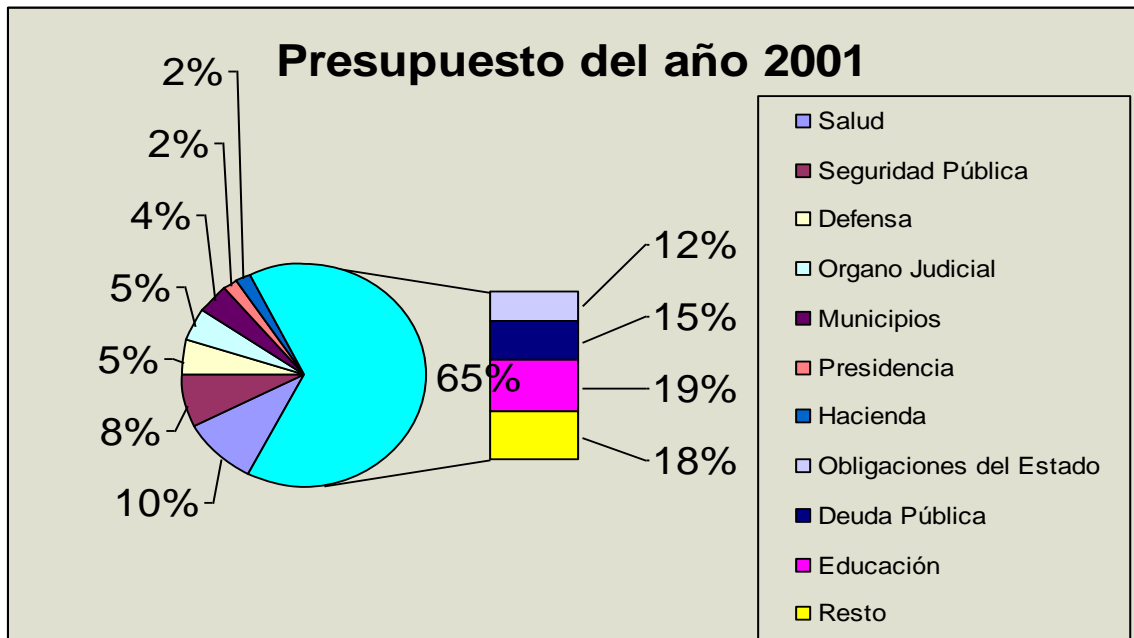
Hechos similares se manifiestan en los demás hospitales del área urbana de San Salvador y en las unidades de salud prevalece el cobro de consultas y la falta de medicamentos pues, en algunas ocasiones estos ó se encuentra vencidos ó están por cumplir su fecha de vencimiento.

El derecho a la salud, es un derecho social el cual debe ser otorgado en forma gratuita por el Estado a toda persona humana en el territorio salvadoreño, por ser ella el origen y el fin del Estado; debido a ello es que nuestra carta magna, reconoce y protege estos derechos; sin embargo, la realidad nacional nos muestra todo lo contrario, porque los servicios médicos en hospitales y unidades de salud, son pagados por los usuarios. Dentro de cada institución encargada de velar por este derecho existe un patronato que es la que se encarga de percibir y administrar los fondos que se recauden en concepto de contribución voluntaria de los pacientes, bienes adquiridos bajo cualquier título y los donativos e ingresos por actividades realizada, esto es lo que conforma el patrimonio del patronato.

El patronato invertirá los fondos colectados en las necesidades propias del Centro Asistencial y entenderán recibo contra cualquier cantidad de dinero que colecten, autorizados por el Ministerio de Salud y sin estar sujetos al control de la Corte de Cuentas de la República, solamente obligados a rendir cuentas a la Asamblea General del Patronato, cada 6 meses.

El plan de gastos de la Nación para el año 2001 suma ¢1,946 millones, lo que contendrá el Presupuesto General del próximo año destinado para el sector salud ya que el presupuesto se perfila con mayor apoyo a los sectores sociales tanto es así, que la educación y la salud, es el eje sobre el cual girará el presupuesto. Esa cifra representa el 29% de los ¢19,392 millones de colones, del monto total del presupuesto que se a incrementado en el área social, lo cual significa un incremento del 6.4% en relación con el presupuesto del año 2000, lo que en términos prácticos representa ¢1,168 millones más, “según explico el ministro de Hacienda, José Luis Trigueros” (8).

GRAFICA DE DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL AÑO 2001



El anterior gráfico representa la distribución del presupuesto del año 2001 y cada porcentaje esta determinado en millones de colones para cada cartera de Estado correspondiéndole a cada institución las cifras siguientes:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	¢1,946 millones
Ministerio de Seguridad Pública	¢1,491 millones
Ministerio de Defensa	¢955.3 millones
Órgano Judicial	¢945 millones
Alcaldías	¢866 millones
Presidencia de la República	¢377 millones
Ministerio de Hacienda	¢346 millones
Obligaciones del Estado	¢2,297 millones
Deuda Pública	¢2,937 millones
Educación	¢3,752 millones
Resto	¢866 millones

Con base a los datos anteriores se deduce que se ha incrementado el Presupuesto en un 41% en el área social, especialmente en la Educación y la Salud.

Específicamente en lo concerniente a la Salud, el aumento es del 8% equivalente a ¢145 millones, con lo cual tendrá en total ¢1,946 millones (9), equivalente al 10.0% del 41% del presupuesto asignado al área social.

Presupuestos Aprobados de 1995- 2001.

<i>Año</i>	<i>Monto</i>
1995	¢11,752.6 Millones
1996	¢14,815.4 Millones
1997	¢15,302.4 Millones
1998	¢16,583.0 Millones
1999	¢17,079.3 Millones
2000	¢18,224.3 Millones
2001	¢1,946.1 Millones(10).

Si bien es cierto que existen muchas dificultades para modernizar el sector salud y que El Estado cumpla la obligación constitucional. Como caso típico podemos citar la Epidemia del Dengue Hemorrágico que atacó nuestro país en la época lluviosa del año 2000, la cual causó muchas muertes, especialmente a niños de diferentes edades y de familias de escasos recursos económicos. Debido a la escasez de recursos materiales, humanos, medicamentos, etc. Fue imposible determinar una política de salud que desde el inicio de esta enfermedad se hubiera combatido, sin embargo, se tuvo que solicitar un incremento al presupuesto del presente año al sector salud, el cual fue aprobado y se pudo dar marcha a los programas preventivos de enfermedades; además, se solicitó ayuda internacional especialmente a médicos especialistas en la materia procedentes de la República de Cuba para contrarrestar este problema.

Esta enfermedad, fue de gran envergadura que azotó a la República de Honduras y a la que el Viceministro de salud, Herbert Betancourt, manifestó: “Estamos en capacidad de ayudar a Honduras. Pero sin descuidar la epidemia que se vive en el país, siempre y cuando lo soliciten” es ilógico, establecer ayuda ó solución a otro país del istmo, cuando no podemos resolver nuestros propios problemas (11).

En el presente estudio hemos podido determinar que los servicios de salud, han sido exonerados de pago para toda la población usuaria, tanto es así, que al Hospital Nacional Zacamil Doctor Juan José Fernández, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, inicialmente se le autorizó tarifas para la venta de servicios médicos según acuerdo No. 263, publicado en el Diario Oficial, de fecha 07 de abril de 1995, Tomo 343, Ministerio de Hacienda, Ramo de Hacienda, en el cual se detallan los servicios médicos hospitalarios, en sus conceptos y tarifas. (12).

Posteriormente, según acuerdo 607 se autorizó tarifas por la venta de servicios médicos del hospital antes mencionados, en el cual se ampliaron los conceptos y se estipuló plazo por días de hospitalización, y que los fondos que se perciban por tal concepto, deberían ingresar a la tesorería Institucional del hospital Nacional Zacamil, además, los servicios que ameritan ampliación de los mismos costos serán modificados, utilizando el parámetro de precios establecidos en este acuerdo. Derogando a la vez, el acuerdo anterior 263. Esta disposición fue publicada en el Diario Oficial, el día 26 de julio de 1995, Tomo 344, Ministerio de Hacienda, Ramo de Hacienda. (13).

Finalmente, por acuerdo 796, se dejan sin efecto los acuerdos Ejecutivos No. 263 y 607 de fecha 19 de marzo y 09 de julio, ambos de 1999, ó sea los anteriormente relacionados publicado en el Diario Oficial el día 20 de septiembre de 1999, Tomo344, Ministerio de Hacienda, Ramo de Hacienda. (14).

Posteriormente, según el acuerdo emitido por la Unidad de Modernización Administrativa del Ministerio de Hacienda, de fecha 7 de septiembre del año de 1999, esta cartera de Estado acordó derogar el acuerdo Ejecutivo 263, de fecha 19 de marzo de 1999, publicado en el Diario Oficial Número 62 Tomo 343, del día 7 de abril de 1999, que autoriza las tarifas para la venta de servicios médicos del Hospital Nacional Zacamil por no estar acorde a una política integral de salud.

Es de hacer mención que el acuerdo 263 tuvo relación con el acuerdo 607 de fecha 26 de julio de 1995, en que fue publicada en el Diario Oficial bajo el Tomo 344 y también por medio de este acuerdo se autorizó las tarifas y venta de servicios médicos del hospital antes mencionado y a la vez se estipuló el plazo de los días de hospitalización de los pacientes, lo cual generaba un cobro por cada día en el hospital.

2.2.2. Las Instituciones al Servicio de la Salud Pública.

Aquí, estudiaremos las instituciones que por mandato constitucional y por leyes secundarias, están obligadas a velar por la salud de todos los salvadoreños, como el caso del Ministerio de Salud Pública, y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

2.2.2.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Según el artículo 65 de nuestra Constitución, relacionado con el artículo 68 de la misma y los artículos 4 y 40 del Código de Salud, le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, determinar y ejecutar la Política Nacional de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar, y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Asimismo el artículo 41 del citado Código faculta al Ministerio de Salud a orientar la política gubernamental en materia de salud pública y Asistencia Social así como establecer y mantener colaboración con los demás ministerios, instituciones públicas y privadas y agrupaciones profesionales o de servicio que desarrollen actividades relacionadas con la salud.

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

Dentro de las otras atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están:

- Elaborar los proyectos de ley y reglamentos que fueren necesarios.
- Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

- Intervenir en el estudio y aprobación de los tratados, convenios y cualquier otro convenio internacional relacionado con la salud.
- Sostener y fomentar los programas de salud de carácter regional Centroamericano aprobado por los organismos correspondientes.
- Velar por el desarrollo y mejoramiento de las normas de enseñanza de las profesiones relacionadas con la salud y promover el adiestramiento técnico y especialización del personal encargado de las secciones de salud.
- Propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.

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

Las obligaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, están plasmadas en el artículo 42 del citado cuerpo de ley que establece: El Ministerio por medio de la Dirección General de Salud como organismo técnico, será el encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes así como las complementarias pertinentes en todo el territorio de la República a través de sus dependencias regionales y locales de acuerdo a las disposiciones de este código y reglamentos sobre la materia.

2.2.2.2. Recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

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

Para 1994 ya el Ministerio contaba con 378 establecimientos y en el año 2000 existen 610 establecimientos distribuidos de la siguiente manera 30 hospitales, 357 unidades de salud, 171 casa de salud y 52 centros rurales de salud y nutrición. Se ha priorizado la atención de primer nivel en las áreas rurales con casas de salud, implementando centros rurales de salud y nutrición y mejorando la red de unidades de salud a nivel nacional. Esta extensa red de servicios permite mejorar el acceso en búsqueda de equidad en la atención en la población, con la valiosa colaboración de 1,729 promotores de salud, 3,500 parteras y 3843 colaboradores voluntarios de malaria, y el compromiso de más 3,500 médicos, 400 odontólogos, 5,000 enfermeras, 5,000 paramédicos y 6,000 recursos en el área administrativa, quienes brindan en forma directa la atención en salud a nuestra población a lo largo y ancho del territorio nacional.

El personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, supera las 21,000 personas, en las cuales 2,184 son médicos, 202 odontólogos, 4,566 enfermeras, 8,557 personal administrativo y 5,744 otros profesionales.

El Ministerio, cuenta con 2,184 plazas médicas, 202 odontólogos, 1,573 enfermeras, 2993 auxiliares de enfermería y 263 inspectores de saneamiento, lo que da una idea del bajo índice de personal que aun exista en estos recursos por habitantes, contándose para cada 10,000 habitantes 5 médicos, 0.5 odontólogos, 3.5 enfermeras, 7 auxiliares de enfermería y 0.6 inspectores de saneamiento ambiental.

Para la atención primaria de salud en el área rural existen 1,442 promotores de salud, lo que significa 5 promotores por 10,000 habitantes de esa misma área, 3,556 parteras empíricas, 3,000 colaboradores voluntarios de malaria y 629 colaboradores voluntarios de nutrición.

El Ministerio en lo referente al recurso humano tiene aproximadamente un médico por cada 2,250 habitantes. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con 2,137 plazas ocupadas por médicos, los que en la mayor parte de los casos ocupan cargos de 2 a 4 horas diarias. La gran mayoría de los médicos comparten su horario funcionario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con cargos en los establecimientos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y con su práctica privada. Estimando un ejercicio medio de 4 horas diarias por médico, la dotación del Ministerio es de un médico de jornada completa por cada 2500 habitantes beneficiarios.

Los cargos médicos asistenciales de jornada completa se concentran en los establecimientos de atención primaria (Unidades y Centros de Salud), además de algunos hospitales departamentales que son ocupados por médicos “en año social”. Esta denominación corresponde a la práctica hospitalaria de un año que deben de realizar los estudiantes de medicina una vez complementados sus estudios para obtener su título profesional.

Si bien es cierto esta disposición asegura la dotación mínima de facultativos en las zonas alejadas de la capital, la rotación periódica de estos profesionales impide la adecuada conducción de los programas de salud en esos establecimientos.

Los especialistas se concentran en los hospitales metropolitanos y en los hospitales regionales. Los hospitales departamentales cuentan con algunos especialistas básicos con horarios parciales.

En lo que respecta a la distribución regional, los médicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del área metropolitana de San Salvador representa el 50% de los médicos del país. En la capital, existe un médico por cada 2,000 beneficiarios mientras

que en las regiones la cifra es de 1 por 4,000. A esta cifra se agrega los médicos en año social y los contratados por el Ministerio.

Asimismo trabajan 1,716 enfermeras graduadas, 250 auxiliares de enfermería. Los números representan tazas de 1 por 2,300 habitantes o beneficiarios aproximadamente. Como se puede apreciar, aunque las políticas, metas y estrategias, se planifiquen de una forma en la cual se logren los objetivos deseados, éstos no podrán ser alcanzados mientras el Ministerio de Salud no cuente con personal suficiente de médicos, enfermeras y todo aquel personal que le permita dar una cobertura a nivel nacional con mayor eficiencia y sin mucha saturación, ya que los programas primarios y preventivos jamás podrán superar la falta de personal en los servicios- hospitalarios.

2.2.2.3. Consejo Superior de Salud Pública.

Esta institución es una corporación de Derecho Público, que tiene por objeto velar por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública regulado en el artículo 68 de la Constitución y relacionado con el artículo 8 del Código de Salud que establece: el Consejo Superior de Salud Pública estará formada por 14 miembros, 1 presidente y 1 secretario nombrado por el Organo Ejecutivo y 3 representantes electos de entre sus miembros por cada uno de los gremios: Médico, Odontológico, Químico-Farmacéutico y Médico Veterinario.

De acuerdo al capítulo II, “Atribuciones del Consejo” del Código de salud (15) este tiene las atribuciones siguiente:

- a) Velar por la Salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, esto como se dijo al principio también es un mandato constitucional que permite garantizar la Salud a todos los Salvadoreños.
- b) Vigilar el funcionamiento de todos los organismos, instituciones y dependencia del Estado, cuyas actividades se relacionan con la salud del pueblo, presentando al

Ministerio de Salud las recomendaciones para su perfeccionamiento, señalando específicamente las anomalías que deban corregirse.

- c) Contribuir al progreso de los estudios de las profesiones y disciplinas relacionadas con la salud pública, por los medios que estime más prácticos y eficaces, prestando su colaboración a las Universidades e Instituciones dedicadas a la enseñanza de las profesiones y señalando las mejoras ha introducir en los planes de estudios, métodos de enseñanza y demás medios encaminados a esa finalidad.
- d) Este objetivo, prácticamente no se cumple ya que en la realidad el Consejo no participa en forma activa en los planes de estudio y la colaboración que presta no es la adecuada.
- e) Autorizar previ6 informe de la junta de vigilancia respectiva, la apertura y funcionamiento de los centros de formaci6n profesional relacionados con la salud del pueblo.
- f) Autorizar previ6 informe favorable de la junta de vigilancia respectiva, la apertura y funcionamiento de Droguerías, Farmacias, Laboratorios, etc.
- g) Autorizar un Libro de Registro P6blico para la inscripci6n de los establecimientos que autoricen de conformidad con la ley.
- h) Elaborar los proyectos de reglamentos a que estarán sometidos los organismos de su jurisdicci6n.

Consideramos para efecto de nuestro trabajo de investigaci6n relacionar las atribuciones que para nosotros son más importantes, raz6n por la cual no las transcribimos todas pero pueden ser consultadas en el C6digo de Salud.

Las Juntas de Vigilancia reguladas en el art6culo 9 del C6digo de Salud, est6n formadas: por cinco acad6micos cada uno perteneciente a las respectivas profesiones, electos en la asamblea general de profesiones de cada gremio, convocadas especialmente para tal efecto por el consejo de superior de salud p6blica.

Una de las funciones principales de las juntas de vigilancia son: (16) vigilar el ejercicio de la profesión correspondiente y sus respectivas actividades auxiliares, velar por que estas profesiones no se ejerciten por personas que carezcan del título correspondiente exigiendo el estricto cumplimiento de las disposiciones penales relativas al ejercicio ilegal de las profesiones, vigilar y controlar el funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios de prótesis dentales, etc. intervenidos a petición de partes en aquellos casos en que surgen desavenencia entre un profesional y su cliente o entre un establecimiento de salud; esto en la realidad no se da, por que el consejo actúa bajo pretensiones políticas, económicas y sociales que no permiten que actúe con libertad y por que las personas no ejercen sus derechos cuando se ven vulnerables estos en el área de salud.

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

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

Muchos de los dictámenes que emiten el consejo y las juntas son condicionadas por factores políticos y económicos.

2.2.2.4 Instituto Salvadoreño de Seguro Social.

Esta institución fue creada en 1954 con el fin de atender a las necesidades previsionales y de salud de los trabajadores del sector privado su financiamiento proviene de las cotizaciones de sus imponentes y de un aporte directo del Ministerio de Hacienda para los servicios de salud.

Los empleados aportan el 2.5 % de su salario y los patronos el 6.25 %. El Estado aporta un monto fijo que se actualiza cada 5 años y para el último año equivaldría a un aproximado de 6 millones de colones. El aporte proporcional al salario se mantiene hasta un tope de 6,000 colones. Por encima de este monto, la cotización no aumenta por el impuesto dirigido a la seguridad social es claramente regresivo.

La Institución fue concebido inicialmente para atender a los trabajadores del sector privado, los que constituyen el así llamado “Régimen General”. En 1979, los trabajadores del sector público fueron incorporados al “Régimen Especial” de prestaciones. En este último caso, el empleador cotiza 5.57 % del salario y el trabajador un 2.23 %, lo que totaliza un porcentaje menor que el de los trabajadores del sector privado.

La incorporación de los trabajadores del sector público, los que gozan de una estabilidad en sus empleos, ha contribuido también a estabilizar el presupuesto del hospital. Este grupo de cotizantes alcanza hoy al 27 % del total de afiliados y constituye el grupo de mayor crecimiento, particularmente fuera de la capital.

La cobertura de esta Institución es una de las mas bajas de Latinoamérica, cuando se la compara con sistemas similares de seguridad social. Sin embargo, luego de haber disminuido a menos del 15 % de la población económicamente activa en 1980, el

porcentaje ha ascendido al 20 % en 1991. En términos generales, se estima que un 10 % de la población total del país está cubierta por los servicios de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

La Institución anterior cubre al trabajador, a su cónyuge y a sus hijos hasta los 3 años de edad. De acuerdo a las políticas actuales, el instituto aspira a incorporar gradualmente a los niños hasta los 6 años de edad, proceso que debería completarse en 1996.

El régimen de salud de esta Institución operó con un déficit creciente durante la década de los años 80, llegando a acumular una deuda de 50 millones de colones en 1985. El déficit se explica por la destrucción de buena parte de la base industrial del país durante la guerra y por el incumplimiento del Estado de aportar su contribución anual durante el mismo período. En 1986, un aporte extraordinario del Estado permitió el pago de la deuda y a partir de esa fecha el ejercicio muestra un superávit anual.

Los médicos y odontólogos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social son, en general, de una y media a dos veces más eficientes que sus pares que trabajan en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El costo unitario de los servicios es mayor en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social que en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estas diferencias son francamente mayores en la consulta médica, la que es casi 3 veces más costosa en el seguro social. La atención de partos es dos veces mas cara y se caracteriza por una mayor proporción de intervención quirúrgica en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Esta Institución posee una red de establecimientos de distinta complejidad en todas las cabeceras regionales y en las unidades de mayor importancia. En aquellas localidades en la que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social no cuenta con infraestructura propia, el

Seguro Social compra servicios al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en base a un acuerdo que data de 1987. Este convenio, fija aranceles que no han sido modificados de acuerdo al incremento del costo de las prestaciones de salud, por lo que significa un desfinanciamiento evidente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2.2.3. Las Relaciones del Problema de la Salud.

El sistema de salud salvadoreño todavía tiene serios problemas, pues hemos observado que los objetivos propuestos en las políticas de desarrollo social no han dado los frutos esperados ya que existen muchos problemas en la red hospitalaria nacional; tanto es así, que hemos creído necesario enumerar las etapas de las manifestaciones del problema a partir de 1999 en lo que respecta a la información que se a hecho pública en los periódicos de mayor circulación siendo estos datos los siguientes:

Día 5 de febrero del 2000 (El Diario de Hoy, pág. 42).

En este reportaje la Unidad de salud de Palo Galán del Municipio de Santa María, Usulután, fue cerrada desde 1997 lo que afecta a la población por no poder asistir al centro mas cercano de salud que se encuentra a 15 kilómetros por lo que han solicitado que les envíen ayuda médica y medicamentos. En esta Unidad de Salud clausurada los usuarios pagaban ¢15.00 Colones por consulta.

La Prensa Gráfica, 21 de junio del 2000, pág. 20.

