

# Informe

## MISIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN

### El Salvador

### Violaciones flagrantes al derecho a la salud

### La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?

<b>I. Introducción</b> .....	<b>3</b>
1. Presentación de la misión .....	3
2. Presentación de El Salvador .....	4
<b>II. El derecho a la salud en el salvador: situación general</b> .....	<b>6</b>
1. Marco jurídico .....	6
2. Organización del sistema de salud en El Salvador .....	6
3. Recursos del Sector Salud .....	7
4. Indicadores de base de la situación sanitaria .....	11
<b>III. El cumplimiento de las obligaciones del Estado Salvadoreño respecto del derecho a la salud</b> .....	<b>13</b>
1. Obligaciones generales .....	13
2. Obligaciones mínimas .....	32
3. Obligaciones prioritarias definidas por el Comité ECOSOC .....	34
<b>IV. Proceso de privatización</b> .....	<b>36</b>
1. La liberalización del comercio de servicios .....	36
2. Papel del Banco Mundial y de la BID .....	36
3. Etapas de la privatización .....	37
4. La importancia del sector privado .....	38
5. ¿Una privatización de hecho? .....	39
6. La criminalización de la protesta social .....	39
<b>V. Conclusiones y Recomendaciones</b> .....	<b>41</b>



**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

## **I. Introducción**

### **1. Presentación de la misión**

#### **a) Motivos de la misión**

La Federación Internacional de Derechos humanos (FIDH) y de Médicos del Mundo- Francia (MDM), organizaron una misión internacional de investigación en El Salvador entre el 3 y el 12 de julio de 2003. Dicha misión, que se encontraba compuesta por la doctora Silvia Quadrelli, presidente de Médicos del Mundo Argentina y por Janette Habel, catedrática, tenía como objetivo evaluar en que medida se respeta el derecho a la salud en El Salvador y el modo en que El Salvador cumple con sus obligaciones internacionales en materia de derecho a la salud, en conformidad con los Tratados Internacionales que este país ha ratificado.

Los acuerdos de paz, que fueron firmados hace once años, significaron el final de una larga guerra civil en El Salvador y suscitaban entre la población grandes esperanzas de cambios. Si bien estos acuerdos marcaron el final de la guerra civil, en cambio no otorgaron a la mayoría del pueblo ni la justicia social y económica, ni el respeto de los derechos humanos, ni la seguridad pública que prometían. Al contrario, las diferencias entre el reducido grupo de personas con altos ingresos y la mayoría de los más pobres no cesaron de aumentar. De hecho, para la mayoría de salvadoreños estos acuerdos no supusieron mejora alguna de las condiciones de vida: hay más paro, más pobreza, la vida es más cara, hay más violencia social y más criminalidad. Además, el huracán Mitch y los dos terremotos sucesivos en 2001 generaron pérdidas catastróficas en el país. La misión se llevó a cabo en un momento especialmente importante: tras nueve meses de conflicto contra la privatización del sistema de salud, conflicto en el cual estuvieron implicados la mayoría de actores y que gozaba del apoyo de la mayoría de la población.

#### **b) Descripción de las actividades de la misión y lista de las personas entrevistadas**

La misión pudo reunirse con responsables de asociaciones, sindicatos, ONG, organizaciones profesionales