En este reportaje el Ministro de Salud Pública, dio a conocer el borrador de Reformas de Salud para crear la Unidad de Promoción de Salud en el cual no solo se involucrarán los hospitales, sino también A.N.D.A. y el Ministerio del Medio Ambiente.

La Prensa Gráfica, 23 de agosto del 2000, pág. 5.

En esta publicación el Hospital Rosales retrasa las consultas externas de espera hasta el año 2001, debido a la demanda de pacientes, la falta de personal médico y el horario de trabajo muy corto de los médicos.

El Diario de Hoy, 2 de septiembre del 2000, pág. 8.

Este día se publico la urgencia del hospital Bloom de un refuerzo presupuestario de 17.8 millones de colones para combatir la epidemia del Dengue.

La Prensa Gráfica, 27 de noviembre del 2000, pág. 30.

En esta publicación los Directores de los hospitales justificaron el mal servicio por la falta de fondos y poco presupuesto por lo que se hace necesario cobrar por los servicios médicos para solventar algunas necesidades asimismo reconocieron que las necesidades superan el presupuesto.

El Diario de Hoy, 28 de noviembre del 2000, pág. 4.

En este reportaje se hizo referencia a las reformas que crearán el Comité para el Control de los Trasplantes de Organos y Tejidos que se practican en el país regulado en el artículo 28 del Código de Salud.

El Diario de Hoy, 30 de marzo de 2001, pág. 38.

Este reportaje se refiere a la reparación del Hospital Rosales que inicio a finales de febrero en las áreas dañadas por los terremotos en lo concerniente a 17 quirófanos e infraestructura con un costo total de 590 mil colones aportados por Médicos sin Fronteras lo cual va a generar un atraso en las operaciones quirúrgicas.

El Diario de Hoy, 7 de mayo de 2001, pág. 10.

El grupo médico 74, de la Base Aérea Militar de Wright Patterson, Ohio, llevo asistencia médica quirúrgica a los damnificados del terremoto del Departamento de Usulután.

El Diario de Hoy, 2 de junio del 2001, pág. 42.

Fue la publicación sobre los niños que quedaron sin consulta médica en el Hospital de Niños Benjamín Bloom a raíz de la suspensión de labores por 24 horas.

El Diario de Hoy, 6 de junio de 2001, pág. 10.

Este reportaje consiste en la crisis por la que atraviesa el Instituto Salvadoreño del Seguro Social ya que están sin alimentos, no hay medicinas, no hay material higiénico, hacinamiento, camas en pésimo estado y con equipo deficiente. La situación fue aceptada por el Subdirector.

El Diario de Hoy, 1° de abril de 2001, pág. 20.

Este reportaje se refiere a que 125 niños recibieron atención médica gratuita y medicamentos por parte de FUNDANIÑOS, Asociación Salvadoreña de Radios Difusores y el donativo entregado por la institución Hope for Kids, Estado de Pensilvania, U.S.A.

El Diario de Hoy, 4 de julio de 2001, pág. 1 y 2.

Esta publicación hizo énfasis en la precaria atención de salud en el interior de la República ya que la población tiene que caminar hasta la capital en busca de salud, lo que satura la red de hospitales.

El Diario de Hoy, 6 de julio de 2001, pág. 2.

Esta publicación relacionó la suspensión de operaciones de corazón abierto después que varios niños fallecieran sin encontrar una causa aparente.

El Diario de Hoy, 25 de julio de 2001, pág. 2.

En este reportaje se hizo público que la salud esta en peligro a raíz del recorte presupuestario del 15 % en áreas sociales. Si se da la reducción en el gasto de salud, no se descarta que el paciente pague la mitad del precio de los medicamentos, la reducción de los exámenes en algunos hospitales e incluso, la suspensión de las cirugías electivas en los hospitales principales.

El Diario de Hoy, 31 de julio de 2001, pág. 54.

Este reportaje consistió en el aumento de infecciones respiratorias y diarreas, haciendo énfasis que el 30 % de los pacientes son de Guatemala.

2.2.3.1. Relaciones Causales.

En la red hospitalaria nacional existen serios problemas en cuanto a la calidad de salud, que brindan a los pacientes ya que estos tienen su origen desde la asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y a la vez este ente es el encargado de la distribución del presupuesto en los treinta hospitales nacionales del país y demás instituciones a fines. Esta baja asignación presupuestaria conlleva a la manifestación de los problemas siguientes:

- Bajo presupuesto para ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria.
- Bajo presupuesto para la compra de equipo médico básico.
- Bajo presupuesto para el mantenimiento del equipo médico básico.
- Bajo presupuesto para la compra de insumos médicos.
- Bajo presupuesto para la compra de medicamentos.
- Bajo presupuesto para la contratación de dos médicos por mas de dos horas de consulta.

- Bajo presupuesto para mejorar los salarios de todo el personal médico, paramédico, enfermeros y enfermeras, ayudantes de enfermería y personal administrativo.

De manera general podemos decir que el sector salud también tiene las causas siguientes:

- La salud no es prioridad número uno para el desarrollo de la persona y el país.
- Insuficiente inversión en salud.
- Corrupción.
- Inadecuada administración de recursos.
- Dificil acceso a los servicios de salud.
- Inequidad en la distribución de los recursos.
- Atención deshumanizante.
- Ante la crisis económica de la población y la del sistema de salud, la población recurre a opciones peligrosas de atención a su salud, como la búsqueda de personal no calificado en tratamiento médico, auto medicación, curanderos y charlatanes.
- Modelo de atención curativo y medicalizado, no preventivo.
- Baja cobertura y calidad de atención.
- Conflictos médicos.
- Servicios onerosos.
- Poco interés a la atención de grupos especiales, como los enfermos de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

Dentro de esta problemática también existen causas determinante, siendo estas:

- Modelo de desarrollo económico concentrador de la riqueza, el cual provoca exclusión en lo económico y social.

- Modernización del sector salud excluyente, porque no participan todas las fuerzas sociales del país.
- Falta de voluntad política en el sector salud.
- Incumplimiento a los mandatos de la constitución.
- Inoperancia del Código de Salud.
- Desempleo, subempleo, precarización del salario e inmigración.
- El predominio de las políticas económicas sobre las sociales.
- Crisis del sector salud.
- Falta de asignación presupuestaria.

2.2.3.2. Relaciones de Impacto.

Con relación a la problemática de estudio, en este apartado vamos a mencionar los efectos que generan la baja asignación presupuestaria a los hospitales nacionales y demás instituciones a fines. Esta baja asignación del presupuesto hace que los nosocomios no brinden una buena calidad de salud y se manifiesten los problemas siguientes:

- Falta de infraestructura, pues algunos hospitales ya dieron su vida útil, como el hospital Rosales y muchos otros que han quedado mas dañados a raíz de los terremotos.
- Falta de equipo básico.
- Falta de quirófanos para las operaciones, ya que algunos se destruyeron o se dañaron con los recientes terremotos, ejemplo de ello es el hospital Rosales, que de 11 salas se destruyeron 6 y solo funcionaron para la demanda 5; pero a la fecha ya funcionan 9 quirófanos.
- Falta de insumos médicos.
- Faltas de profesionales médicos.
- Falta de medicamentos.

- Cobros por operaciones de cualquier índole.
- Cobros por hospitalización.
- Cobros por los exámenes médicos de laboratorios clínicos.
- Cobros por insumos médicos, como: vendas, jeringas, etc.

Si bien es cierto, en los hospitales nacionales no aceptan que esto es un cobro, si no una cuota voluntaria que se pide a los usuarios para el mismo mantenimiento del hospital y de la cual se compra algunos de los medicamentos que se dan a los pacientes.

Nosotros consideramos que no se puede hablar de una cuota voluntaria, por que a través de la observación se pudo constatar, que los Hospitales Rosales y Benjamin Bloom, ya tienen internamente establecidas las tarifas de cobros por cada servicio de salud y si el paciente no puede pagar debe acudir al Bienestar Social a cargo de una trabajadora social para negociar el cobro o en algunos casos exonerar al usuario del pago; sin embargo, el maltrato que recibe la gente por parte de estos empleados los hace desistir y quedarse sin asistencia médica o soportar las humillaciones.

El alto costo de la vida a incrementado mas la pobreza, sobre todo en las áreas rurales lo que ha generado un clima propicio para la delincuencia, el subempleo, prostitución, migración, etc. Para 1999 la pobreza afectaba a casi la mitad de la población, 48.3%, de ésta, 19.5% estaría en pobreza extrema. En el área rural, 71% de los hogares tienen ingresos mensuales inferiores a ¢2,000.00 que apenas cubren la canasta básica ampliada (¢1,947.00). Otras fuentes indican que la pobreza puede ser mayor y afecta a 2/3 de la población, si se considera que las cifras estadísticas encubren el problema de que la mayoría de salvadoreños(ñas) no tienen un empleo formal. (17).

2.2.3.2.1. En la Educación.

La Reforma Educativa es un ejemplo de experiencias positivas, ya que es un proceso realizado con dosis altas de voluntad política, capacidad de liderazgo, habilidades concertadoras y competencia técnica en el logro del propósito común de aumentar el nivel educativo de la población. Para 1997, el 20.1% de la población de 10 años y más no saben leer ni escribir, variando entre 11.3% en área urbana y 31.8% en el área rural; las mujeres presentan las tasas más altas de analfabetismo (22.8%) con respecto a los hombres (17%). La escolaridad promedio fue 4.9 grados, con diferencias importantes entre el área urbana y rural, 6.6 grados y 2.9 grados respectivamente.

El analfabetismo, los bajos niveles de escolaridad y el retraso escolar prevalentes en la población son un límite real a mayores conocimientos en salud a través de la educación formal, lo que incide en que esta población tenga una reducida cultura preventiva frente a las enfermedades y problemas de salud (18).

2.2.3.2.2. En la Vivienda.

Según estudios del Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano, unos 2.5 millones de salvadoreños y salvadoreñas carecen de vivienda digna; en 1997 36.57% de los hogares del país tienen ingresos inferiores a ¢ 1,500.00, condición que vuelve inaccesible la posibilidad de adquirir una vivienda adecuada.

En cuanto a servicios básicos, 79.5% de los hogares gozan de energía eléctrica. Es de notar que en el área rural, 37.6% de hogares utiliza kerosene para alumbrarse, exponiéndose a la aspiración de humo y al riesgo de incendio de su vivienda. A nivel del país, 52.9% de viviendas tienen servicios de agua de cañería, aunque no hay estudios de la regularidad del servicio; una de las quejas más frecuentes de la población es la carestía

del agua potable. En el área urbana, 71 % de las viviendas tienen instalada cañerías, mientras en el área rural sólo 26.5%; el resto del agua que consumen es de dudosa calidad ya que proviene de pozas, ojos de agua u otras fuentes sin tratamiento.

En el área urbana, 55.3% de las viviendas cuentan con inodoro conectado a alcantarillo; 29.1 % tienen letrina privada y 2.6% carecen de este servicio. En el área rural, 65.4% tienen letrina privada, mientras 20.5% de viviendas no disponen de servicio sanitario esto significa que por lo menos, en 1 de cada 5 casas rurales sus miembros defecan al aire libre con la consiguiente contaminación y deterioro ambiental. (19).

2.2.3.2.3. En el Medio Ambiente.

Según los especialistas sobre los temas claves para el Plan de Nación los siguientes índices de reforestación dan cuenta de nuestra situación: sólo se conserva el 2% de bosques naturales; el 25% del total de las tierras del País están degradadas y cerca de dos terceras partes están severamente erosionadas; la pérdida de biodiversidad y contaminación de mantos acuíferos alcanzan niveles que están entre los más altos del continente americano. La calidad del agua es crítica, ya que aproximadamente el 90% del agua superficial se encuentra altamente contaminada por desechos orgánicos, agroquímicos y desechos industriales; en el Río Lempa se detectan niveles muy altos de mercurio. El aire en el Área Metropolitana de San Salvador, presenta niveles muy por arriba de lo permitido en cuanto a gases tóxicos, que son originados principalmente por vehículos automotores, elevando la morbilidad por infecciones respiratorias al primer lugar. A pesar de considerarse un logro la creación del Ministerio de Medio Ambiente, a la fecha no hay mayor impacto en la recuperación ambiental.

El grave deterioro ocasionado al medio ambiente lo vuelve agresivo y nocivo para la salud y la vida humana, contribuyendo al agravamiento de los problemas sanitarios endémicos. (20)

2.2.3.2.4. En la Migración.

Después del conflicto armado ha continuado el fenómeno migratorio tanto interno como externo a causa del desempleo, los bajos niveles de ingresos, la inseguridad y la exclusión social. Para 1998 se estima que cerca de 1,300,000 salvadoreños vivían en Estados Unidos y otros miles están dispersos en diferentes regiones del mundo. El fenómeno migratorio, si bien es cierto alivia la situación económica, desintegra las familias, repercutiendo negativamente en la salud mental familiar y en el fenómeno de la transculturación y pérdida de la identidad nacional; ahora se suman, además, las deportaciones masivas, que vienen a agravar la complicada situación económica-social existente en el país y, por ende, la problemática de salud.(21).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- COMENTARIOS DEL COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR. “Por la Salud”, año 1998, Pág. 18.
- 2- Idem. Ob.Cit. Pág. 18
- 3- Idem. Ob.Cit. Pág. 45
- 4- Idem. Ob.Cit. Pág. 17
- 5- Idem. Ob.Cit. Pág. 2
- 6- Idem. Ob.Cit. Pág. 29
- 7- EL DIARIO DE HOY. Reportaje La Vida en Suspenso, 22 de mayo del año 2000, Pág. 2
- 8- MINISTERIO DE HACIENDA. Acuerdo 796, Diario Oficial, Tomo 344, 20 de septiembre del año 1999.
- 9- EL DIARIO DE HOY. “El 41% del Presupuesto al área Social”, 22 de noviembre del año 2000. Pág. 30
- 10- Idem. Ob. Cit. Pág. 30

- 11- EL DIARIO DE HOY. “Salud Combatirá Dengue en Honduras”, 09 de noviembre año 2000. Pág. Sin número
- 12- MINISTERIO DE HACIENDA. Acuerdo 607, Diario Oficial, Tomo 344, 26 de julio de 1999.
- 13- Idem. Ob. Cit. Pág. 1
- 14- MINISTERIO DE HACIENDA. Acuerdo 263, Diario Oficial, Tomo 343, 07 de abril de 1999.
- 15- Código de Salud
- 16- Código de Salud
- 17- COMENTARIOS DEL COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR, “Por la Salud”, año 1998. Pág. 10
- 18- Idem. Ob. Cit. Pág. 11
- 19- Idem. Ob. Cit. Pág. 13
- 20- Idem. Ob. Cit. Pág. 12
- 21- Idem. Ob. Cit. Pág. 15

2.3. MARCO DOCTRINARIO.

2.3.1. Ideas Actuales sobre el Derecho a la Salud.

2.3.1.1. Naturaleza Social del Derecho a la Salud.

El concepto del derecho a la atención de la salud reconocido de distintas maneras por constituciones, leyes y reglamentos, surgió a consecuencia de la revolución industrial. Tal como lo señala Dupuy, con la industrialización y la posibilidad de disponer de medios más eficaces para diagnosticar y tratar enfermedades. La naturaleza social de la salud implica cuatro dimensiones de importancia crítica que son la Igualdad y universalidad de la atención, integración, participación y eficiencia, las cuales estudiamos a continuación:

- La igualdad exige un compromiso por razones de justicia social, para remediar los casos de iniquidad profundamente arraigados y un esfuerzo para que cada persona de una sociedad determinada pueda ejercer su derecho a la salud, ofreciéndole un acceso igual y adecuado a los servicios necesarios.
- La integración se refiere simultáneamente: a) Las medidas de salud, los niveles de atención y la continuidad de la atención, y b) La salud en el proceso de desarrollo.

El primer aspecto amplía la noción de igualdad, como el derecho a la atención integral y el pronto acceso a todos los niveles de atención, según la necesidad. En consecuencia, se refiere a la igualdad en la calidad de la atención, conservación y promoción del derecho a la salud para que cada persona se realice al máximo. El segundo aspecto, se refiere a la salud como responsabilidad intersectorial y su elevación a la máxima expresión de bienestar.

- La participación significa el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad entre los servicios y sistemas de salud y la sociedad, individuos, grupos, comunidades y organizaciones. Esta relación permite crear una conciencia cívica de la salud y de la responsabilidad que tenemos todos de conservarla, fomentarla y facilitar la

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

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

2.3.1.2. El Origen del Derecho a la Salud.

Para el historiador George Rosen, considera que las leyes que garantizan el derecho a la salud se origina con la Revolución Industrial, y este derecho consagrado hoy en día en las Constituciones evolucionó hasta convertirse en una promesa de asistencia a los ciudadanos, una obligación del Estado de tomar medidas encaminadas a ese fin, apartándose así de la tendencia tradicional hasta la limitación de sus poderes. (2)

2.3.1.3. La Tutela del Derecho a la Salud.

La Constitución vigente contiene disposiciones que inciden sobre la salud directa e indirectamente. La Sección Cuarta se refiere específicamente a la salud pública y a la Asistencia Social y forma parte del Capítulo II que trata de los derechos sociales y que junto con el Capítulo I, sobre los derechos individuales forma parte del Título II referente a los derechos y garantías de la persona.

La Constitución establece en su articulado 65 y 66, que la salud es un Bien Público y toda persona esta obligada a velar por su conservación y que el Estado dará asistencia gratuita

a los enfermos que carezcan de recursos. De lo anterior es de comentar que si bien es cierto el Estado incrementa cada año el presupuesto al sector salud, este no toma en cuenta que el costo de la vida también aumenta cada año. Pero no podemos obviar que con lo poco asignado a este sector se han hecho actividades para contrarrestar algunas necesidades médicas y de ayuda contra enfermedades que atacan a la población; además, el Estado también ha contribuido con solicitar ayuda internacional de instituciones médicas para llevar salud a las poblaciones más pobres del país, al grado de involucrarse la Empresa Privada. (El Diario de Hoy, 19 de Julio del 2001, Pág.55) Si bien es cierto, estos son hechos positivos, todavía existe mucho que hacer por este sector que cada día necesita de mas apoyo. El bien jurídico titulado, consiste en como está protegido el bien jurídico y la forma de hacerlo valer por los habitantes, incluyendo a los extranjeros, ya que el art. 5, reconoce el derecho a entrar, permanecer y salir del territorio de la República y esto permite establecer en la ley secundaria limitaciones al mismo. Ello faculta al Estado a controlar las fronteras, tanto por razones sanitarias como de otra índole. Esa libertad puede ser suspendida ó restringida en casos de epidemia, catástrofe u otra calamidad general.

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

La forma de como hacer prevalecer la Justicia que reclame cualquier ciudadano, es a través del Artículo 247 de la Carta Magna que establece "Toda persona puede pedir amparo ante la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia por Violación de los derechos que otorga la presente Constitución". Es de mencionar que a lo largo del estudio que estamos realizando, hemos encontrado peticiones de Amparo por los

ciudadanos en casos de: Mala praxis médica, por la falta de Asistencia médica a los enfermos de Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirido y la oposición de algunos pacientes a que se les practique transfusiones de sangre por sus creencias religiosas.

En lo que respecta a la legislación secundaria, el Código de Salud establece una especie de Juzgado Especial de Sanidad, con el propósito de controlar el comportamiento y ética de los miembros de las profesiones que tienen relación con la salud. Estas autoridades son de conformidad al Art. 289 del Código de Salud; el Consejo Superior de Salud Pública, las Juntas de Vigilancia y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son las encargadas de imponer las penas contempladas en el citado Código, pero solo en referencia de dichas profesiones. Sus resoluciones son apelables ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el que resuelve con audiencia al interesado, permitiéndose la presentación de prueba si fuese necesario. Asimismo, el artículo 32 y siguientes del mismo cuerpo de ley establece que cualquier persona mayor de 16 años que resultare perjudicada por una infracción contra la salud ó que la presenciare ó tuviere conocimiento de ella, podrá denunciarla ante la autoridad de salud. (3)

Toda arbitrariedad ó negligencia realizada por un profesional, le hace caer en cualesquiera de los 3 tipos de responsabilidades que se detallan así:

- **Penal:** Cuando se ocasiona la muerte ó daño a un paciente.
- **Administrativa:** Cuando por una mala administración del hospital se ocasione un daño ó muerte del paciente y es una responsabilidad del funcionario público; pero esta solo se limita como sanción a la destitución ó suspensión temporal del cargo.
- **Civil:** El funcionario y profesional responder pecunariamente por los daños ocasionados al paciente.

2.3.1.4. Concepto de Salud.

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

Las definiciones de la salud son numerosas. El Websters English Dictionary la define así: "estado corporal o mental en el cual todos los órganos funcionan normalmente; sanidad; ausencia de enfermedad". El Diccionario de la lengua Española dice que la salud es " el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones ". Una definición más precisa se dio en una excelente conferencia celebrada recientemente con el auspicio de la Naciones Unidas y la OMS: " La salud es un estado en el cual la persona no tiene conciencia de su propio cuerpo; cuando se brinda salud a los hombres y mujeres, se les permite tener libertad respecto de su propio cuerpo, la libertad de sus movimientos ". También, el Diccionario Larousse contiene la siguiente definición: "Salud: estado habitual de equilibrio del organismo".

2.3.1.5 Concepto del Derecho a la Salud.

A partir de la Constitución de 1950 se considera que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. Los antecedentes de la Constitución no precisan cuál es el significado de la expresión "bien público" que se emplea para conceptuar la salud. Parece evidente que no se ha utilizado la terminología del Código Civil en el sentido de que "bien" sea, como dice el artículo 560, toda cosa que es o puede ser objeto de apropiación. Mas bien parece que la expresión "bien público" inserta en el concepto

del bien común como objetivo y finalidad de la actividad del Estado. En este sentido, podríamos decir que al declarar la Constitución que la Salud es un bien público ha querido significar que ese estado de completo bienestar físico, mental y social que va mas allá de la ausencia de enfermedades como diría la Organización Mundial para la Salud, debe ser disfrutado por todos los habitantes de la República como una aspiración de la sociedad salvadoreña hay un interés comunitario y no meramente oficial del Estado o particular de los individuos. La sociedad toda integralmente considerada, debe propiciar el logro de ese estado de salud. Por la Constitución dispone que “...el Estado y las personas obligados a velar por su conservación y restablecimiento...” (artículo 65).

Ahora bien, en la Ley Fundamental se encuentra otra disposición que es el artículo 1, que establece como obligación del Estado el asegurar a los habitantes de la República, entre otros bienes, la salud. Correlativamente, y visto desde el punto de vista del titular activo de la obligación, un postulado de esta naturaleza implica que la salud es un derecho que se tiene frente al Estado. Aparentemente este concepto de la salud –derecho resulta contrario al expuesto de la salud-bien público, porque en este último supuesto tanto el Estado como las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Resulta entonces que la salud sería tanto respecto de los habitantes de la República como del Estado, un derecho y un deber a la vez, lo que es inadmisibles por que el derecho deja librado su ejercicio a la decisión del titular en tanto que el deber es obligatorio; no es de cumplimiento potestativo.

2.3.1.6. El Objeto del Derecho a la Salud.

El objeto del derecho a la salud: ha tenido como finalidad la de proporcionar y proteger la salud mental, física y emocional al ser humano.

El derecho a la salud, como derecho social tuvo que enmarcarse en el Derecho Constitucional como una función estatal que obliga al Estado y a los particulares a su promoción, conservación, recuperación y rehabilitación como factor vital del desarrollo de un país. Este derecho se refiere al hombre integralmente considerado en su doble dimensión individual y social y lo protege desde la concepción durante toda su vida.

Pero el objeto de este derecho, también tiene una relación directa con otros factores como: La protección de la vida, por ser fundamento mismo de la existencia de la persona humana (art.2 Cn); La protección de la libertad y dignidad humana, porque esta es inherente al concepto de la persona humana, que tiene dignidad en el sentido de que es libre para escoger sus metas y para elegir los medios para lograrlas sin más límites que los que impone el respeto a la libertad de los demás y la necesidad de preservar la sociedad (art.4 Cn);La protección del medio ambiente, para mantener óptimas las condiciones ambientales, tales como la Ley Forestal, la Ley de Administración de Acueductos y Alcantarillados, la Ley de Urbanismo y Arquitectura y la Ley Agraria (art. 69); La protección de la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que debe ser prestado por una ó varias instituciones debidamente coordinadas, como a manera de ejemplo la Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (art. 50 Cn); La protección de la familia, como la base fundamental de la sociedad (art. 32 Cn). Con fundamento en estas disposiciones se debe formular una política impulsada por el Estado y como un instrumentos al servicio del hombre, origen y propósito de la actividad estatal y reorientada a la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

2.3.1.7 Los Sujetos del Derecho a la Salud.

El sujeto obligado de conformidad a la constitución a garantizar el goce de salud, la vida y la integridad física, es el Estado Salvadoreño a través del Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social, quien a la vez coordina la función de otras instituciones a fines que de un modo inmediato se relacionan con la salud del pueblo, siendo estas:

- Junta de Vigilancia de la Profesión Médica.
- Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica
- Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutica
- Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria
- Junta de Vigilancia de la Profesión en Laboratorio Clínico
- Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Hospitales Nacionales
- Hospitales privados
- Unidades de Salud y sus dependencias (4).

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

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

2.3.1.8 La Naturaleza del Derecho a la Atención de la Salud.

El concepto del derecho a la salud a sido reconocido de distintas maneras por las constituciones, leyes y reglamentos. Esto es debido a los distintos factores que han surgido a través de la historia y experiencia de cada nación y cabe mencionar que algo muy importante ha sido la industrialización, el avance tecnológico y la posibilidad de disponer de medios más eficaces para diagnosticar y tratar enfermedades. Por ello, el

derecho a la atención a la salud sea consagrado en las constituciones evolucionando hasta convertirse en una promesa de asistencia a los ciudadanos. Es obligación del Estado de tomar medidas encaminadas a ese fin, apartándose así de la tendencia tradicional hacia la limitación de sus poderes.

El objetivo de las normas en el derecho positivo en relación al derecho a la salud, de exigir al Estado que actúe para proteger a los ciudadanos, es de una gran diferencia entre ese derecho y la aplicación en la práctica. El economista de la medicina Rashi Fein, formula este derecho de la siguiente forma: "Se necesitaría recursos modestos para mantener el sector salud, y estos recursos y otros adicionales se distribuirían de acuerdo con el crecimiento económico".

El análisis del concepto anterior consta de dos elementos: el primero se basa en la noción de COMUNIDAD, es decir, en la idea de que los ciudadanos tienen derecho a creer en la magnitud de los fondos; asimismo los recursos destinados a la atención médica dependerá de la importancia que la sociedad le confiera al valor comparativo de los gastos necesarios para satisfacer otras necesidades. El segundo derecho de Atención a la salud, es el derecho a recibir una parte equitativa del total de los recursos destinados a dicho derecho; es decir, que las prestaciones médicas deben fundamentarse en la necesidad y no en los medios económicos que disponga una persona para "pagar" esos servicios.

2.3.1.9 El Derecho a la Salud y la Atención Médica

La atención médica ha sido considerada con frecuencia como la base del derecho a la salud. Los pensadores políticos han expresado una opinión diferente del derecho a la atención médica y la obligación del Estado de proporcionar la asistencia médica individual a los ciudadanos constituye un tema altamente controvertido. Existe una teoría en cuanto a este derecho que es una necesidad más del individuo. Como sería la

vivienda, la educación y la recreación. El individuo debe decidir como utilizar sus recursos para satisfacer esa necesidad; y algunos expositores explican esa doctrina señalando que la salud es un requisito para el éxito, y que la competencia para ser justa debe de garantizar a todos los competidores un nivel de salud razonable igual.

De ahí que el acceso a la atención médica no debe basarse en la capacidad económica del individuo, además, las características de la enfermedad y de la atención médica están fuera del alcance, tanto intelectual como económico del individuo que requiere de acción colectiva, ya sea pública o privada; Los economistas consideran que la atención médica, al igual que los alimentos, la vivienda, la educación, es un «BIEN PRIMARIO», o sea, algo que todos necesitan y deben tener.

« La frase, el derecho a la atención a la salud, encierra mucho más que la de permitir que las personas compren servicio de atención médica si los encuentran, si los desean, y si disponen de los medios necesarios para hacerlo" (5).

La teoría que sostiene que se debe garantizar un cierto nivel de atención médica para todos, concuerda con el enfoque adoptado por muchas naciones y por infinidad de informes, pero en un concepto de justicia distributiva por el cual la sociedad tiene el deber moral de brindar acceso igualitario a la atención médica.

2.3.1.10. La Función de la Ley en el Derecho a la Salud.

La incidencia del Derecho (Constitución, leyes, Regulaciones Administrativas y Fallos Judiciales) en la protección del derecho a la salud y la función principal de las disposiciones constitucionales que establecen el derecho de la atención a la salud, es simbólica; denotan la intención del gobierno de proteger la salud de los ciudadanos. La

mera declaración de una política nacional no basta por si sola para garantizar el derecho a la atención médica, sino que este derecho debe traducirse en leyes, programas y servicios específicos. Sin embargo, la mención del derecho a la salud en la Constitución sirve para dar a conocer al individuo que su protección forma parte de la política del gobierno y reflejada en las leyes fundamentales de la nación. Las funciones de la ley como garantía del derecho a la salud, pueden clasificarse como generales y específicas, siendo las funciones generales las siguientes:

- La ley constituye el elemento moderador entre los intereses de la sociedad y de los del individuo. De hecho, la protección a la salud pública es una de las razones por las cuales se pueden menoscabar los derechos individuales.
- La ley es medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología.
- La ley es un instrumento para garantizar la equidad en la prestación de servicios, y en la protección de indigentes y grupos más vulnerables.

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

- La ley prohíbe toda conducta perjudicial para la salud, requisito fundamental para gozar del derecho a la salud. Medidas tales como el saneamiento, la cuarentena, la regulación de alimentos y medicamentos y la protección del medio ambiente, generan condiciones aptas para la vida en un medio inocuo y saludable. Estas estrategias de salud pública resultan tan necesarias para garantizar el derecho a la salud, ya que mejora las condiciones de vida externas sin requerir cambios en el comportamiento de los individuos.
- La ley permite establecer programas y servicios para fomentar la salud.

- La ley regula la asignación de recursos para los servicios de salud (capacitación del personal, construcción de instalaciones, producción de medicamentos y compra de equipos). El suministro como la distribución de recursos influye en el derecho a la atención de la salud, al aumentar la capacidad de la sociedad para proporcionar atención y al fomentar la distribución equitativa.
- La ley establece que la sociedad a través del Estado debe financiar los servicios de salud. El seguro social para la atención de la salud y los servicios financiados con los aportes de los contribuyentes constituye una estrategia indispensable para la protección del derecho a la atención de la salud. Los mecanismos de financiamiento cumplen la función básica de garantizar el acceso a la atención de la salud y tienen el potencial de estructurar los sistemas de prestación de servicios con el objeto de fomentar la equidad y la eficacia.
- La ley regula el control de la calidad de la atención de la salud. (6)

2.3.2. Obligaciones del Estado Salvadoreño en cuanto al Derecho a la Salud.

2.3.2.1 El Estado como Organismo Rector de la Salud.

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

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

La función de determinar la política nacional de salud corresponde en sus etapas de formulación y ejecución al Organismo Ejecutivo, que cuenta entre sus secretarías de Estado

al Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, este ha su vez descansa en la Dirección General de Salud, como unidad técnico administrativa. (7)

2.3.2.2. El Estado como Organismo Coordinador del Sector Salud.

Por aplicación del principio que establece que la salud es un bien público y en su mantenimiento y conservación son funciones públicas, el Estado no puede permanecer al margen de las actividades de los particulares cuando estos prestan servicios relativos a la salud, en clínicas, consultorios, hospitales y farmacias. Por consiguiente, si bien es dable permitir a la iniciativa privada que actúe, con fin de lucro o sin el, en la prestación de servicio de salud, corresponde al gobierno velar y controlar por que tales servicios sean prestados en condiciones adecuadas esta función esta encomendada al Consejo Superior de la Salud Pública y de las Juntas de Vigilancias de los Profesionales que tienen relación con la Salud. (8)

2.3.2.2 El Estado como Proveedor de Servicios de Salud.

En cumplimiento de sus deberes como principal responsable de la atención de los servicios de salud, y como consecuencia de estar obligado a proveerlo gratuitamente a las personas de escasos recursos económicos cuando se trata de prevenir la desiminación de una enfermedad transmisible, el Estado tiene a su cargo una red de hospitales estatales dispersos en el territorio nacional reforzado por una red más amplia de unidades de salud. Periódicamente, y por lo general con el apoyo y colaboración de Organismos Internacionales como la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana para la Salud, emprenden y realizan campañas de vacunación de enfermedades transmisibles o de erradicación de enfermedades endémicas. La prestación de estos servicios es gratuita, salvo algunas excepciones, y no esta regulada por leyes propiamente dichas si no por decisiones ejecutivas que cuentan para su realización con la

asistencia de otros Organos del Estado y de las asociaciones de servicios a los particulares. Todas las instituciones que brindan servicio de salud estatal son gratuitos, pero solicitan a los pacientes cuando ingresan una contribución voluntaria.

Los hospitales cuentan con servicio de pensionado a precios menores que los de hospitales privados cuyos ingresos sirven para su financiamiento sin embargo la contribución en los hospitales estatales no puede ser obligatoria en virtud del principio de gratuidad del servicio salud para las personas de escasos recursos (Artículo 66 constitucional). Existen también los Servicios de salud atendidos por medio de empresas privadas que tienen por lo común fines de lucro, y por asociaciones de clubes de servicio que lo prestan con carácter gratuito. Dada su capacidad económica y la atención individualizada que proveen, los servicios privados suelen ser eficientes pero por su costo se encuentran reservados solamente a un sector privilegiado de la sociedad.

Se podría hablar también de los servicios mixtos prestados por instituciones con participación del estado y de los propios beneficiados, como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; además existen otras asociaciones de tipo cooperativo que tienen clínicas asistenciales y servicio de salud siempre bajo el control del Estado pero sostenido y financiado por sus miembros. Tal es el caso de la Asociación General de Empleados Públicos y Municipales, (A.G.E.P.Y.M.) (9)

2.3.2.4. El Derecho a la Salud en la Constitución de la República.

La práctica médica esta social e históricamente definida y tendrá formas y efectos diferenciales para los distintos grupos y estratos poblacionales en donde juegan un papel importante la oferta y la posibilidad de acceso que la población tenga. En los distintos países y más aún en las sociedades complejas, es posible encontrar estratificaciones en la

población; así como, diferentes formas de práctica médica y de servicios de salud, algunos simples y sencillos grupos marginales, otros pobres, con un nivel de sofisticación tecnológica orientada para sectores minoritarios y que puedan pagar por estos servicios.

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

De ahí que la manifestación de que la salud es un derecho, es irreal, por cuanto "Si el dinero es una barrera para medicina, el sistema es discriminatorio" (1)

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

Al Estado le corresponde la indeclinable misión de formular los planes y políticas de salud, coordinadas con todos los demás aspectos que inciden en la misma, tales como: La educación, la economía, la conservación de los recursos naturales, el medio ambiente, el trabajo, la familia, la libertad y el urbanismo. Esta importante tarea debe hacerse en base a una concepción humanista del Derecho y de la vida, y al reconocimiento de que el Estado no 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 del bien común (10).

La salud, como un derecho social, se considera desde hace mucho tiempo como un derecho humano básico, que implica fundamentalmente que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida, a fin de que cada persona pueda llevar a la 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 éstas depende intrínsecamente de las expectativas individuales y culturales de una persona en un entorno que se considera sana pero que podría en otro, considerarse carente de salud.

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

También las definiciones médicas profesionales de la 'salud pueden mostrar diferencias según las expectativas culturales Pannenburg, ha enunciado claramente la difusión de la Salud que da el profesional médico moderno-residente de un país desarrollado y las percepciones y necesidades generales de la población de los países de menor desarrollo. Aparentemente, entonces, no parece posible llegar a un acuerdo respecto de una definición legal sobre derecho de salud, pues es un concepto que resulta difícil de definir o puede ser definida por un médico en 108 términos estándares de funcionamiento normal. Pero, pese a que entre los profesionales de la salud esta como un derecho, se encuentra ya más o menos definida en la comunidad de legisladores, abogados y funcionarios ejecutivos que redactan leyes que gobiernan los derechos individuales y sociales.

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

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

2.3.3. La Posición Doctrinaria Adoptada por el Grupo.

La posición que hemos adoptado es en base al pensamiento Aristotélico ya que hace muchos años él señaló la importancia del derecho a la atención de la salud en el siglo IV a. de J.C.: “Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que le son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y solo ella, sea capaz de proporcionárselas”.

La forma Aristotélica da la idea de que la salud es un derecho natural de todos los seres humanos. Si aceptamos que hay un derecho a la vida, debemos aceptar también que existe un derecho a la protección de la salud.

2.3.3.1. El Análisis del Problema en relación a la Posición Doctrinaria Adoptada.

El artículo 1 de la Constitución expresa en su inciso segundo que es obligación de El Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la Libertad, la Salud, la Cultura, el Bienestar Económico y la Justicia Social.

Es al segundo derecho, es decir, a la salud, que menciona este artículo en su segundo inciso, el que la constitución de la República, desarrollada en la Sección IV, Salud Pública y Asistencia Social; el artículo 65 cuando 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. Cuando el artículo menciona a las personas como obligadas a velar por la conservación y restablecimiento de la salud, no especifica que clase de personas son las que pueden contribuir a eso. Es conocido en el país, que la inmensa mayoría de las personas carecen de los recursos económicos para procurarse un poquito de salud, lo cual indica la no posibilidad de procurar para otros.

Por otro lado con la afirmación del artículo en comento, el Estado es el ente obligado a dar salud a la persona, aceptando que la salud, es un derecho inherente a la persona misma, es decir, es algo que no se le puede negar, quitar ni comprar.

Pero todo lo anterior resulta contradictorio frente a la realidad, pues la salud, es uno de los problemas más agudos que debe resolver el Estado. Es conocido el hecho el cobro por consultas en los hospitales del sistema a los pacientes de escasos recursos económicos desde ¢10.00 en adelante y a demás de pagar corren el riesgo de no lograr medicina, la cual deben comprar por su propia cuenta, pues dichos hospitales no están dotados de la medicina necesaria. Asimismo no se da asistencia gratuita, a las personas de escasos recursos y en general a nadie porque todos tienen que pagar en menor o mayor cuantía por pasar consulta. En base a este análisis nosotros como grupo nos preguntamos ¿dónde queda el espíritu del artículo 66 Cn.?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- FUENZALIDA, HERNÁN, Organización Panamericana de la Salud. “El Derecho a la Salud en las Américas”. Estudio Constitucional Comparado, Publicación Científica N° 509, año 1989 Pág. 525, 531 y 543.
- 2- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución Suscrita por Representantes de 61 Estados Miembros, el día 22 de julio 1946. Pág. 41, 42 y 43.
- 3- RECASENS SICHES, LUIS. “ Tratado General de Filosofía del Derecho”. Editorial Porrúa, S.A. 9ª Edición, México. Año 1986, Pág. 55
- 4- FUENZALIDA, HERNÁN. Organización Panamericana de la Salud. “ El Derecho a la Salud en las Américas”. Publicación Científica N° 509, año 1989, Pág. 525, 531, 543.
- 5- HANANIA DE VARELA, KARLA. Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social. “La Salud en El Salvador”, San Salvador, año 1985, Pág. 3.
- 6- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD. “El Derecho a la Salud en Las Américas”. Estudio Constitucional Comparado, Páginas 18, 19, 229, 230 y 231.
- 7- DE LA TORRE ARAÚZ, PATRICIA. Anales de la Universidad de Cuenca. Tomo XXXIX, Pág. 154, 155, 156, año 1987-1988.

- 8- BERTRAND GALINDO, FRANCISCO. “El Derecho a la Salud en las Américas”.
pág. 223 y 224

- 9- Idem. Ob. Cit. Pág. 227, 228 Y 229

- 10- Idem. Ob. Cit. Pág. 230

2.4. MARCO JURÍDICO.

ASPECTOS GENERALES.

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

Asimismo, hemos realizado un análisis de las leyes secundarias, por ejemplo el Código de Salud, que recoge los principios constitucionales, brindando al Consejo Superior de Salud Pública y al Ministerio de Salud y Asistencia Social, atribuciones y funciones necesarias para proteger, fomentar y desarrollar la salud.

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

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

2.4.1. La Base Constitucional.

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

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

2.4.1.1. Principio de Igualdad.

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

Lo anterior se ve reflejado en uno de los fines del Estado, cuando en el artículo 1 Inciso 2º, expresa que el Estado está obligado a proteger el Derecho a la Salud, como uno de sus fines; esta finalidad, la desarrolla a través del Ministerio de Salud y Asistencia Social y del Consejo Superior de Salud Pública, utilizando como base para este desarrollo una política nacional de salud, que varía de acuerdo a las políticas implementadas por los gobiernos de turno, pero que siempre deben de respetar los principios establecidos en la Constitución de nuestra República, los cuales van dirigidos a proteger la salud de todos los salvadoreños, sin distinción alguna. (1)

2.4.1.2. Principio del Bien Público.

Según el artículo 65, el Estado debe establecer la política nacional de salud y controlar y supervisar su aplicación; para desarrollar este principio establece que la salud es un bien público, su mantenimiento y conservación son función pública. El Estado, no puede permanecer al margen de las actividades de los particulares, cuando éstos presten servicios relativos a la salud en clínicas, consultorios, hospitales o farmacias.

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

El artículo 66 de nuestra Constitución de la República expresa que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisibles; es decir que el Estado tiene el deber como principal responsable de la atención de los servicios de salud y como consecuencia están obligados a proveerlos gratuitamente a personas de escasos recursos económicos y a todos en general, cuando se trate de prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible, lo anterior no obstaculiza que esa promoción y protección sean realizados o prestados por entes descentralizados, como es el caso del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ó por particulares. En este último caso corresponde al Estado, la función de control y vigilancia, para que no se vulnere, este derecho.

El artículo 68 de nuestra Constitución, dispone que un Consejo Superior de Salud Pública velara por la salud del pueblo. El Consejo es el Organismo Superior que conoce de las Juntas de Vigilancia, que son autónomas, pero actúan bajo su supervisión.

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

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

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

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

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

El artículo 35, manda al Estado proteger y garantizar el derecho a la educación y a la asistencia confirmando lo que entendemos por salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social. (2)

2.4.2. Regulación en los Instrumentos Jurídicos Internacionales

2.4.2.1. 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 a la parte II, artículo 2, se expresa que

los Estados partes en el presente 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. (3)

En base a esto, este pacto expresa: “Art. 12, N° 1, Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. numeral 2, entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) La reducción de la mortanatalidad 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 el 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. (4)

Con esto se puede constatar que nuestro gobierno, 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 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 Pública y Asistencia Social, realiza una serie de acciones que están orientadas, precisamente, a cumplir en parte con los principios enunciados por el tratado de 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 bajo, hasta presiones de índole política y económica; razón por la

cual no puede expandir sus acciones y cumplir a un ciento por ciento 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.

2.4.2.2. Convención Americana sobre Derechos Humanos (22 de noviembre de 1969).

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

En esta convención, se trató el derecho a la salud, de una manera general; así en el capítulo III, referente a Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículos 26, titulado “Desarrollo Progresivo”, se expresa: “Los Estados partes, se comprometen a adoptar providencias, tanto en el ámbito interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.”(5)

Como vemos en esta convención, no se tomo el derecho a la salud de una forma específica, sino que se habló genéricamente de derechos sociales, abarcando así al derecho a la salud, que esta inmerso dentro de los derechos sociales; pero sí es importante analizar esta convención, porque trata la forma como los gobiernos, deben de adoptar las

medidas pertinentes, para que todos los seres humanos gocemos de los derechos más elementales como son los del área social.

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

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

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

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

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

Uno de los objetivos de este tratado es que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la

rebelión contra la tiranía y la presión, así como el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones. La Declaración sobre Derechos Humanos, proclamada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el diez de diciembre de 1948, ha sido la base para que surjan nuevos pactos que se refieren a proteger los derechos de libertad, progreso, salud, ciencia, cultura, etc., que los pueblos tienen, para que éstos gocen de ellos sin ningún tipo de restricciones ni limitaciones.

Así, en este tratado, el artículo 25 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 asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección(6). Como se ve aquí se habla específicamente de proteger y asegurar el derecho a la salud, como una forma para que la familia goce de bienestar en todos los aspectos, porque como ya se ha expresado antes, una sociedad sin salud no puede en ningún momento alcanzar grado de desarrollo alguno; ya que por estar atendiendo problemas de salud en muchas naciones, se han tenido que descuidar otros derechos y otras áreas que son vitales para el desarrollo, como son la educación, la ciencia, el desarrollo tecnológico, económico y político, que son vitales para que una sociedad salga del subdesarrollo o para que se mantenga estable en sus programas de acción para un desarrollo progresivo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en cuanto a la salud, se refiere, pretende que los países signatarios, creen en sus respectivos países, las condiciones necesarias para

que sus miembros gocen de una salud digna, equitativa y con las mayores garantías para que no exista discriminación de ninguna índole para garantizar la salud a sus habitantes.

**2.4.2.4. *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.*
(Aprobada en la Novena conferencia Internacional Americana
Bogotá, Colombia, 1948).**

Entre los objetivos de este tratado esta el hecho de reconocer que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho 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 y derechos y dotados como están por naturaleza de razón y conciencia deben conducirse fraternalmente los unos con los otros” (7)

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 esta normatizando 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 derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.” (8)

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 éste 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.

2.4.3. Convenios en Materia de Salud Suscritos por El Salvador con otros Estados u Organismos Internacionales.

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

- ♦ El Convenio suscrito por el Gobierno de la República de El Salvador y el Gobierno de la República Federal de Alemania, denominado “Programa Básico de Salud en la Región de Oriente, 1994-1995” y Ratificado en los años 1996-1997, convenio

particular (especifico) a través de la firma “ KFW ” (Instituto de Crédito para la Reconstrucción, Frankfrankfur/Mains.) con una aportación financiera por un valor hasta 15 Millones de Marcos, para contribuir al mejoramiento de la salud de la población de la zona oriental del país, aumentando la accesibilidad y calidad de los servicios, así como también mejorar los servicios de salud para la población.

- ♦ El Convenio Macro del Gran Ducado de Luxemburgo, que apoya varios proyectos de salud, suscrito en 1997.
- ♦ El Convenio Macro del Gobierno de la República Federal de Alemania, documento que ampara cualquier proyecto que se va 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 de GTZ.
- ♦ Nota Verbal Proyecto “PASS” (Proyecto de Apoyo al Sector Salud), firmado en 1995.
- ♦ El Proyecto Salud Reproductiva, firmado en 1996.
- ♦ Convenio de la U.E. (Unión Europea) apoya una serie de actividades en salud a nivel nacional.
- ♦ Cooperación técnica y financiera con los países : Suiza, Japón, España.
- ♦ Convenio con “A.I.D.” (Agencia Internacional para el Desarrollo), Proyecto Salvadoreños Saludables, ratificado agosto de 1998.

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

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

2.4.4. El Tratamiento en la Legislación Secundaria.

2.4.4.1. Código de Salud

El artículo 1 del Código de Salud establece: “Que éste Código tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización, funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privado y las relaciones de éstos entre sí en el ejercicio de los profesionales relativas a la salud del pueblo” (9).

Esto lo vemos más desarrollados en el artículo 14, el cual dice: “Que el Estado a través del Consejo Superior de Salud Pública, será el encargado de velar por la salud del pueblo, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”. En la práctica se ha podido comprobar, que no obstante la importancia de la labor encomendada al Consejo Superior de Salud Pública, tanto en la Constitución como en el Código de Salud, éste en la realidad realiza una función únicamente administrativa, sin mayor trascendencia y sin preocuparse por desarrollar una actitud más activa, para vigilar y controlar en una forma más eficiente todas aquellas profesiones que tiene relación con la salud. El Consejo Superior de Salud Pública, se limita únicamente a conformar, organizar y vigilar las profesiones que en una u otra forma están vinculadas con la protección, fomento y prevención de todo lo que atañe a la salud, pero sin estar de cerca en la prestación de los

servicios que éstas brindan a la comunidad; razón por la que tampoco ejerce control, pues como se verá más adelante, en muchos casos de enfermedades que se pueden prevenir ó controlar no se hace por la mala capacitación ó mala disposición de los profesionales, que por motivaciones mercantilistas, se preocupan más por el aspecto económico que por el aspecto social y humano.

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

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

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

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

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

El Ministerio, en cumplimiento de la Sección Tres, “Higiene Materno-Infantil, Preescolar y Escolar”, regula el desarrollo de programas en las comunidades para capacitar a parteras que puedan ayudar a aquellas mujeres que por cualquier motivo no pueden asistir a un Centro hospitalario ó a una Unidad de Salud; así también se regula el desarrollo de programas preventivos de enfermedades a través de charlas educativas, impartidas en las escuelas de gobierno a todos los menores, educando a padres de familia para que esta educación sea integral y surta los efectos deseados.(10)

También se norma el desarrollo de programas de salud bucal, para prevenir las caries y las pérdidas de dientes a temprana edad; éstos programas los desarrolla el Ministerio de Salud, en coordinación con la empresa privada y universidades del país, en las que existen facultades de Odontología, como por ejemplo cuando se realizan programas de higiene buco-dental, en las comunidades, en las que participan estudiantes de odontología que están prestando sus servicios sociales en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, proporcionando éste transporte, instalaciones en su caso, logístico, enfermeras y médicos, y por el sector privado la empresa transnacional “Colgate”, que proporciona cepillos dentales, pastas, flúor y todo aquel material necesario para éstas campañas; esto lo hace con el fin de promocionar sus productos como para desarrollar una labor social. Así como el ejemplo anterior, se realizan campañas de prevención de enfermedades, de capacitación a parteras, de higiene y salubridad en general, que se llevan a cabo entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la empresa privada, colegios y universidades del país.

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

El Código de Salud, acatando los principios constitucionales, de que la salud es un bien público y uno de los fines primordiales del Estado, establece ciertos controles de calidad a las profesiones médicas o que tiene relación con la medicina; éstos controles los ejerce el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio de sus dependencias o departamentos.

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

Si bien el Código de Salud, establece prohibiciones, a los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, no les impone una sanción para tales prohibiciones, como se puede ver en el Capítulo VIII, del Título II, en el que se establece las obligaciones, Derechos y Prohibiciones, pero no sanciones para ellos, cuando no cumplan con sus obligaciones y cometan las infracciones establecidas en el Código de Salud. Lo anterior facilita los casos en los cuales profesionales relacionados con la salud, cometen errores, que en muchos casos ponen en peligro la salud y no se les

sancionan, por lo que vuelven una y otra vez a cometer dichos errores, a sabiendas que nadie les va a sancionar ni a exigirles una conducta adecuada a la profesión que ejercen.
(11)

En este aspecto es necesario que se reforme el Código de Salud, imponiéndose y estableciéndose el procedimiento a seguir para su imposición y cumplimiento, lo cual ayudaría a que el factor social y humano en el derecho a la salud, se respete y no se vea como algo mercantil y de provecho personal.

Asimismo en Título III, se regula las infracciones, sanciones, competencias y procedimientos, en caso, de que cualquier persona realiza actos que atente contra la salud del pueblo, pero éstas en la práctica no se llevan a cabo, por los trámites engorrosos que se tienen que realizar para poder hacer uso de estos Derechos.

2.4.4.2. Propuestas de Reformas al Código de Salud.(12)

El Código de Salud, publicado en el Diario Oficial el día 11 de mayo de 1988, ha tenido algunas reformas en cuanto al registro de especialidad y productos farmacéuticos más no así, en cuanto a la Ley de Patronatos de Centros Asistenciales que tuvo su última reforma el día 25 de septiembre de 1981, Decreto 813, Diario Oficial 177, Tomo 272.

Con relación a las posibles reformas a este cuerpo de ley, y que son las más recientes, según la Unidad de Análisis de la Asamblea Legislativa es: el proyecto de Ley de Transplantes de Órganos y Componentes Anatómicos, como un imperativo del Estado de adecuar las normas Jurídicas de conformidad a los fines del mismo, para asegurar la salud y una mayor calidad de vida de la sociedad salvadoreña.

La comisión de Medio Ambiente y Salud Pública, tienen listo el dictamen con el que se aprobarían 18 modificaciones que se incorporaran al art. 128 Código de Salud; los cambios están enfocados a regular los trasplantes de Órganos y Tejidos que se practican en el país y la medida de la reforma al código de salud, esta la de utilizar los Órganos tanto de donantes vivos como muertos.

2.4.4.3. Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancias de las Profesiones de Salud.

Esta ley tiene el objetivo, la organización y el funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública y de los organismos legales que vigilaran en el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo, a que se refiere el artículo 68 de la Constitución. (13)

2.4.4.4. Código Municipal.

Este Código en su artículo 4, numeral 5°, expresa que la promoción, y desarrollo de programas de salud, como saneamiento ambiental, prevención y combate de enfermedades, será competencia de la Municipalidad. Otra función o competencia del municipio es la prestación del servicio de aseo, barrido de calles, recolección y disposición final de basuras, según el numeral 19 del artículo indicado; así también en el numeral 20, se establece la prestación de servicio de cementerios y servicios funerarios y control de los cementerios y servicios funerarios prestados por particulares. Estas regulaciones del Código Municipal, están acordes y en relación con las funciones encomendadas por el Código de Salud, lo cual confirma que este derecho es uno de los fines y objetivos del Estado, garantizado en nuestra Constitución, al ser regulado tanto en un Código de Salud, para ser desarrollado por Instituciones del Ejecutivo, como por el

Código Municipal, para que éste intervenga activamente a promover, desarrollar y vigilar todas las acciones que tiene que ver con este derecho. (14)

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

2.4.4.5. Código Penal Salvadoreño.

Nuestra Constitución establece en el artículo 1, que es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura y la justicia social; asimismo el artículo 66 de dicho cuerpo de ley establece que el Estado dará asistencia gratuita a los habitantes en general. Sin embargo, hemos hecho la comparación con el Código Penal Salvadoreño y este no reconoce ninguna disposición que sancione el cobro por servicios de asistencia a la salud; de lo cual se deduce: Que el Código Penal solamente regula los delitos relativos que atentan contra la salud pública y esto comprende a los productos químicos, medicinales, alimenticios y aguas, (art. 271 C. Pn. y sig.); quedando desprotegidos los habitantes de la República contra los cobros que realizan las instituciones nacionales, pues no existe una ley o reglamento que regule el pago de dicho servicio. Si bien es cierto, existe para las instituciones nacionales un patronato que regula el cobro y gastos de los hospitales, esta es una clara violación al bien jurídico protegido por la Constitución Salvadoreña.

2.4.4.6. Ley de Patronatos de Centros Asistenciales.

Se autoriza al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para que acepte la colaboración de la “iniciativa privada” mediante la creación de patronatos de centros asistenciales; patronatos que deberán estar integrados por personas particulares que se asocien con ese fin.

2.4.4.7 Reformas a la Ley de Patronatos de Centros Asistenciales

Este Decreto fue emitido bajo el número 30 de fecha catorce de diciembre de mil novecientos sesenta. En lo referente a la administración de donaciones y aportaciones voluntarias destinadas al hospital. Asimismo el control y funcionamiento del patronato supervisado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2.4.4.8. Estatutos del Patronato del Hospital Rosales.

Esta se constituye como una entidad que funcionará de acuerdo a las disposiciones de la Ley de Patronatos vigentes y que se denominará “Patronato del Hospital Rosales”, con domicilio en esta ciudad. Según el artículo 23 del cuerpo de ley citado son obligaciones y atribuciones de esta institución a través del vocal tesorero “Percibir los fondos que se recauden en concepto de contribuciones voluntarias de los pacientes del Hospital Rosales; así mismo el artículo 27 establece que el patrimonio del patronato estará formado: a) por el monto de las contribuciones que aportan los pacientes del Hospital Rosales. b) por los bienes que adquiera bajo cualquier título. c) por los donativos que se le hicieren y los ingresos por actividades realizadas con tal objeto.

2.4.5. El Tratamiento Reglamentario.

2.4.5.1 Reglamento Interno del Consejo Superior de Salud Pública.

El Consejo Superior de Salud Pública, es el máximo organismo encargado de velar por la salud pública y de resolver en última instancia, todo lo relativo a la vigilancia y control de

las profesiones médicas, Odontológicas y Farmacéutica y a las actividades especializadas, técnicas y auxiliares relacionadas con éstas, así como todo lo relativo a la apertura, funcionamiento y clausura de los establecimientos de Droguerías, Farmacias, Laboratorios Clínico-Biológicos, Casas de salud, Hospitales, Clínicas Veterinarias, etc. y demás establecimientos particulares dedicados al servicio y atención de la salud pública.
(15)

2.4.5.2. Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue publicado en el Diario Oficial número 79, Tomo 303 de fecha 2 de mayo de 1989 de la República de El Salvador, Decreto 25, en el cual se establece el Reglamento Interno de Organización en conjunto con los manuales de procedimientos que determinará la estructura administrativa, las funciones de cada unidad, las relaciones con otros Organismos Normas y Procedimientos y demás disposiciones administrativas con el fin tendiente a prevenir, restablecer, conservar, y rehabilitar la salud de los habitantes del país. Según establece el artículo 3 del citado cuerpos de Leyes dentro de las atribuciones generales del Ministerio están:

- a) elaborar y proponer los planes y programas nacionales de salud
- b) controlar las instituciones públicas y privadas que realizan actividades de salud.
- c) Fiscalización económica y contable de las instituciones que realizan actividades de salud o asistencia social
- d) Tomar medidas necesarias para el resguardo de la salud de las personas y aplicar sanciones con forme a la Ley
- e) Dictar los reglamentos necesarios para su mejor organización administrativa interna y regular y normar campos específicos de interés para la salud.

- f) Cualquier otra que señala la Constitución, las Leyes o Reglamentos comprendidos en el campo de la salud.

2.4.5.3 Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El objetivo fundamental es: Dar atención de salud integral a la persona, de acuerdo a la capacidad instalada y nivel de complejidad institucional, entendiéndose por salud integral, la ejecución de actividades de promoción, prevención, recuperación de salud y de rehabilitación de quienes sufren algún grado de invalidez.

2.4.5.4. Reglamento General del Hospital Nacional Rosales.

El Hospital Rosales es una institución pública que depende directamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sus objetivos son los siguientes:

- a) Cuidado y asistencia de enfermos sin discriminación alguna;
- b) Adiestramiento de médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y de enfermería, técnicos y otro personal a fin; y
- c) Prevención de la enfermedad, promoción de la salud, y de rehabilitación;
- d) Promoción de la investigación científica.

2.4.6. Jurisprudencia Salvadoreña.

En relación a los recursos legales utilizados por los usuarios de los hospitales nacionales, cuando estos creen que se les ha violado algún derecho a la salud, los interesados pueden hacer prevalecer la justicia la a través del Recurso de Amparo. En nuestro estudio hemos encontrado varios recursos de amparo en lo que respecta a la salud, ante la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia y hacemos mención de dos de ellos:

El primero bajo el número de expediente 8-H-96, de fecha 9 de marzo de 1999, por Jesús Herrera Romero, contra el abuso del Director del Hospital de Especialidades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por haberse negado a proporcionar asistencia medica al paciente antes citado. Siendo el caso que todo hospital para intervenir aun paciente quirúrgicamente solicitan que el interesado presente dos donantes de sangre, a lo cual el usuario se negó a dar, aduciendo que esa es una disposición arbitraria y que no esta regulada en el reglamento del nosocomio. En vista de esta contención la Sala fallo: Sobreseese el presente amparo; condénese en costas, daños y perjuicios al demandante.

En lo referente al segundo caso de Amparo bajo la sentencia: AS12D96.99ac, expediente: 12-D-96ac, por parte de Judith Alhely de los Ángeles del Cid López y otros, contra el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Es el caso que los demandantes se sintieron agraviados por que el hospital exige para la práctica de operaciones quirúrgicas la transfusión de sangre a lo que se opusieron los demandantes además la posición del hospital fue avalada por la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos y por ello recurrieron a la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia y esta Sala fallo: Sobreseer el presente Amparo y condenar en costas, daños y perjuicios a los demandantes.

2.4.7. Derecho Comparado. El caso de la República de Guatemala.

La Constitución de Guatemala de 1986, Capitulo II, Sección VII, Salud, Seguridad y Asistencia Social.(16)

Disposiciones que regulan el derecho a la salud: artículo 2 deberes del Estado. Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. Artículo 93. Derecho a la Salud. Establece el goce de la salud como derecho fundamental del ser humano, sin

discriminación alguna. Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. Establece que el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el mas completo bienestar físico, mental y social, tiene relación con el concepto de la Organización Mundial para la Salud.

Artículo 95. La salud, bien público. Esta disposición regula que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

En base a la Constitución de Guatemala, hemos realizado un análisis comparativo con la Constitución Salvadoreña en lo concerniente al derecho a la salud de sus habitantes, de lo cual se concluye: Hemos comprobado que los artículos 2, 93, 94 y 95 de la Constitución de Guatemala no hace alusión específicamente en cuanto al derecho a la salud gratuita, pues solamente lo enfoca como un derecho fundamental del ser humano en forma general, en el cual el Estado vigilará sobre ese derecho para el bienestar físico, mental y social; además como una obligación que tiene junto con sus habitantes de velar por su conservación y restablecimiento; caso contrario a lo que establece la legislación salvadoreña en su carta magna, pues el derecho a la salud gratuita es un bien jurídico protegido por el Estado, quién tiene la obligación de asegurarlo y conservarlo a todos sus habitantes (Artículos 1, 65,Cn.); así como también como ente controlador y supervisor de las políticas nacionales de salud para su aplicación, y se atribuye a la vez la asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos de cualquier índole a sus habitantes en general con el objetivo de prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible; asimismo, obliga a toda persona a someterse a cualquier tipo de tratamiento para

conservar la buena salud de las personas.(Artículos 66, 67,Cn.); por lo tanto se concluye: Que la legislación salvadoreña tiene plasmado en el espíritu de la norma en la protección de los derechos sociales de sus habitantes por que estos se reconocen como uno de los fines del Estado a la persona humana; en caso contrario la Constitución de Guatemala no contempla específicamente los derechos sociales de las personas pues se toma desde el punto de vista general lo cual da la pauta para que tanto las instituciones nacionales como privadas puedan establecer un comercio con la salud de sus habitantes.

Es de ser la observación que si bien la legislación salvadoreña regula el derecho gratuito a la salud este no es aplicable en la realidad, pues a través de leyes materiales y formales se a comercializado con la salud de los salvadoreños a través de las políticas emitidas por los patronatos para el caso de instituciones nacionales y para las privadas a través de la libre competencia que regulan los precios del mercado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. Constitución de la República de El Salvador, año 1983, Editorial AHORA, Edición 1986. Pág. 16 y 17
- 2- Idem. Ob. Cit. Pág. 134.
- 3- MISIÓN DE OBSERVADORES DE LAS NACIONES UNIDAS EN EL SALVADOR. “Normas Nacionales e Internacionales Sobre Los Derechos Humanos”. marzo 1993. Pág. 41
- 4- Idem. Ob. Cit. Pág. 60.
- 5- Idem. Ob. Cit. Pág. 85.
- 6- Idem. Ob. Cit. Pág. 23-29.
- 7- Idem. Ob. Cit. pág. 75.
- 8- Idem. Ob. Cit. Pág. 76.
- 9- CÓDIGO DE SALUD SALVADOREÑO. año 1988. Pág. 25.
- 10- Idem. Ob. Cit. Pág. 31.

11- Idem. Ob. Cit. Pág. 28-48.

12- ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. Decreto No. 294, de fecha 27 de julio de 1989.

13- LEY DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA SALVADOREÑO.
Pág. 1

14- CÓDIGO MUNICIPAL SALVADOREÑO. año 1986. Pág. 4-6.

15- ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. Decreto No. 40, de fecha 26 de junio de 1962

16- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. Editorial ARTEMIS-EDINTER, mayo de 1986, Guatemala, C.A.

CAPITULO III

HIPÓTESIS DE TRABAJO

3.1. PRESENTACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

3.1.1. Formulación y Explicación de la Hipótesis de Trabajo.

Para proceder a la elaboración de la hipótesis de trabajo partimos de la formulación del problema planteado en el proyecto de investigación: ¿ En que medida el Estado salvadoreño cumple con su obligación constitucional de garantizar servicios de salud gratuita a la población de escasos recursos económicos del área urbana del municipio de San Salvador en el período 1999-2001; y que factores han incidido en el cumplimiento de esa obligación constitucional?.

Frente a esa pregunta surgen varias respuestas provisionales y tentativas al problema social que estamos estudiando de la cual hemos extraído las hipótesis siguientes:

Hipótesis Principal.

“En el período 1999-2001, el Estado salvadoreño no ha cumplido satisfactoriamente con la obligación constitucional de proporcionar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos en el área urbana del municipio de San Salvador; esto se ha debido principalmente a la baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud y Asistencia Social.”

Hipótesis Alternativa.

“En el período 1999-2001, el Estado salvadoreño no ha cumplido con la obligación constitucional de proporcionar salud gratuita a las personas de escasos recursos

económicos del área urbana del municipio de San Salvador; esto se ha debido principalmente a la mala administración del Presupuesto asignado al sistema nacional de los hospitales”.

Explicación de la Hipótesis.

En nuestra hipótesis de trabajo se hace necesario explicar dos ideas básicas:

- 1) ¿Que se entiende por no incumplimiento satisfactorio del Estado salvadoreño de brindar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos?
- 2) ¿Que se entiende por baja asignación presupuestaria?

En respuesta a las dos ideas antes planteadas podemos decir: primero, que el no incumplimiento satisfactorio por parte del Estado salvadoreño de brindar salud gratuita a la población se debe a la falta de accesibilidad a los servicios médicos, ya que solo las personas que tienen la capacidad de pagar puedan acceder a la salud; otra manifestación son las consultas externas a largo plazo, lo cual generan que las enfermedades que padecen estas personas se desarrollen y en algunos casos los lleva a la muerte. También la falta de médicos especialistas genera deserción en la atención médica; otro factor latente es la falta de camas que tienen que ser compartidas entre los enfermos, el deterioro y la falta de aparatos médicos tecnológicos y quirúrgicos y por ultimo el cobro o la llamada cuota voluntaria que deben aportar los usuarios por los servicios solicitados.

En relación a la segunda interrogante podemos decir que una baja asignación presupuestaria se debe a las políticas de inducción a la privatización los servicios médicos; también a la política neoliberal del gobierno de no aportar fondos al sector salud y darle prioridad a otros ministerios políticos y por ultimo a la falta y recorte del presupuesto asignado al sector salud.

Por otra parte en la hipótesis que presentamos, creemos que es necesario, establecer el significado de los conceptos que estructuran la hipótesis para una mejor interpretación, siendo las siguientes:

- El Estado salvadoreño no cumple con la obligación constitucional de proporcionar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos en el área urbana del municipio de San Salvador; esto se ha debido principalmente a la baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.”

Los conceptos básicos de hipótesis son los siguientes:

Estado Salvadoreño:

Es una jerarquía a través de los tres poderes del Estado (Poder Judicial, Legislativo y Ejecutivo) y con una calidad de personas que componen un pueblo; tanto es así, que la Constitución de El Salvador establece que el territorio de la República sobre el cual ejerce jurisdicción y soberanía es irreductible.

Obligación Constitucional:

Según establece Manuel Ossorio en su Diccionario de Ciencias Jurídicas “que una obligación, es un deber jurídico normativamente establecido para realizar u omitir determinado acto”. Asimismo, la Constitución Salvadoreña del año de 1983, en la Exposición de Motivos establece que el Estado para satisfacer las necesidades de sus habitantes se obliga para con ellos a proporcionar protección, seguridad, bienestar y el goce de los Derechos Sociales; siendo una obligación u/o exigencia moral que debe regir la voluntad libre y vinculada a hacer una cosa. Constitucionalmente la obligación se enmarca a todo aquello que se ajusta o es conforme a las normas que la Constitución establece.

Población de Escasos Recursos Económicos:

Manuel Ossorio en su Diccionario de Ciencias Jurídicas establece: “la población de un territorio o país que comprende a los hombres, mujeres, ancianos, niños y niñas del género humano sobre el planeta o habitantes de un Estado, ciudad o pueblo. La población de escasos recursos económicos, son las personas naturales que no tienen los medios suficientes para su subsistencia material, así como el padecimiento de muchas privaciones esenciales en su vida cotidiana por la falta de recursos económicos reducidos y por pertenecer a la clase más modesta.”

Asignación Presupuestaria:

Manuel Ossorio, siempre en su obra citada nos dice: “ que esto consiste en un supuesto o cómputo anticipado del costo de una obra o de los gastos e ingresos de una institución. El concepto tiene especial importancia aplicado al Estado, a los municipios ó a otros organismos públicos. El Presupuesto General de Gastos, es un documento que contiene el calculo de ingresos y gastos previstos para cada período fiscal y confeccionado a través del Poder Ejecutivo para someterlo después al congreso, con cuya aprobación se contará con un instrumento de gobierno para el manejo del patrimonio público del país”.

3.1.2. Extremos de Prueba de la Hipótesis de Trabajo.

Aquí lo que vamos a establecer es que extremos es necesarios probar para demostrar que la hipótesis es correcta, siendo dichos extremos los siguientes:

Primer Extremo

Que de parte del Estado salvadoreño ha existido un incumplimiento de su obligación constitucional de brindar servicio de salud gratuita a la población de escasos recursos económicos.

Segundo Extremo

Que ha existido una baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Tercer Extremo

Que la baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud y Asistencia Social es la causa principal del incumplimiento del Estado salvadoreño de brindar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos.

3.1.3. Fundamentación de la Hipótesis.

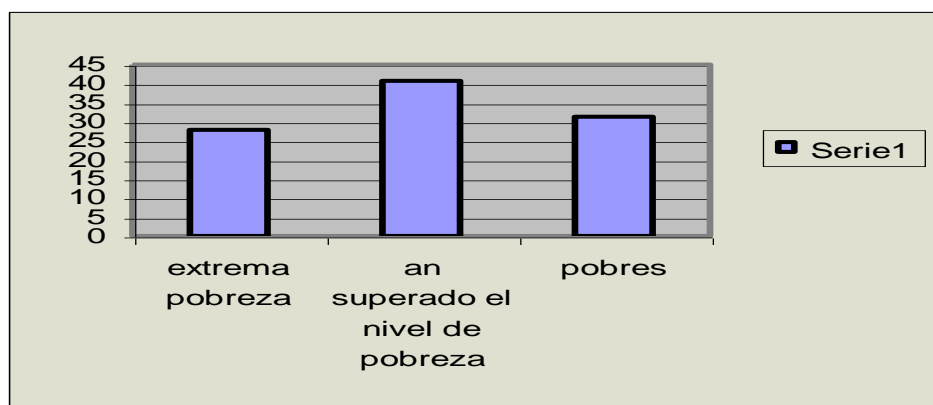
En cuanto al primer extremo, existe un incumplimiento a la norma constitucional en el artículo 66 por parte del Estado salvadoreño al no proporcionar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos. La baja asignación presupuestaria que recibe el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está distribuido en los diferentes hospitales nacionales; donde se ha llevado a cabo una política de cobros disfrazada a través de la llamada cuota voluntaria por los servicios médicos hospitalarios prestados en esas instituciones.

Según estudio realizado por la Fundación Salvadoreña de Desarrollo Económico y Social (FUSADES) publicado bajo el título “Centralismo e ineffectividad en el sector Salud” en el periódico de El Diario de Hoy de fecha 08 de febrero de 2000, pág. 7, establece que “cerca del 80% de la población salvadoreña carece de un seguro de Salud, por lo que el sector Público tiene la responsabilidad de brindarles la atención médica. La imposibilidad de financiar con fondos públicos la salud del 80% de la población, lleva a que deje sin cobertura a los grupos más vulnerables. Las familias aportan el 56% del gasto nacional en

salud. De ese gasto, lo realizan los hogares en pobreza, lo cual refleja la falta de focalización del gasto público”.

En lo que respecta a la población de escasos recursos económicos podemos mencionar con base al estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y publicado bajo el título la pobreza de fecha 28 de noviembre de 2000, en el periódico de El Diario de Hoy, pág. #20 dice: “Que en El Salvador existen un millón 568 mil 368 personas que viven bajo la sombra de la pobreza de estos 737 mil 553 viven en condiciones de extrema pobreza, que ni siquiera pueden satisfacer su necesidad de alimentación. Estos grupos no cuentan con recursos necesarios para cubrir los costos de la canasta básica, ni para garantizar el goce del derecho a la vivienda, educación, salud, vestido, etc.” el estudio de la UNICEF indica que existe un 27.88% de la población en extrema pobreza; 40.79% han superado el nivel de pobreza; 31.29% pobres.

CUADRO ESTADISTICO



En cuanto al Segundo extremo esta fundamentado en el Marco de Análisis donde se ha recabado información en relación a la baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, si bien es cierto en la asignación presupuestaria en los

años de 1994 a 1999 reflejan un incremento al sector salud este no tiende a satisfacer sus necesidades debido a que por otro extremo existe aumento de población, aumento en la demanda por enfermedades y aumento en el alto costo de la vida. De esto podemos deducir que el aumento que recibe el sector salud no esta equilibrado con las demandas y necesidades de la población.

A continuación presentamos los montos presupuestarios erogados en el período citado: El artículo 68, de nuestra constitución de la República, enuncia que un Consejo Superior de Salud Pública, velará por la salud del pueblo, cuáles son los funcionarios que lo integran, así como sus funciones principales.

El Consejo, es el organismo superior que conoce de las Juntas de vigilancia, que son autónomas, pero actúan bajo su supervisión. El artículo 69, de nuestra constitución de la República, expresa “El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia”.

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

PRESUPUESTO GENERAL ASIGNADO AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL PERÍODO 1994-1999					
--	--	--	--	--	--

AÑO-1994	AÑO-1995	AÑO-1996	AÑO-1997	AÑO-1998	AÑO-1999
799,514,863.40	810,266,864.00	822,018,864.60	836,833,865.00	874,958,695.00	1,077,248,825.00

AUMENTO PRESUPUESTARIO POR AÑO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL PERÍODO 1994-1999					
---	--	--	--	--	--

AÑO-(1994-1995)	AÑO-(1995-1996)	AÑO-(1996-1997)	AÑO-(1997-1998)	AÑO-(1998-1999)	
10,752,000.60	11,752,000.60	14,815,000.40	38,124,830.00	202,290,130.00	

En cuanto al tercer extremo de prueba podemos decir que es la parte descriptiva de la hipótesis de trabajo y que esta fundamentada en el marco de análisis.

Esta fundamentación señala los aspectos que han incidido en la baja asignación presupuestaria que es la causa principal por la cual el Estado incumple un mandato constitucional de proporcionar salud gratuita a toda la población que la necesita; pues la salud es un derecho esencial para la vida que debe ser protegida por el Estado; si bien es cierto en algunos casos, se ha tenido acceso a la salud gratuita es por campañas de salud patrocinadas por delegaciones médicas extranjeros, o por exoneración de pago en los hospitales, a través de los patronatos que operan en cada hospital nacional. El simple hecho de proporcionar este tipo de consulta no satisface el bienestar y la necesidad del usuario porque tiene que afrontar el problema del acceso a los medicamentos que en la mayoría de casos son extremadamente caros y las personas pobres no pueden acceder a ellos.

La falta de bienestar salud se relaciona con otros factores como el trabajo, la educación, la vivienda, la inmigración y el medio ambiente que a la fecha atraviesan por serios problemas, ya que existen intereses particulares en que el Estado no cumpla con el papel rector y controlador de todas estas áreas sociales especialmente en el derecho a la salud.

3.1.4 Contextualización de la Hipótesis de Trabajo.

En este apartado señalamos las relaciones que inciden en la relación causal y que contribuye a explicar el problema destacándose las siguientes:

3.1.4.1 Las Relaciones con Factores Precedentes.

Son los factores que se encuentran detrás de la variable causal, antecediéndola y estableciendo una relación donde esa variable se convierte en efecto directo, siendo ejemplos:

- ♦ La política neoliberal de no aportar fondos al Sector Salud.
- ♦ La política del Gobierno que induce a la privatización.
- ♦ La insuficiente Inversión del Gobierno en el Sector Salud.

3.1.4.2 Las Relaciones con Factores Intervinientes.

Son los factores que inciden en la variable efecto y se comportan como causas secundarias del problema, siendo ejemplos:

- ♦ Falta de Presupuesto.
- ♦ La Mala Distribución del Presupuesto .
- ♦ Políticas de austeridad.

3.1.4.3 Las Relaciones con Factores Coexistentes.

Son los factores que coexisten en una relación directa o inversa con la variable dependiente, adquiriendo la forma de asociación y no de causalidad entre el factor coexistente y la variable efecto, donde cada uno de esos factores puede ser causa o efecto a la vez, siendo algunos de estos los siguientes:

- ♦ A mayor incumplimiento del Estado Mayor Enfermedades.
- ♦ A mayor incumplimiento del Estado Menor acceso a la salud.

3.1.4.4 Las Relaciones con Factores Subsecuentes.

Son las relaciones con factores que son efectos secundarios de la variable independiente y que a su vez inciden indirectamente en el efecto principal, siendo algunos de estos:

- ♦ Falta de Médicos Especialistas.
- ♦ El Recorte de Plazas Médicas.
- ♦ La Mala Calidad de Salud.
- ♦ La Insuficiente Compra de Medicamentos.

- ♦ El Cobro por las Consultas Médicas.
- ♦ La Falta de Camas en los Hospitales.
- ♦ La Falta y Mantenimiento de Equipos Tecnológico Médico
- ♦ El Cobro de Medicamentos y Laboratorio Clínico

3.1.4.5 Las Relaciones con Factores Consecuentes.

Son los factores que se relacionan temporalmente con la variable efecto como una consecuencia directa de esa variable, siendo algunos de ellos los siguientes:

- Aumento de todo tipo de enfermedades.
- Aumento de la mortandad en la población.
- Aumento de desnutrición en la población.

3.2 Operativización de la Hipótesis de Trabajo.

Dentro de la operativización de la hipótesis exponemos lo referente a su interpretación y la forma de verificación que consiste en: establecer la variable independiente que es la causa (X) y la variable dependiente (Y) que es el efecto; como sus indicadores y la relación que existe entre ambos.

Esto nos permitirá establecer las relaciones funcionales y lograr extraer las preguntas derivadas que nos servirán para formular nuestro instrumento de verificación de la hipótesis planteada.

3.2.1. Variables e Indicadores.

Luego de la construcción de la hipótesis procedemos a descomponerlo en variables y ésta en indicadores; esto con el objeto de elaborar los instrumentos de investigación.

Variable Independiente $V_i(X) = Causa$

La baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Indicadores de la Variable Independiente (X) = Causa

- X1 = Poca Asignación Presupuestaria para personal Médico.
- X2 = Poca Asignación Presupuestaria para Medicamentos.
- X3 = Poca Asignación Presupuestaria para ampliar la Infraestructura de los hospitales.
- X4 = Poca Asignación Presupuestaria para Mantenimiento de Aparatos Médicos Tecnológico.
- X5 = Poca Asignación presupuestaria para Camas Hospitalarias.
- X6 = Poca Asignación Presupuestaria para Material Quirúrgico.
- X7 = Poca Asignación Presupuestaria para Contratar Médicos Particulares.

Variable Dependiente $V_d(y) = Efecto$

El incumplimiento de la obligación constitucional de parte del Estado de brindar servicio de salud gratuita a la población de escasos recursos económicos.

Indicadores de la Variable Dependiente (y) = Efecto

- Y1 = Consultas Externas a Largo Plazo.
- Y2 = Cobro por los Medicamentos.
- Y3 = Cobro por Consultas Médicas.
- Y4 = Cobro por Operaciones Especializadas.
- Y5 = Cobro por Laboratorio Clínico.
- Y6 = Cobro por Hospitalización.
- Y7 = Operación Hospitalaria a Largo Plazo.
- Y8 = Cobro por operaciones comunes.

3.2.2 Las Relaciones entre los Indicadores

3.2.2.1. Relaciones Causales (X-Y)

Variable Independiente “X”

- X1 = Poca asignación presupuestaria para personal médico
- X2 = Poca asignación presupuestaria para medicamentos
- X3 = Poca asignación presupuestaria para ampliar la infraestructura de los hospitales
- X4 = Poca asignación presupuestaria para mantenimiento de los aparatos medico tecnológico
- X5 = Poca asignación presupuestaria para la compra de camas hospitalarias
- X6 = Poca asignación presupuestaria para material quirúrgico
- X7 = Poca asignación presupuestaria para contratar médicos particulares

Variable Dependiente “Y”

- Y1 = Consultas externas a largo plazo.
- Y7 = Operación hospitalaria a largo Plazo
- Y2 = Cobro por medicamentos
- Y6 = Cobro por hospitalización
- Y1 = Consultas externas a largo plazo
- Y7 = Operaciones hospitalarias a largo plazo
- Y4 = Cobro por operaciones especializadas
- Y5 = Cobro por laboratorio clínico
- Y8 = Cobro por operaciones comunes
- Y6 = Cobro por hospitalización
- Y7 = Operaciones hospitalarias a largo plazo
- Y4 = Cobro por operaciones especializadas
- Y5 = Cobro por laboratorio clínico
- Y6 = Cobro por hospitalización
- Y8 = Cobro por operaciones comunes
- Y1 = Consultas externas a largo plazo
- Y3 = Cobro por consulta medica

3.2.2.2. *Relaciones Funcionales (Y=f(X))*

Y1 = Consultas externas a largo plazo	X1 = Poca asignación presupuestaria para personal médico de planta
	X3 = Poca asignación presupuestaria para ampliar la infraestructura de los hospitales
	X7 = Poca asignación presupuestaria para contratar médicos particulares
Y2 = Cobro por los medicamentos	X2 = Poca asignación presupuestaria para medicamentos
Y3 = Cobro por consulta medica	X7 = Poca asignación presupuestaria para contratar médicos particulares
Y4 = Cobro por operaciones especializadas	X4 = Poca asignación presupuestaria para mantenimiento de los aparatos medico tecnológico
	X6 = Poca asignación presupuestaria para material quirúrgico
Y5 = Cobro por laboratorio clínico	X4 = Poca asignación presupuestaria para mantenimiento de los aparatos medico tecnológico
	X6 = Poca asignación presupuestaria para material quirúrgico
Y6 = Cobro por hospitalización	X2 = Poca asignación presupuestaria para medicamentos
	X5 = Poca asignación presupuestaria para la compra de camas hospitalarias
	X6 = Poca asignación presupuestaria para material quirúrgico

Y7 = Operaciones Quirúrgicas a
largo plazo

X1 = Poca asignación presupuestaria para
personal médico de planta

X3 = Poca asignación presupuestaria para
ampliar la infraestructura de los
hospitales

X5 = Poca asignación presupuestaria para
la compra de camas hospitalarias

Y8 = Cobro por operaciones comunes

X4 = Poca asignación presupuestaria para
mantenimiento de los aparatos
medico tecnológico

X6 = Poca asignación presupuestaria para
material quirúrgico

3.2.3. PREGUNTAS DERIVADAS

- 1- Existen consultas externas programadas programadas a largo plazo?
- 2- Existe poca asignación presupuestaria para personal médico de planta?
- 3- Existe poca asignación presupuestaria para ampliar la infraestructura de los hospitales?
- 4- Existe poca asignación presupuestaria para la contratación de médicos particulares?
- 5- La existencia de consultas a largo plazo, esta determinada por la baja asignación presupuestaria para personal médico de planta?

- 6- La existencia de las consultas a largo plazo esta determinada por la baja asignación presupuestaria para ampliar la infraestructura de los hospitales?
- 7- La existencia de consultas a largo plazo esta determinada por la contratación de médicos particulares?
- 8- Existen cobros por los medicamentos que brinda el hospital?
- 9- Existe poca asignación presupuestaria para la compra de medicamentos?
- 10- La existencia de cobros por los medicamentos está determinada por la baja asignación presupuestaria para la compra de medicamentos?
- 11- Existen cobros por las consultas médicas?
- 12- La existencia de cobro por consultas médicas, está determinada por la baja asignación para contratar personal médico particular?
- 13- Existen cobros por operaciones especializadas?
- 14- Existe poca asignación presupuestaria para el mantenimiento de los aparatos médicos tecnológicos?
- 15- Existe poca asignación presupuestaria para materiales quirúrgico?
- 16- La existencia de cobros por operaciones especializadas está determinada por la baja asignación presupuestaria para material quirúrgico?

- 17- La existencia de cobros por operaciones especializadas esta determinada por la baja asignación presupuestaria para el mantenimiento de aparatos médicos tecnológicos?
- 18- Existen cobros por exámenes médicos en el laboratorio clínico?
- 19- La existencia de cobros por exámenes médicos en el laboratorio clínico, esta determinado por la baja asignación presupuestaria para el mantenimiento de los aparatos médicos tecnológicos?
- 20- La existencia de cobros por exámenes médicos en el laboratorio clínico esta determinado por la baja asignación presupuestaria para la compra de material médico quirúrgico?
- 21- Existen cobros por hospitalización?
- 22- Existe poca asignación presupuestaria para la compra de camas?
- 23- La existencia de cobros por hospitalización, esta determinada por la baja asignación presupuestaria para la compra de medicamentos?
- 24- La existencia de cobros por hospitalización, esta determinada por la baja asignación presupuestaria para material quirúrgico?
- 25- Existen operaciones quirúrgicas programadas a largo plazo?
- 26- La existencia de operaciones quirúrgicas a largo plazo, esta determinada por la poca asignación presupuestaria para personal médico de planta?

- 27- La existencia de operaciones quirúrgicas a largo plazo, esta determinada por la poca asignación presupuestaria para ampliar la infraestructura hospitalaria?
- 28- La existencia de operaciones quirúrgicas a largo plazo, esta determinada por la poca asignación presupuestaria para la compra de camas hospitalarias?
- 29- Existen cobros por operaciones comunes?
- 30- La existencia de cobro para operaciones comunes, esta determinada por la poca asignación presupuestaria para el mantenimiento de aparatos médicos tecnológicos?
- 31- La existencia de cobro por operaciones comunes, esta determinada por la poca asignación presupuestaria para material quirúrgico?

3.2.4. Técnicas de Verificación.

Las técnicas de verificación fueron dos:

- a) Las encuestas, las cuales fueron dirigidas a una muestra de la población usuaria que asiste al hospital Rosales y hospital de niños Benjamín Bloom, a solicitar consultas médicas, entrega de medicamentos, etc. Con una población aproximada de 800 usuarios diarios y una muestra de 100 personas usuarias.
- b) Las entrevistas, que fueron dirigidas aquellos sujetos que conocen de la problemática existente en estas instituciones como lo son: Jefes de consultas externas, de Estadísticas hospitalarias, de Farmacias, de Laboratorio Clínico, de personal médico, paramédico, de la Unidad Jurídica y Patronato.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En nuestro proyecto de investigación determinamos realizar nuestro trabajo a través de las siguientes técnicas: primero la Entrevista, que fueron hechas a sujetos conocedores de la materia siendo estos: Personal médico de los hospitales, Jefes de las distintas unidades de atención de salud, miembros del patronato y personal de las unidades jurídicas de dichas instituciones; y la Encuesta fue realizada al público usuario de los hospitales: Rosales y Benjamín Bloom.

En el período de 1999- 2001 el Estado salvadoreño no ha cumplido satisfactoriamente con la obligación constitucional de proporcionar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos en el área urbana del municipio de San Salvador. Esto se a debido principalmente a la baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud y Asistencia Social.

A través de nuestra investigación a los diferentes actores en esta problemática, hemos logrado establecer que existe violación al principio constitucional que el derecho a la salud es gratuita, para la población de escasos recursos económicos, ya que todo usuario debe pagar cierta cantidad de dinero por los servicios médicos que recibe o aportar una cuota voluntaria que establece el hospital o exonerar del pago algún paciente a través del bienestar social que en la mayoría de los casos es muy mínima.

4.1.1. Resultados de las Encuestas.

En el caso de las encuestas, se lograron pasar a una muestra de 100 personas usuarias del universo existente, obtenidos dichos datos procedimos a tabularlos y logramos sintetizar

la información recogida en gráficas, las que a continuación se presentan junto con la explicación de los porcentajes obtenidos de cada indicador correspondiente a las preguntas realizadas.

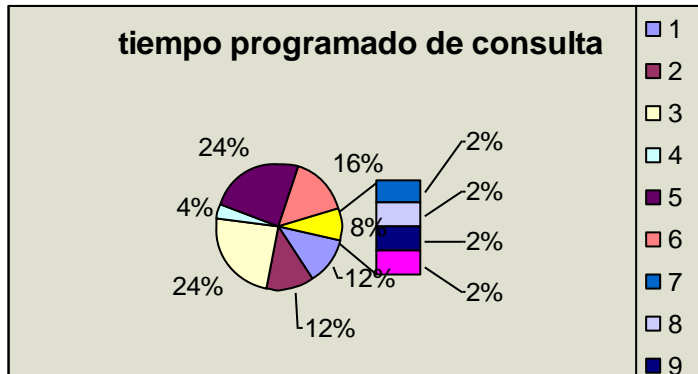
RESULTADOS

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LOS USUARIOS (AS) ENCUESTADOS.

Muestra tomada: 100 usuarios (as) de los Hospital Rosales y Benjamín Bloom en la zona de San Salvador:

a) ¿Para cuanto tiempo le han programado su consulta?

1) para 8 días	=	12%
2) para más de 8 días hasta 15 días	=	12%
3) para más de 15 días hasta 30 días	=	24%
4) para más de 30 días hasta 2 meses	=	4%
5) para más de 2 meses hasta 3 meses	=	24%
6) para más de 3 meses hasta 4 meses	=	16%
7) para más de 4 meses hasta 5 meses	=	2%
8) para más de 5 meses hasta 6 meses	=	2%
9) para más de 6 meses	=	2%
10) no quiere contestar	=	2%

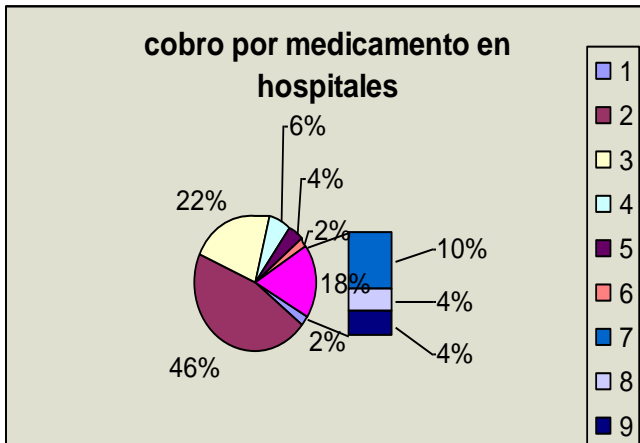


De los usuarios (as) encuestados se obtuvieron los resultados siguientes:

12 (12%) para 8 días, 12 (12%) de 8 a 15 días, 24(24%) de 15 a 30 días, 4(%) de 30 días a 2 meses, 24(24%) de 2 a 3 meses, 16(16%)de 3 a 4 meses, 2(2%)de 4 a 5 meses, 2(2%) de 5 a 6 meses, 2(2%) para más de 6 meses y 2(2%) no quiere contestar. Lo que significa que la mayoría de las consultas están programadas en un rango de 15 días hasta 4 meses y en menor porcentaje de 5 a 6 meses.

b) ¿Cuánto le cobra el hospital por medicamento?

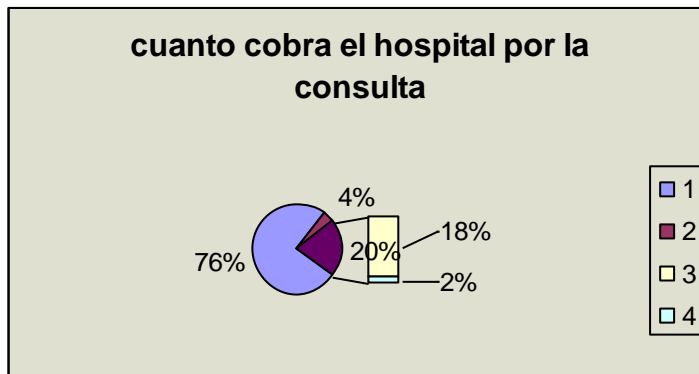
- | | | |
|-----------------------|---|-----|
| 1) Cero a ¢1.00 | = | 2% |
| 2) menos de ¢10.00 | = | 46% |
| 3) de ¢10.00 a ¢15.00 | = | 22% |
| 4) de ¢15.00 a ¢20.00 | = | 6% |
| 5) de ¢20.00 a ¢25.00 | = | 4% |
| 6) de 25.00 a ¢30.00 | = | 2% |
| 7) no paga | = | 10% |
| 8) paga más | = | 4% |
| 9) pago voluntario | = | 4% |



De los datos obtenidos, de los usuarios (as) encuestados el 46% manifiesta que paga menos de ¢10.00 (¢5.00) por c/u de las medicinas recibidas, el 22% manifiesta que paga de ¢10.00 a ¢15.00 (de 2 a 3 medicamentos), el 10% expresa que no paga, el 6% paga de ¢15.00 a ¢20.00 y un 4% paga de ¢20.00 a ¢25.00 por la medicina que recibe.

c) ¿Cuánto le cobra el hospital por la consulta?

- | | | |
|-----------------------|---|-----|
| 1) Cero a ¢1.00 | = | 00% |
| 2) menos de ¢5.00 | = | 00% |
| 3) de ¢5.00 a ¢10.00 | = | 76% |
| 4) de ¢10.00 a ¢15.00 | = | 4% |
| 5) de ¢15.00 a ¢20.00 | = | 00% |
| 6) de ¢20.00 a ¢25.00 | = | 00% |
| 7) no paga | = | 18% |
| 8) paga más | = | 2% |
| 9) pago voluntario | = | 00% |



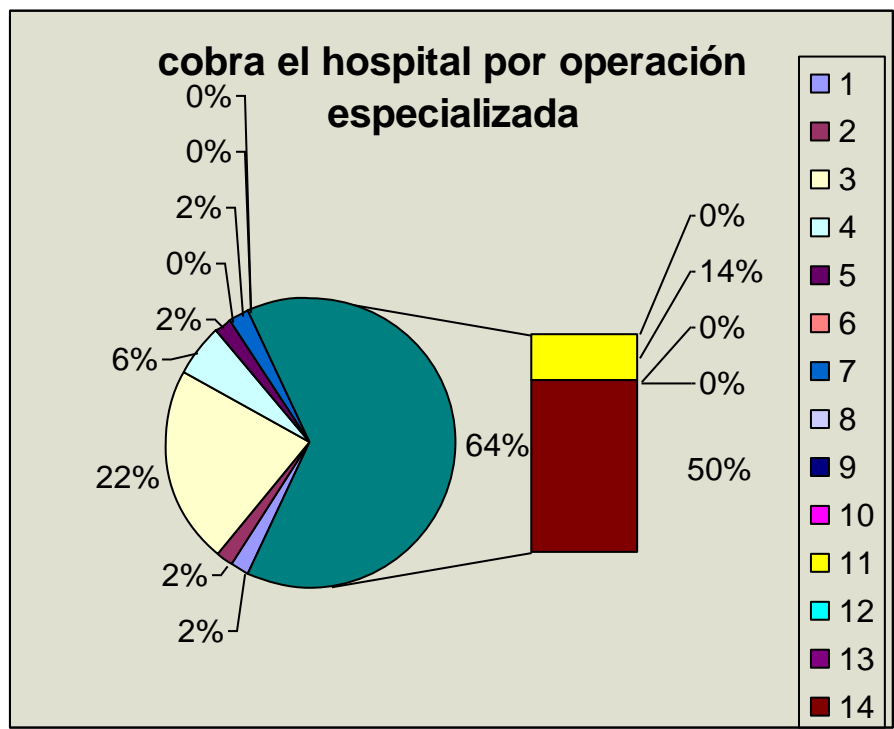
En el gráfico podemos observar que de las personas encuestadas (os):

76(76%) paga ¢5.00 por consulta (cita), 18(18%) no paga, 4(4%) manifiesta que paga de ¢10.00 a ¢15.00 por consulta y 2(2%) paga más por la consulta, por lo que podemos observar que la mayoría paga por la consulta recibida y que un porcentaje menor no paga.

d) ¿Cuánto le cobra el hospital por una operación especializada?

- | | | |
|------------------------------|---|-----|
| 1) cero a ¢50.00 | = | 2% |
| 2) de ¢50.00 a ¢100.00 | = | 2% |
| 3) de ¢100.00 a ¢300.00 | = | 22% |
| 4) de ¢300.00 a ¢500.00 | = | 6% |
| 5) de ¢500.00 a ¢700.00 | = | 2% |
| 6) de ¢700.00 a ¢900.00 | = | 0% |
| 7) de ¢900.00 a ¢1,000.00 | = | 2% |
| 8) de ¢1,000.00 a ¢1,200.00 | = | 0% |
| 9) de ¢1,200.00 a ¢1,500.00 | = | 0% |
| 10) de ¢1,500.00 a ¢2,000.00 | = | 0% |
| 11) no paga | = | 14% |
| 12) paga más | = | 0% |

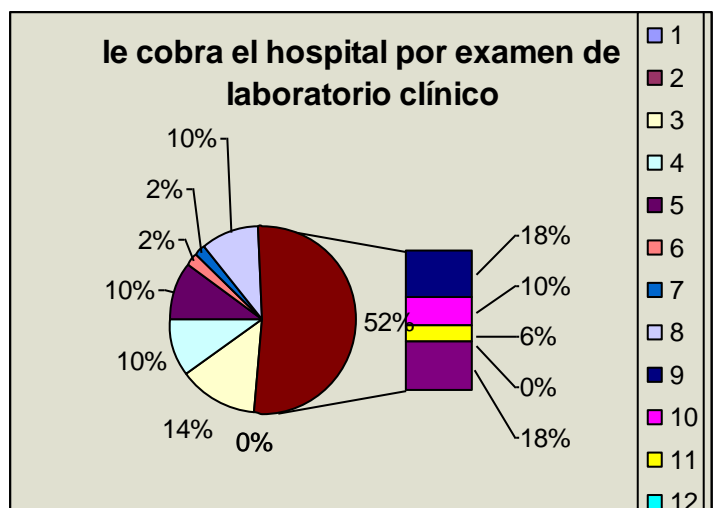
- 13) pago voluntario = 0%
- 14) no sabe = 50%



Según los datos obtenidos de las personas encuestadas (os) 50(50%) no sabe cuanto le cobran por una operación realizada, 22(22%) paga entre ¢100.00 a ¢300.00, 14(14%)no paga, 6(6%) paga entre ¢300.00 a ¢500.00, 2(2%) paga entre ¢50.00 y ¢100.00,2(2%)paga entre ¢500.00 a ¢700.00 y 2(2%) paga de ¢900.00 a ¢1000.00. por lo que se puede observar que la mayoría de la población usuaria paga por una operación, aunque un 50% no sabe cuanto paga y un pequeño porcentaje de la población no paga.

e) ¿Cuánto le cobra el hospital por examen de laboratorio clínico?

1) cero a ¢1.00	=	0%
2) menos de ¢5.00	=	0%
3) de ¢5.00 a ¢15.00	=	14%
4) de ¢15.00 a ¢25.00	=	10%
5) de ¢25.00 a ¢30.00	=	10%
6) de ¢30.00 a ¢40.00	=	2%
7) de ¢40.00 a ¢50.00	=	2%
8) de ¢50.00 a ¢75.00	=	10%
9) de ¢75.00 a ¢100.00	=	18%
10) no paga	=	10%
11) paga más	=	6%
12) pago voluntario	=	0%
13) no sabe	=	18%

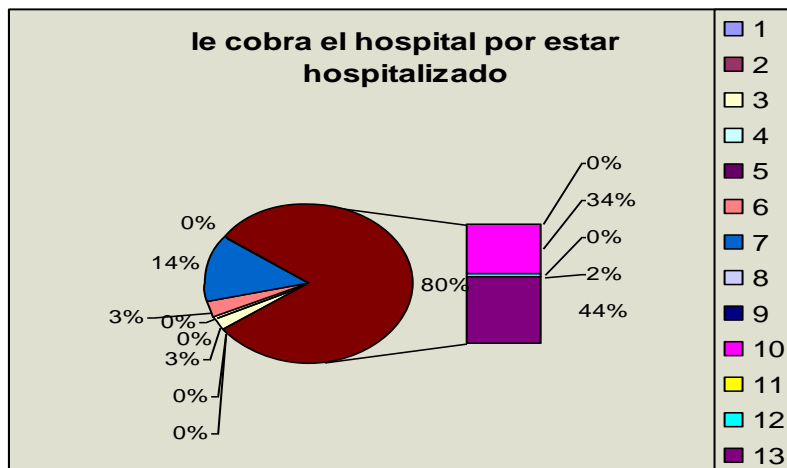


De las personas encuestadas 14(14%) paga ¢15.00, 10(10%) paga ¢25.00, 10(10%) paga ¢30.00, 2(2%) paga ¢40.00, 2(2%) paga ¢50.00, 10(10%)paga ¢75.00,18(18%)paga ¢100.00, 10(10%) no paga, 6(6%) paga más de ¢100.00 y un 18(18%) no sabe cuanto le

cobran. Por cuanto podemos observar que la mayoría paga ¢100.00 por los exámenes de laboratorio clínico y un porcentaje menor paga menos de ¢100.00 y un reducido porcentaje no paga.

f) ¿Cuánto le cobra el hospital por estar hospitalizado?

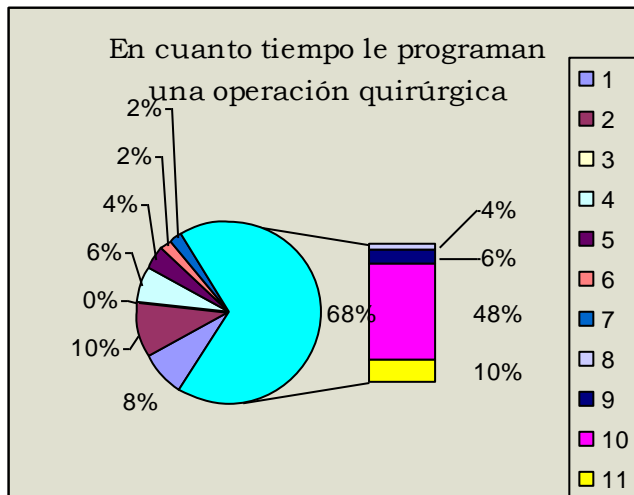
1) cero a ¢10.00	=	0%
2) menos de ¢25.00	=	0%
3) de ¢25.00 a ¢35.00	=	3%
4) de ¢35.00 a ¢50.00	=	0%
5) de ¢50.00 a ¢75.00	=	0%
6) de ¢75.00 a ¢100.00	=	3%
7) de ¢100.00 a ¢300.00	=	14%
8) de ¢300.00 a ¢500.00	=	0%
9) de ¢500.00 a ¢900.00	=	0%
10) no paga	=	34%
11) paga más	=	0%
12) pago voluntario	=	2%
13) no sabe	=	44%



De los datos obtenidos: 44(44%) no sabe cuanto le cobran por estar hospitalizado, 34(34%) no pagan, 14(14%) paga entre ¢100.00 a ¢300.00, 3(3%) paga de ¢25.00 a ¢35.00, 3(3%) paga de ¢75.00 a ¢100.00, 2(2%) paga voluntariamente. De lo cual podemos deducir que la mayoría paga aunque un 44% no sabe cuanto le cobran.

g) ¿Para cuanto tiempo le han programado una operación quirúrgica?

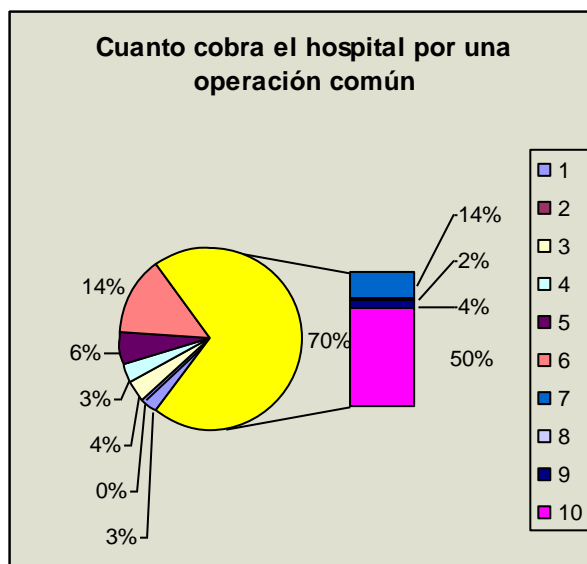
1) para 15 días	=	8%
2) para más de 15 hasta 30 días	=	10%
3) para más de 30 hasta 45 días	=	0%
4) para más de 45 hasta 2 meses	=	6%
5) para más de 2 hasta 3 meses	=	4%
6) para más de 3 hasta 4 meses	=	2%
7) para más de 4 hasta 5 meses	=	2%
8) para más de 5 hasta 6 meses	=	4%
9) para más de 6 meses	=	6%
10) no sabe	=	48%
11) emergencia	=	10%



En el esquema se puede observar que de los usuarios (as) encuestados 48(48%) no sabe para cuando le han programado la operación quirúrgica, 10(10%) para 30 días,6(6%) para 2 meses, 4(4%) para 3 meses, 2(2%) para 4 meses 2(2%) para 5 meses, 4(4%) para 6 meses, 10(10%) de emergencia (inmediatamente), 8(8%) para 15 días. Como se puede observar la mayoría le programan a largo plazo las operaciones quirúrgicas.

h) ¿Cuánto le cobra el hospital por una operación común?

1) De cero a ¢50.00	=	3%
2) de más de ¢50.00 a ¢75.00	=	0%
3) de más de ¢75.00 a ¢100.00	=	4%
4) de más de ¢100.00 a ¢150.00	=	3%
5) de más de ¢150.00 a ¢200.00	=	6%
6) de más de ¢200.00 a ¢300.00	=	14%
7) no paga	=	14%
8) paga más	=	2%
9) pago voluntario	=	4%
10) no sabe	=	50%



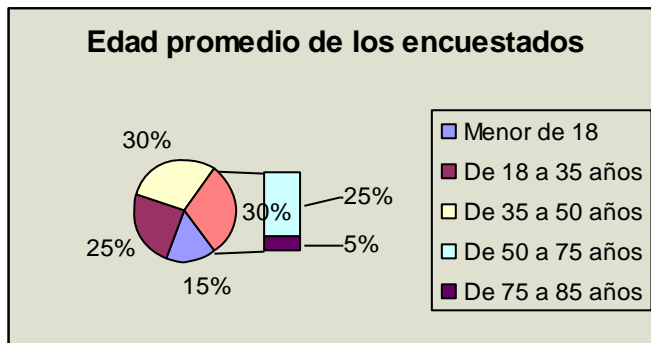
De los datos obtenidos 3(3%) les cobran ¢50.00, 4(4%) le cobran de ¢75.00 a ¢100.00, 3(3%) de ¢100.00 a ¢150.00, 6(6%) de ¢150.00 a ¢200.00, 14(14%) no le cobran, 2(2%) paga más de ¢300.00, 4(4%) paga voluntario, 50(50%) no sabe. Lo que significa que a la mayoría de los usuarios les cobran y el rango anda de ¢50.00 a ¢300.00.

A continuación presentamos las gráficas referentes a la edad, sexo, domicilio y ocupación laboral de las personas encuestadas.

- **¿Qué edad tienes?**

A= Menor de 18 años, B= De 18 a 35 años, C= De 35 a 50 años, D= De 50 a 75 años, E= De 75 a 85 años.

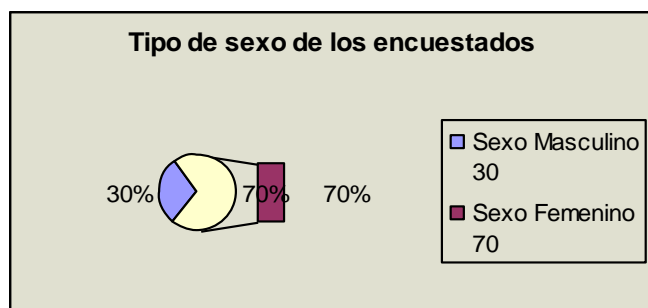
A= 15%, B=25%,C=30%, D=25%, E=5%



De los usuarios (as) que solicitan servicios médicos y que fueron encuestados se obtuvieron los resultados siguientes: 15(15%) menores de 18 años, 25(25%) de 18 a 35 años, 30(30%) de 35 a 50 años, 25(25%) de 50 a 75 años y 5(5%) de 75 a 85 años.

- **Sexo.**

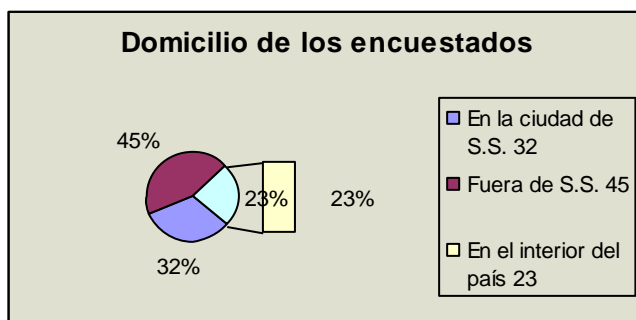
A= Masculino 30%, B= Femenino 70%



De acuerdo a los datos obtenidos, del total de los usuarios (as) encuestados el 30% correspondieron al sexo masculino y el 70% al sexo femenino. Con esto se deduce que la mayor demanda de servicios médicos en los hospitales Rosales y Benjamín Bloom es de mujeres.

- **¿Cuál es su domicilio?**

A= En la ciudad de San Salvador; B= Fuera del área de San Salvador; C= Del interior del País A= 32%, B= 45%, C= 23%



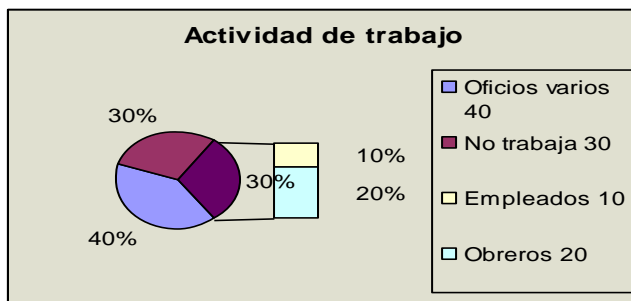
En el esquema podemos observar que los usuarios (as) que asisten a los hospitales tienen su domicilio: 32(32%) los que viven en la ciudad de San Salvador, 45(45%) viven fuera

de la ciudad de San Salvador y el 23(23%) vienen del interior del país. Como se puede observar la mayor demanda de salud proviene de los municipios aledaños a la ciudad de San Salvador, después tiene demanda la población que vive dentro de la ciudad y por ultimo existe menor demanda de los departamentos del país.

- **¿Qué tipo de trabajo desempeña?**

A= Obrero, B= empleado, C= Oficios varios, D= No trabaja

A=20%, B=10%, C=40% y D=30%



La gráfica anterior nos muestra que las actividades laborales a las que se dedica la población usuaria es: 20(20%) actividades obreras como mecánicos, carpinteros, obreros calificados ,etc. Empleados 10(10%) que son los que trabajan en la empresa privada; personas que se dedican a oficios varios 40(40%)como domesticas, vendedores ambulantes, etc. y personas que no trabajan un 30(30%), o sea que no se dedican a ninguna actividad económica.

4.1.2. Resultados de las Entrevistas.

Habiendo graficado y explicado los datos obtenidos a través de las encuestas, procedimos a realizar los cuadros comparativos de las opiniones obtenidas a través de la técnica de la entrevista, las cuales pasamos a una a cada jefe de las unidades de atención de servicios

médicos, dos a médicos residentes, una al patronato y dos a los abogados de las unidades jurídicas de cada hospital.

Comparadas las opiniones de cada clase de sujeto se procedió a sacar las conclusiones obtenidas producto de la opinión que ellos nos brindaron, quedando dichos cuadros de la siguiente manera:

CUADRO N° 1
ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL ROSALES

PREGUNTA	SUJETO	JEFE DE OPERACIONES DE EMERGENCIA	JEFE PERSONAL MEDICO	JEFE DE MEDICOS RESIDENTES	JEFE DE ENFERMEROS	JEFE DE ANESTSIÓLOGOS	JEFE DE OPERACIONES CENTRAL	JEFE DE UNIDAD JURIDICA	JEFE DE ESTADISTICA	CONCLUSIONES
1) Considera Usted que la existencia de cobros ó cuotas voluntarias par la operaciones especializadas y generales, están determinadas por la baja asignación presupuestaria para el mantenimiento de los aparatos médicos tecnológicos?	Si, aunque no se ven los resultados, porque el dinero cobrado a los pacientes no se mejoran los aparatos, siempre son los mismos y no los reparan.	Si, porque la mayor parte del presupuesto es para el pago de salarios.	Si, porque si se proporcionara todo el instrumental y equipo, no sería necesario el cobro.	Si, porque no es congruente el presupuesto asignado con lo que se hace en el hospital.	Si, es insuficiente lo asignado al sector salud y mal utilizado por el hospital.	No, porque el Ministerio de Salud recibe un presupuesto por año y se supone que están cubiertos todos los gastos que ocasionan todas las diferentes patologías.	Si, porque la medicina como ciencia va evolucionando y se requiere de equipo moderno para mejora atención.	Si, porque no alcanza el presupuesto y la demanda es grande.	El presupuesto asignado al sector salud se entiende que cubre todas las necesidades del hospital; pero la realidad es otra ya que la mayor parte de lo asignado es para pagar salarios, lo que genera un desequilibrio entre el presupuesto y la demanda; y lo poco asignado al hospital es mal administrado. Estos factores han llevado al hospital a cobrar por los servicios para sufragar gastos como mantenimiento de los aparatos médicos que a pesar que se cobra por consulta, estos no son reparados y si lo hacen se tardan varios meses. Si el Estado proporcionara todo esto no sería necesario cobrar modernizada a la población.	
2) Considera usted que la existencia de cobros ó cuotas voluntarias por los exámenes médicos de laboratorio clínico, está determinada por la baja asignación presupuestaria para el mantenimiento de los aparatos médicos quirúrgicos?	Si, porque para dar un buen servicio se debe contar con un buen equipo.	Si, porque el presupuesto no cubre todo esto, pues aunque algunos años ha sido incrementado nunca alcanza.	Si, porque es necesario comparar reactivos.	Si, porque existe poco equipo médico.	Si, por la mala administración de la jefatura ya que mucho equipo no sirve y los materiales se arruinan.	Si, porque hay mucho equipo que no se le da mantenimiento, ni existe presupuesto, y de lo que se cobra es poco para el mantenimiento.	Si, porque los equipos médicos y reactivos deben estar al día y en abundancia por la demanda.	Si, porque no alcanza lo presupuestado y lo que se cobra no alcanza para darles mantenimiento.	El personal médico justifica el cobro de la cuota voluntaria, porque es mínimo lo asignado del presupuesto y el hospital debe tener buen equipo médico; sin embargo, el incremento que se da al presupuesto del sector salud cada año no está acorde con el costo de la vida, todo aumenta de valor; por lo tanto es como si no se hiciera. En el laboratorio clínico existe poco equipo médico, además se necesitan reactivos que estén al día y de buena calidad, debido a ello se justifica el cobro de la cuota voluntaria y sin ser así, no alcanza para el mantenimiento de los equipos. Las jefaturas tienen una mala administración que por negligencia muchos reactivos químicos se arruinan.	
3) Cree usted que la baja asignación presupuestaria incide en la falta de mobiliario como por ejemplo camas, etc.?	Si, porque, todo el mobiliario que existe en el hospital está viejo y deteriorado.	Si, pero además existe una mala distribución de los fondos.	Si, porque el mobiliario que existe está desfasado.	Si, porque la cuota que se cobra es muy baja.	Si, porque el deterioro y la falta son latentes y a la vez dañino para el usuario.	Si, porque al gobierno no le interesa el sector salud y es una forma privatizar los servicios médicos.	Si, porque la mayor parte del presupuesto es para pagar salario.	Si, porque el presupuesto no establece un porcentaje para este tipo de rubro.	El hospital justifica el cobro de la cuota voluntaria para poder palear parte de todas las necesidades que necesitan ya que el presupuesto solo sirve para pagar salarios. Dentro de las necesidades que tiene el hospital es tener camas—suficientes ya que las existentes están en el real estado y hace falta mobiliario nuevo; lo que es dañino para la salud y el servicio de los usuarios. Si bien es cierto, al gobierno no le interesa invertir en infraestructura y mobiliario, es porque mantiene la idea de privatizar la salud y vender la imagen que es buena, sumado a esto la mala administración del presupuesto por parte del hospital.	

PREGUNTA	SUJETO	JEFE DE OPERACIONES DE EMERGENCIA	JEFE PERSONAL MEDICO	JEFE DE MEDICOS RESIDENTES	JEFE DE ENFERMEROS	JEFE DE ANESTSIÓLOGOS	JEFE DE OPERACIONES CENTRAL	JEFE DE UNIDAD JURIDICA	JEFE DE ESTADISTICA	CONCLUSIONES
4) Considera usted que la existencia de cobros ó cuotas voluntarias por los exámenes médicos en el laboratorio clínico a los usuarios está determinada por la baja asignación presupuestaria para la compra de insumos médicos?		Si, porque siempre se ha cobrado y nunca se han visto mejoras y existe escasez.	No, porque si se hiciera buen uso del poco presupuesto, algo mejor sería.	Si, porque es necesario comparar insumos.	Si, porque la cuota voluntaria de alguna manera ayuda a sufragar gastos.	Si, para poder sustituir los faltantes que se utilizan.	Si, porque es obligación del estado y no cumple con todo lo que el hospital necesita, para dar atención al pueblo.	Si, porque existe gran demanda de asistencia médica y los insumos son necesario en los diferentes procedimientos.	Si, porque el presupuesto se utiliza el 80% para salarios y para funcionamiento del Hospital solo 20%..	Existe una mala administración del presupuesto ya que la cuota voluntaria se ha cobrado por años y no se ven mejoras. La cuota voluntaria aportada por los usuarios ayuda a los gatos y compra de insumos del laboratorio, donde acude gran demanda de usuarios y por parte del gobierno no cumple, además el salario para personal abarca la mayor parte del presupuesto.
5) Considera usted que la existencia de cuotas ó cuotas voluntarias por hospitalización de usuarios está determinada por la baja asignación presupuestaria para compra de medicamentos?		No, porque estas han sido normadas por las autoridades del Hospital y no por el Ministerio de Salud.	Si, porque si hubiera mayor presupuesto y mejor distribución esto sería podría evitar.	Si, porque no hay medicamentos en existencia.	Si, porque el presupuesto solo cubre una parte.	Si, para poder cubrir necesidades del Centro Hospitalario.	Si, porque los medicamentos al hospitalizado son por pago anticipado a través de la cuota voluntaria o si no la compra la familia y el médico solo indica la administración.	Si, porque hay poco presupuesto y con lo poco que hay se ayuda a los pacientes.	Si, porque el usuario recibe un servicio que sin su ayuda no se pudiera dar.	Las cuotas voluntarias son implementadas por el hospital y no por el Ministerio de Salud, pero esto se podría evitar si existiera un mayor presupuesto y una mejor administración. En el hospital faltan medicamentos de mejor calidad, pues con lo poco que hay se le ayuda los pacientes de lo contrario son los familiares del paciente quienes compran los medicamentos en farmacias privadas.
6) Considera usted que la existencia de cobros ó cuotas voluntarias por hospitalización a los usuarios está determinada por la poca asignación presupuestaria para insumos médicos?		Si, porque a falta de esto, se trabaja con material obsoleto que puede tener consecuencias graves para el paciente.	Si, porque el presupuesto debe contener disposición de dinero para medicamentos, mobiliario, etc. y no hay suficiente dinero.	Si, porque no hay insumos suficientes.	Si, porque sin la cuota habría mayor escasez de camas, comida, etc.	Si, es debido al poco presupuesto, además lo poco que se cobra no es utilizado y hay casos que el dinero se extravía.	No, porque la mayoría de veces el paciente compra el material quirúrgico.	Si, porque los instrumentos de tanto esterilizarlos se deterioran y urge la compra de nuevos para dar un buen servicio.	Si, porque no hay dinero del presupuesto y es necesaria la ayuda del pueblo.	El cobro de la cuota voluntaria por hospitalización está justificada, porque no hay presupuesto para la compra de insumos médicos y los existentes están obsoletos que pueden tener graves consecuencias para los pacientes. Es necesario comprar constantemente nuevos medicamentos y administrar eficientemente el presupuesto y la cuota voluntaria ya que esta se extravía y no se ven resultados positivos. Sin la aportación de los usuarios habría mayor escasez de camas, comida, etc.

PREGUNTA	SUJETO	JEFE DE OPERACIONES DE EMERGENCIA	JEFE PERSONAL MEDICO	JEFE DE MEDICOS RESIDENTES	JEFE DE ENFERMEROS	JEFE DE ANESTSIÓLOGOS	JEFE DE OPERACIONES CENTRAL	JEFE DE UNIDAD JURIDICA	JEFE DE ESTADISTICA	CONCLUSIONES
7) Considera usted que la existencia de operaciones quirúrgicas a largo plazo está determinada por la baja asignación presupuestaria para la constatación de personal médico de planta?	No, porque hay médicos de planta con plaza de 4 horas y son muchos lo que se debe hacer es contratar médicos por más de 4 horas además hay médicos saturados con funciones administrativas y también tienen que operar.	No, porque personal médico, hay para hacerle frente a la situación ya que existen médicos Ad-Honore lo que faltan son quirófanos.	No, por el personal si no por la falta de salas de operaciones y equipos.	No, si no que están determinada por la gran demanda de pacientes.	Si, porque faltan médicos especialista para la gran demanda.	No, porque el problema es que existe una gran demanda y los hospitales periféricos no dan apoyo por falta de recursos materiales y económicos.	No, porque existe suficiente personal médico, el factor determinante es que la persona no tiene los medios para trasladarse al hospital ó no se presenta a la hora programada.	No, existe personal médico lo que no hay son quirófanos.	Las operaciones a largo plazo, no están determinadas por la falta de personal médico, ya que existen los suficientes el problema radica en que todos solo trabajan de 2 a 4 horas, por lo que se deben contratar a mayor tiempo. También es grande la demanda de pacientes y hacen falta salas de operaciones. Otro factor que incide es que la población no cuenta con los medios económicos necesarios para trasladarse al hospital ó no llegan a la hora programada. Esto podría disminuir si las clínicas periféricas dejaran de remitir pacientes y se atendieran en la misma clínica o unidad de salud. El Hospital cuenta con médicos ad-honore.	
8) Considera usted que la existencia de operaciones quirúrgicas programadas a largo plazo, está determinada por la falta de asignación presupuestaria para mejorar y ampliar la infraestructura del hospital?	Si, porque en el hospital hay mucho espacio sub-utilizado y hay oficinas innecesarias, lo mejor sería reordenar a falta de construir.	Si, porque las salas de pacientes enfermos ya no dan abasto, como para poner más camas.	Si, porque faltan salas de operaciones y equipos médicos.	Si, porque lo poco que se asigna del presupuesto, se prioriza para otras áreas y no para infraestructura.	Si, porque esto provoca un mal servicio y se daña a los más necesitados.	Si, porque el estado no quiere invertir en la ampliación, sabiendo que es una necesidad grande y no invierte porque no es rentable.	Si, porque hay prioridad a otros aspectos económicos, políticos y culturales.	Si, porque no hay instalaciones seguras, todas son demasiado viejas.	La existencia de operaciones a largo plazo, está determinada por la falta de infraestructura, como salas de operaciones, pabellones para pacientes hospitalizados. También en el hospital existe bastante espacio disponible y debe hacerse un reordenamiento porque existen oficinas innecesarias. El Estado no quiere invertir en la ampliación, y modificación porque no le es rentable.	
9) Considera usted que la existencia de operaciones quirúrgicas programadas a largo plazo. Está determinada por la falta de asignación presupuestaria para camas Hospitalarias?	Si, porque las que están en funcionamiento están deterioradas y son insuficientes.	Si, porque hacen falta camas ya que muchas veces se comparten porque no hay.	Si, porque las que están, son muy viejas y no hay.	Si, porque con la cuota voluntarias se logra más o menos repararlas	No, porque existe mucha burocracia.	Si, porque no hay espacio suficiente.	No, porque una persona operada, rápido se le alta para que desocupe la cama.	Si, porque se necesita mucho mobiliario.	Las operaciones quirúrgicas programadas a largo plazo se debe a la falta de espacio físico y de camas, ya que existen pocas, que están en mal estado. Esto obliga a que pacientes compartan una cama y en casos de extrema urgencia se utiliza el suelo para alojar pacientes. Debido a ello como una forma de tener camas disponibles es dar de alta lo más pronto posible a los pacientes y que la recuperación pos – operaria se realice en la casa de ellos.	

C O S T A R I C A

JEFE DE OPERACIONES DE EMERGENCIA	JEFE PERSONAL MEDICO	JEFE DE MEDICOS RESIDENTES	JEFE DE ENFERMEROS	JEFE DE ANESTSIÓLOGOS	JEFE DE OPERACIONES CENTRAL	JEFE DE UNIDAD JURIDICA	JEFE DE ESTADISTICA	CONCLUSIONES
<p>La existencia de cuotas voluntarias es para dar un buen servicio y mejorar todas las funciones del hospital, sin embargo, mucho de este dinero no es invertido en su finalidad y aunque siempre existen equipos tecnológicos viejos, deteriorados y sin mantenimiento. Existen muchos aparatos médicos, mobiliario e insumos obsoletos, que ya dieron su tiempo de uso y que ponen en peligro la salud de los pacientes. Existe suficiente personal médicos, pero contratado por pocas horas, demás se necesita más infraestructura.</p>	<p>El presupuesto asignado al sector salud, es en mayor parte solo para pagar salario y el incremento de cada año no está equilibrado con el costo de vida que cada año aumenta de tal forma que es como si no hubiera aumento. Existe una mala administración del presupuesto que si se mejora no habría necesidad de pedir la cuota voluntaria. Se necesita más infraestructura como Quirófanos ya que la demanda de operaciones es grande y debido a ello las operaciones ahora son a largo plazo. Falta mobiliario de toda clase.</p>	<p>La mayor parte del presupuesto asignado al sector salud es para pagar salarios, por lo que no alcanza para comprar medicamentos, mobiliario, insumos, que en el mayor de los casos no hay en existencia y lo poco que hay están desfasados por lo tanto, es necesario hacer el cobro de la cuota voluntaria.</p>	<p>El hospital atraviesa por muchas necesidades, que no se logran satisfacer con lo asignado por el Estado al sector salud. Como consecuencia de este vacío económico, el hospital ha implementado ó solicitado a los usuarios la aportación de una cuota voluntaria por los servicios que reciben. Una cuota simbólica que ayuda a los gastos de comida e insumos que necesita el hospital.</p>	<p>En cierta medida la falta de insumos hospitalarios se debe a una mala administración, burocracia y falta de un control eficiente de los ingresos que percibe el hospital ya que existe una aportación voluntaria para mejorar los servicios, pero de eso no se mejora todavía y se sigue dando un mal servicio.</p>	<p>En el presupuesto para el hospital se entiende que todas las necesidades se cubren pero la realidad es otra. En el caso de los medicamentos que en la mayoría de las veces los familiares los compran fuera. El Estado no invierte en ampliar la infraestructura ya que es una forma de privatizar el hospital y como no es rentable la inversión que haría no le interesa.</p>	<p>Para proporcionar un buen servicio de salud es necesario tener nueva tecnología y medicamentos actualizados, cosa con la que no cuenta el hospital. Lo único que hay que hacer notar es que existe bastante personal médico, lo que falta son salas de operaciones y las consultas son a largo plazo porque los médicos solo trabajan de 2 a 4 horas.</p>	<p>La demanda de pacientes es alta y el presupuesto no está acorde con las necesidades.</p>	<p>El sector salud atraviesa por una de las mayores crisis económicas a través de la historia, poniendo en peligro la atención de la salud a la población, especialmente a los más necesitados que acuden al hospital en busca de consultas y medicamentos gratuitos. Si bien es cierto, la constitución de El Salvador le atribuye al Estado la protección y la obligación de velar por la salud de los habitantes, así como también, proporcionar salud gratuita a todas las personas que la necesitan y no pueden pagarla. Sin embargo, estos preceptos constitucionales son violados, desde el momento que el estado incumple con lo establecido en nuestra Carta Magna. Podemos decir que las manifestaciones del incumplimiento se perciben desde que la Asamblea Legislativa le asigna un presupuesto al sector salud que no está acorde con la realidad económica, social y cultural del país. No podemos negar que cada año se hace un incremento a dicho sector pero no se toman en cuenta, el aumento del costo de la vida, de medicamentos, de tecnología, de población, que son factores paralelos al presupuesto. El efecto de este incumplimiento por parte del Estado Salvadoreño es que el hospital Rosales tenga muchas necesidades como: Mejoramiento de Infraestructura, falta de medicamentos, equipo médico básico, insumos, camas, mobiliario, etc. Ante la falta de recursos económicos y la demanda de la población por una salud "satisfacción", y el poco interés del estado por brindar una buena calidad de salud, ha generado que el hospital implemente con el aval del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el cobro o la aportación de la Cuota voluntaria por los servicios que brindan a la población usuaria. De los fondos que percibe el hospital por los servicios que ofrece se utiliza para solventar algunas de las necesidades del hospital como: Medicamentos, agua, energía, teléfono, alimentación de pacientes, etc. La cuota que se cobra es muy baja que no alcanza a suplir otras áreas que necesitan apoyo como el mantenimiento del equipo médico básico, lo que incide en que las consultas médicas se prolonguen por más tiempo. Todos estos problemas tendrían una solución sin dañar la población usuaria, si el presupuesto al sector salud fuera más apegado a la realidad.</p>

EXPLICACIÓN DE LOS CUADROS DE LAS ENTREVISTAS.

En el cuadro número uno se hicieron nueve preguntas a los jefes de las distintas unidades de atención de servicios a los usuarios, que en su mayoría son profesionales que conocen sobre la problemática existente en el hospital Rosales, particularmente las preguntas iban dirigidas a conocer porque existe un cobro o pago voluntario de parte de los pacientes por la atención médica que reciben, cuando la Constitución Salvadoreña establece que la salud es gratuita para toda la población de escasos recursos económicos.

Se logro establecer según la opinión del personal médico que labora en el hospital, que existe poca importancia de parte del Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para brindar salud gratuita a la población ya que una de las políticas del Estado ha sido la de privatizar la atención médica, dejando que los hospitales de la red nacional lleguen a colapsar, poniendo en crisis total todos los servicios que prestan estas instituciones. Estas manifestaciones se originan desde la asignación presupuestaria que se destina al sector salud provocando la falta de medicamentos, insumos médicos, aparatos médicos básicos, infraestructura, etc.

Dentro de la poca asignación presupuestaria la mayor parte se utiliza para el pago de salarios quedando un remanente para las necesidades de los hospitales, ejemplo de ello es el hospital Rosales que tiene una demanda de 800 pacientes en general diariamente.

En el cuadro número dos, esta recopilada la información de preguntas dirigidas a los médicos jefes de unidades de atención de salud del hospital de niños Benjamín Bloom, donde los antecedentes son los mismos por los que atraviesa el hospital Rosales con la única salvedad que este hospital por ser de atención a niños tiene apoyo de la mayor parte de la empresa privada y organismos internacionales; además el patronato que opera en

esta institución cuenta con una buena organización que es de mucho apoyo al nosocomio y con espíritu de nobleza por la salud de los niños. Debemos de recalcar que este tipo de patronato, mantiene a flote la salud infantil que si bien no es calidad total, ayuda en la medida de lo posible a rellenar necesidades como: proporcionando medicamento de alto costo, mantenimiento de infraestructura, aparatos médicos básicos etc.

También dentro de este hospital existen tarifas de cobros o cuotas voluntarias por los servicios que brindan, además es de comentar de manera general que los patronatos no administran los ingresos provenientes de las cuotas voluntarias, siendo esto de carácter administrativo para cada hospital con funciones muy independientes autorizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Se pudo establecer que a pesar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social autoriza el cobro de la llamada cuota voluntaria y lo transmite a la población a través de afiches, en los cuales manifiesta que la aportación recabada por los usuarios sirve para mejorar la calidad de salud que brindan los hospitales, como para la compra de medicamentos, mantenimiento de la infraestructura, vigilancia privada, etc.

Se logro establecer que el hospital Rosales no cuenta con un patronato tan organizado como el del hospital Bloom, y si bien están los estatutos y reglamentos del hospital Rosales, este no funciona como ente organizado solo de hecho en la institución.

En el tercer cuadro, hemos sacado una conclusión general de todos los informantes claves que laboran en los nosocomios citados, llegando a conocer más ordenadamente las opiniones de los entrevistados.

4.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

4.2.1. Interpretación de los Resultados en Relación a la Hipótesis

La hipótesis de trabajo que hemos comprobado es: “En el período 1999-2001, el Estado no ha cumplido satisfactoriamente con la obligación constitucional de proporcionar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos en el área urbana del municipio de San Salvador; esto se ha debido principalmente a la baja asignación presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”.

Consideramos que la hipótesis planteada de acuerdo a los extremos de prueba de la misma son:

Primer Extremo.

Que ha existido un incumplimiento de una obligación constitucional por parte del Estado Salvadoreño de brindar servicios de salud gratuita a la población de escasos recursos económicos.

Segundo Extremo.

Que ha existido una baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Tercer Extremo.

La baja asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la causa principal del incumplimiento del Estado Salvadoreño de brindar salud gratuita a las personas de escasos recursos económicos.

Los extremos se han logrado comprobar, a través de las encuestas hechas a los usuarios y pacientes del hospital Rosales y hospital de niños Benjamín Bloom.

En lo referente a las entrevista a los médicos que trabajan en los hospitales antes citados se lograron comprobar los tres extremos.

Según los datos obtenidos en las encuestas, se han reflejado datos positivos en relación a la hipótesis de trabajo, tanto es así, que las respuesta fueron: en la primer pregunta ¿para cuanto tiempo le han programado su consulta? Un 70% respondió que las programaron entre 1 y 6 meses, un 24% de 8 a 15 días y un 2% no quiso contestar; en la segunda pregunta ¿cuanto le cobra el hospital por los medicamentos? Un 86% respondió que pagan entre ¢1.00 y más de ¢30.00; un 10% no pago y el 4% fue en pago voluntario; en la tercer pregunta ¿cuanto le cobra el hospital por consulta? Un 80% respondió que pagan entre ¢5.00 hasta ¢15.00, un 18% no pago porque fueron exonerados y un 2% pago más de ¢15.00; en la cuarta pregunta ¿cuanto le cobra el hospital por una operación especializada? Un 36% respondió que pagan de ¢50.00 hasta ¢1000.00, un 14% no pago porque fueron exonerados y el 50% no sabia si se pagaba por este servicio; en la quinta pregunta ¿cuanto le cobra el hospital por exámenes de laboratorio clínico? Un 66% respondió que pagaron entre ¢5.00 hasta ¢100.00, un 10% no pago porque fueron exonerados, un 6% pago más de ¢100.00 y el 18% no sabia si iban a pagar por este servicio; en la sexta pregunta ¿cuanto le cobra el hospital por estar hospitalizado? Un 20% respondió que pagaron entre ¢25.00 hasta ¢300.00, un 34% no pagaron porque fueron exonerados, un 2% pagaron voluntariamente y el 44% no sabia si iban a pagar por la hospitalización; en la séptima pregunta ¿para cuanto tiempo le han programado una operación quirúrgica? Un 42% respondió que le programaron la operación entre 15 días hasta 6 meses, un 10% fue de emergencias y el 48% no sabia el tiempo de

programación; y en la octava pregunta ¿cuanto le cobro el hospital por una operación común? Un 30% respondió que pagaba entre ¢50.00 hasta ¢300.00, un 14% no pago porque fueron exonerados, un 2% pago más de ¢300.00, un 4% pago voluntariamente y el 50% no sabia si iban a pagar.

Según la información recogida a través de las encuestas se ha demostrado que existe un incumplimiento de parte del Estado Salvadoreño al no brindar salud gratuita a los habitantes en general, porque la gente usuaria o pacientes tienen que pagar por todos los servicios médicos que reciben en los distintos hospitales, si bien es cierto existen exoneraciones de pago estos son mínimos y solo se aplican a casos especiales; además, mucha de la población usuaria desconoce que tienen que pagar por sus atenciones médicas ya que piensan que la salud es gratuita. también se ha deducido a través de las entrevistas al personal médico de los hospitales, y todos coinciden a la poca asignación presupuestaria, la falta de interés de los políticos de mejorar la mala calidad de salud y construir infraestructura adecuada para brindar un mejor servicio; debido a ello se ha tenido que buscar recursos económicos en la población usuaria para solventar algunas necesidades.

4.2.2. Interpretación de los Resultados en Relación a los Objetivos

OBJETIVO GENERAL.

De acuerdo a los resultados obtenidos, consideramos que los objetivos planteados en el proyecto de investigación, se cumplieron en su totalidad a excepción del objetivo general que ha quedado demostrado que no se logro ya que se estableció que el Estado Salvadoreño a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no garantiza el derecho a la salud gratuita en general, a las personas de escasos recursos económicos,

violando de esta forma el artículo 66 de nuestra constitución desde el momento que las instituciones encargadas de velar por la salud cobra por los servicios médicos que brinda a la población.

Los factores que han incidido en la violación del derecho a la salud gratuita se manifiestan en el cobro o cuotas voluntarias a los pacientes, consultas a largo plazo, falta de insumos médicos, falta de aparatos médicos básicos, falta de infraestructura, falta de medicamentos, consultas a largo plazo, etc. este tipo de políticas aplicadas por el Estado, viola la condición de vida de las personas, sumerge más al sector salud en crisis y se busca como respuesta privatizar los servicios médicos.

OBJETIVOS PARTICULARES.

El primer objetivo particular se logro establecer solo en lo concerniente al hospital Rosales y Hospital de niños Benjamín Bloom, no ha sí a las unidades de salud de la zona metropolitana de San Salvador. En lo que respecta a los hospitales anteriores se conoció la organización y la situación en que se encuentran específicamente en la mala atención de salud que brindan estas instituciones; además se verifico la infraestructura de ambos hospitales la cual esta muy deteriorada, más ahora después de los terremotos ocurridos el día 13 en los meses de enero y febrero de dos mil uno.

El Segundo Objetivo se logro establecer por medio de la encuesta y la entrevista, se comprobó por medio de ellos que existe un cobro u cuota obligatoria y no voluntaria por parte de los hospitales nacionales a todas las personas que acuden a solicitar asistencia médica y en casos extremos se dan algunas exoneraciones de pago que tienen que estar bien fundamentadas para convencer al asistente social de cada hospital.

El Tercero, Cuarto y Quinto Objetivo se lograron establecer al desarrollar el marco de análisis, donde se expone detalladamente la evolución de la salud en la historia; también el derecho a la salud en los enfoques doctrinarios y por último las disposiciones legales referente al derecho a la salud desde la Constitución, Tratados Internacionales, Leyes Secundarias y Reglamentos.

4.2.3. Interpretación de los Resultados en Relación al Valor Jurídico Tutelado.

Con relación a los resultados que obtuvimos en las encuestas realizadas a los pacientes que acuden a pasar consulta a los hospitales: Rosales y Benjamín Bloom, pudimos comprobar que los usuarios pagan por los servicios médicos que reciben, lo que hace suponer que desconocen la obligación que tienen estas instituciones de proporcionar las consultas y medicamentos a los pacientes; asimismo, demuestran que las personas que demandan mas de este servicio son mayores de cuarenta años y en los niños de cero a siete años de edad, que en el mayor de los casos son personas de escasos recursos económicos que no tienen el dinero suficiente para transportarse a la ciudad, ni mucho menos para comprar alimentos o pagar los gastos de hospitalización en casos de quedarse internos. También se pudo comprobar a través de esta técnica que las citas de consultas externas como las fechas de programación para una operación quirúrgica son a largo plazo, por lo que los pacientes no tienen un acceso rápido a la solución de sus enfermedades.

4.3. RESULTADOS PROCESALES

Al desarrollar nuestra investigación, una vez hechos los instrumentos de las técnicas que aplicamos como la encuesta y la entrevista y recogida la información a través de ellos, procedimos a tabular los datos y hacer sus respectivos gráficos.

Los gráficos que elaboramos, estadísticamente se le conoce como “Gráfico de Pastel”, sintetizan la información recabada, a parte de facilitar el entendimiento de las respuestas dadas a cada interrogante.

También habiendo recogido información a través de la entrevista pasada a diferentes profesionales médicos conocedores de la materia, hicimos cuadros comparativos en donde queda resumida la información que se logro obtener producto de las preguntas hechas a cada sujeto finalizando con una conclusión general.

CAPÍTULO V

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo tratamos de responder a las preguntas: ¿Cómo se hizo la investigación?, ¿Cuál fue el procedimiento que se siguió?. Dicho capítulo va estructurado de la siguiente manera:

5.1. EL PROYECTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Para la elaboración de la investigación del problema planteado: “En que medida el Estado salvadoreño a cumplido con su obligación constitucional de garantizar servicios gratuitos de salud a la población de escasos recursos económicos del municipio de San Salvador, en el período 1999-2001, y que factores han incidido en el cumplimiento de esa obligación constitucional”. Quedando nuestro tema así: “La obligación constitucional del Estado salvadoreño de garantizar salud gratuita a los habitantes de escasos recursos económicos del área urbana del municipio de San Salvador, en el período 1999-2001”, se describió la problemática general luego se hizo el encuadre del problema, posteriormente se hizo un inventario de los antecedentes bibliográficos del tema de investigación, luego se desarrollo la delimitación conceptual, temporal y espacial del objeto de nuestra investigación, se desarrollo la importancia tanto social como científica, los objetivos, el planteamiento del problema, las fuentes de información, la metodología a seguir, se realizo un conjunto de preguntas relacionadas con nuestra investigación que se denomino la problematización del tema; por ultimo se planteo los recursos disponibles y las

necesidades, finalizando con el cronograma de las actividades para el desarrollo de nuestra investigación.

5.2. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La elaboración del diseño de la investigación comprendió: La elaboración del capítulo tentativo, en el capítulo dos desarrollamos el marco de análisis el cual comprende cuatro marcos: Marco Histórico, Marco Coyuntural, Marco Doctrinario y Marco Jurídico.

En el capítulo tres formulamos la hipótesis de trabajo y su respectiva explicación y fundamentación, además se establecieron los extremos de prueba y el contexto de la hipótesis, así como un grupo de preguntas derivadas que nos sirvió para las entrevistas y encuestas dirigidas a los sujetos claves de nuestra investigación y así verificar nuestra hipótesis.

5.3. LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta da inicio a partir de la recolección de datos, la información ordenada y precisada, que proviene de las encuestas y entrevistas realizadas a sujetos claves conformada por médicos, jefes de las distintas unidades médicas y patronatos que laboran en los hospitales Rosales y Benjamín Bloom, del área urbana del municipio de San Salvador.

Toda esta información fue analizada sumando las respuestas repetidas convirtiéndolas en porcentajes y comparándolas e interpretando los resultados con relación a la hipótesis y objetivos.

5.4. OBSTÁCULOS ENFRENTADOS Y REAJUSTES INTRODUCIDOS.

Como en todo trabajo de investigación se afrontan dificultades e imprevistos, y nuestro grupo no fue la excepción, por lo que hubo que introducir modificaciones al proyecto.

- En un inicio se nos dificultó poner en marcha la investigación por falta de conocimiento metodológico sobre el desarrollo del trabajo por parte nuestra.
- La escasa información documental sobre el problema, por ser novedoso.
- Los entes obligados a proporcionarlos información como el hospital Bloom y el hospital de Maternidad nos la negaron, manteniendo un hermetismo y temor a revelar información de fondo, que podría comprometerlos.
- En el hospital de maternidad nos negaron la entrada a dicha institución a tal grado que la constancia de permiso extendida por la Universidad de El Salvador para acceder a la información de los sujetos claves no fue entregada directamente a los funcionarios responsables del hospital sino al vigilante del portón principal por orden verbal de la secretaria del Director y a la fecha no hemos tenido respuesta.

Reajustes Introducidos.

- En el anteproyecto establecimos que trabajaríamos en los hospitales: Rosales, Benjamín Bloom, de Maternidad y del Cáncer; así como también las Unidades de Salud: de San Jacinto, San Miguelito, Concepción y Barrios; pero debido al corto tiempo para ello se optó únicamente trabajar con los hospitales Rosales, Benjamín Bloom y de Maternidad siendo este último inaccesible por la causa relacionada en los obstáculos enfrentados.
- Se reajustó nuestro cronograma de actividades ya que teníamos calendarizado a exposición oral de nuestro trabajo, para la primera semana del mes de octubre del año dos mil, sin embargo la realidad nos obligó a solicitar prórroga.

- En el Proyecto de la investigación establecimos que nuestro período de trabajo sería el año de 1994 a 1999, pero en vista que los factores que componen nuestro tema a sido de impacto los últimos años, decidimos modificar el período de trabajo siendo el año de 1999 hasta el año 2001, tiempo del cual desarrollamos nuestro estudio coyuntural.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo expondremos las conclusiones y recomendaciones a las que hemos llegado después de realizar nuestra investigación.

6.1. CONCLUSIONES.

Las conclusiones a las que hemos llegado se clasifican de dos tipos:

6.1.1. CONCLUSIONES GENERALES.

Son aquellas que se obtuvieron a partir de la comprobación de los extremos de prueba de nuestra hipótesis, siendo estas:

- a) Que existen un incumplimiento por parte del Estado Salvadoreño al no brindar a la población usuaria salud gratuita.
- b) Que existe una violación al artículo 66 de la constitución Salvadoreña que dice “Que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general” siendo todo lo contrario en la realidad porque existe una política de cobro por los servicios médicos que brinda cada hospital a la población en general.
- c) Existe poca voluntad política de parte de los Legisladores y del gobierno en turno para mejorar el acceso y la atención a la salud, contribuyendo de esta forma a violar el derecho de la salud gratuita que tiene todo salvadoreño.

- d) No existe una política adecuada de salud preventiva, ya que todavía las enfermedades como las gastrointestinales y bronconeumonía son las que tienen el mayor índice de muerte de niños.
- e) Existe un gran interés por parte del Estado Salvadoreño, de privatizar los servicios médicos de los hospitales nacionales.
- f) La gran cantidad de demanda para acceder a la salud es generada por el aumento de población que proviene del interior de la República ya que los hospitales asignados a cada Departamento, no cuentan con suficiente personal médico, equipo médico básico, medicamentos y una infraestructura adecuada.

6.1.2. CONCLUSIONES PARTICULARES.

Son aquellas que se han obtenido a partir de los factores que rodean el problema investigado, siendo estas:

- a) La red hospitalaria nacional esta en crisis, ya que existe una mala calidad de atención en salud por la falta desde insumos médicos hasta personal médico a tiempo completo; lo que a generado una mayor cantidad de enfermos y aumento de muertes especialmente en niños por la falta de servicios médicos adecuados.
- b) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a jugado en la práctica un papel muy tímido de presión al Estado para que invierta más en Salud y de esta forma proporcionar todo lo necesario a los hospitales para que brinden una buena calidad médica especialmente en el hospital Rosales y hospital de niños Benjamín Bloom.

- c) Que existe una debilidad organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en cuanto a la ejecución de soluciones a la problemática del sector salud, ya que en cada cambio de gobierno las posibles soluciones no son continuadas por la nueva administración.
- d) Existe poca preocupación por mejorar la calidad de atención en los hospitales, porque a pesar de que existen problemas latentes todavía no se aportan soluciones concretas.
- e) Existen citas, consultas y operaciones a largo plazo lo que perjudica a los usuarios pues no reciben una pronta asistencia médica en el hospital Rosales y Benjamín Bloom, llevándolos en algunos casos hasta la muerte.
- f) El personal médico, paramédico y profesionales a fines deben aumentar sus horarios de trabajo, para disminuir la demanda de salud en el hospital Rosales y hospital de niños Benjamín Bloom.
- g) Existe falta de equipos médicos básicos, insumos, medicamentos y de infraestructura en el hospital Rosales y Benjamín Bloom.
- h) El cobro o cuota voluntaria en los hospitales Rosales y Benjamín Bloom, como forma de pago por la asistencia médica y es debido a la falta de presupuesto. Pero de esta forma se suplen algunas necesidades hospitalarias.
- i) Existe poca asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que lo asignado no alcanza para cubrir todas las necesidades de

funcionamiento de los hospitales nacionales. Esto a llevado a que la red hospitalaria este en crisis por la falta de insumos médicos, aparatos médicos, medicamentos, etc.

- j) Existe una gran demanda de la población para acceder a la salud en los hospitales: Rosales y Benjamín Bloom; tanto de usuarios nacionales como del extranjero.

6.2. RECOMENDACIONES.

Son aquellas medidas que nosotros planteamos como alternativas para solucionar la problemática investigada. Estas se clasifican de la siguiente manera:

6.2.1. RECOMENDACIONES MEDIATAS.

Son aquellas que pueden ser tomadas o aplicadas a largo plazo, entre estas tenemos:

- a) A la Honorable Asamblea Legislativa, para que tomen conciencia, de las necesidades del sector salud y aumenten el presupuesto en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social; asimismo se detengan las políticas de privatización que están dañando cada día mas al país.
- b) Reducir el presupuesto asignado a otras dependencia del Estado que no tienen un papel preponderante en el desarrollo de la Nación como por ejemplo, Ministerio de Defensa, Parlamento Centroamericano y estos fondos asignarlos al sector salud.
- c) Eliminar los beneficios económicos que gozan algunos funcionarios públicos, como por ejemplo los Diputados de la Asamblea Legislativa y dichos fondos asignarlos al sector salud.

- d) Implementar un control de los ingresos y egresos de los hospitales nacionales especialmente del Rosales y Benjamín Bloom y de los patronatos del dinero que reciben en concepto de cuotas o donaciones a través de la Corte de Cuenta de la República.

6.2.2. RECOMENDACIONES INMEDIATAS.

Son aquellas que deben ser aplicadas a mediano o corto plazo siendo estas:

- a) El Estado debe de garantizar la salud gratuita en los hospitales Nacionales y específicamente en el Rosales y Benjamín Bloom; asimismo estos deben brindar asistencia gratuita a toda persona que lo necesita.
- b) Que los hospitales objeto de nuestro estudio, eliminen el cobro o la “aportación voluntaria” que se exige a los usuarios y se mejore la atención de la salud.
- c) El Estado debe preocuparse por construir, remodelar o modificar la infraestructura de los hospitales nacionales, especialmente del hospital Rosales pues este, ya dio su capacidad de uso y se encuentra en condiciones de deterioro.
- d) Hacer del conocimiento público que la salud es gratuita para las personas de escasos recursos económicos ya que la propaganda de divulgación por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no se da a conocer en los Hospital Rosales y Bloom.
- e) Dotar de todo lo necesario al hospital Rosales y Benjamín Bloom y demás del interior de la República, así como también a las Unidades de Salud para descentralizar

la demanda que existe de consultas en el hospital Rosales y hospital de niños Benjamín Bloom.

- f) Aumentar el Presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que el 70 % se utiliza para el pago de salario y el resto para el funcionamiento de los hospitales.
- g) Aumentar el salario de los profesionales médicos para que trabajen más de 2 horas de las asignadas actualmente dando un servicio a tiempo completo y aumentar de esta forma la capacidad de respuesta al problema de las consultas a largo plazo.
- h) En el hospital Rosales controlar las emanaciones de Radiación de la sala de medicina nuclear ya que a la fecha no existe un control del nivel de radiación que emite este tipo de aparatos médicos, poniendo en riesgo al público y los pacientes internos.
- i) El Estado debe proporcionar a los hospitales nacionales medicamentos, camas y equipo médico básico, insumo para brindar un buen servicio de salud.
- j) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe implementar una política de salud preventiva ya que actualmente solo existe curativa
- k) El Ministerio de Salud y Asistencia Social debe concientizar a la población usuaria para que hagan uso de los hospitales nacionales y Unidades establecidos en la periferia y de esta forma descentralizar el Hospital Rosales y Bloom.

- l) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el Ministerio de Educación deben coordinar políticas de prevención de enfermedades, para beneficio de la población.
- m) El Director del Hospital Rosales debe Promover la participación activa del patronato ya que actualmente solo funciona de hecho y esto impide que el hospital no perciba una ayuda directa a través de las actividades que se le han encomendado en su Ley de creación y Reglamento.

6.3. CONSIDERACIONES FINALES.

En la medida de lo posible hemos hecho el mejor esfuerzo para configurar un buen informe; pero estamos consientes que como todo ser humano podemos haber cometido errores o que nos haya hecho falta algún detalle, pero en esta situación hay muchos factores o limitantes que intervienen:

Como el tiempo, los recursos económicos, las actividades Laborales, los problemas familiares a raíz de los terremotos ocurridos en los meses de enero y febrero de 2001, y la preocupación por terminar el trabajo de investigación.

A partir de esta situación cabe destacar que dentro de nuestro informe hay aspectos que se trabajaron mejor que otros, creemos que las entrevistas y las encuestas nos llevaron a conocer mas de cerca la problemática de salud, ya que fue información mas actualizada que no esta reflejada en los documentos del período 1999-2001, y que es una problemática que no se a investigado mucho al respecto. Debemos hacer énfasis que los marcos: histórico, coyuntural y jurídico fueron los mejores trabajados por la información documental que se pudo recabar y el marco doctrinario en la medida de lo posible se configuro como tal con la poca información que encontramos.

En nuestra investigación hubiera sido interesante y relevante estudiar mas a la población usuaria como los niveles de pobreza y extrema pobreza y las condiciones económicas con las que accesan a la salud, algo que no logramos realizar pero que otros investigadores mas adelante pudieran ejecutarlo.

La verificación de la hipótesis y la ejecución de la investigación, fue otro aspecto que consideramos se trabajo bien si tomamos en cuenta las dificultades y obstáculos mencionados en el capítulo V de nuestro informe.

Aún así con todas estas situaciones que hemos expuesto esperamos que este esfuerzo realizado, sirva para los futuros seminarios de graduación como fuente de apoyo o investigadores sobre la problemática que decidimos trabajar y que los vacíos dejados por nosotros sean retomados por ellos y darles una solución posible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BERTRAND GALINDO, FRANCISCO. Ensayo. El Derecho a la Salud en las Américas. San Salvador 1998
- 2 BADÍA, ROBERTO DE JESÚS. Comentario. Apuntes de Salud Pública. UES, Año 1993. El Salvador.
- 3 CENTRO DE ESTUDIO PARA LA APLICACIÓN DEL DERECHO. Ensayo. La Situación de la Salud en El Salvador en el año de 1986. San Salvador, El Salvador.
- 4 COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR. Ensayo. Por la Salud. Año 1998. San Salvado, El Salvador.
- 5 DE LA TORRE ARAUZ, PATRICIA. Ensayo. Derechos Fundamentales del Hombre. Tomo XXXIX. Año 1987.
- 6 FUNDACIÓN DE ESTUDIOS PARA LA APLICACIÓN DEL DERECHO. Ensayo. El Derecho a la Atención de la Salud. Año 1998. San Salvador, El Salvador.
- 7 FUENZALIDA, HERNÁN. Estudio Comparado. El Derecho a la Salud en las Américas. O.P.S., Año 1989.
- 8 GALLARDO, RICARDO. Derecho Constitucional, Tomo II. Año 1961. Madrid, España.

- 9 HANANIA DE VARELA, KARLA. Ensayo. La Salud en EL Salvador. FESPAD. Año 1985. San Salvador, El Salvador.
- 10 KONRAD, ADENAHUER. Ensayo. Salud y Política Sanitaria. Año 1996. El Salvador.
- 11 MISIÓN DE OBSERVADORES DE LAS NACIONES UNIDAS. Compilación de Instrumentos Jurídicos. Normas Nacionales e Internacionales Sobre los Derechos Humanos. Año 1983. El Salvador.
- 12 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución. Año 1946.
- 13 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD. Estudio Constitucional Comparado. El Derecho a la Salud en las Américas. Año 1996. El Salvador.
- 14 RECASENS SICHES, LUIS. Ensayo. Tratado General de Filosofía del Derecho. Año 1986. México.
- 15 ROSEN, GEORGE. Ensayo. Una Historia de la Salud. Año 1958. New York, U.S.A.
- 16 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. Año 1986. Guatemala, C. A.
- 17 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. Año 1983. El Salvador. C. A.

18 CÓDIGO DE SALUD SALVADOREÑO. Año 1988. San Salvador. C. A.

19 CÓDIGO MUNICIPAL SALVADOREÑO. Año 1986. San Salvador.C. A.

ANEXOS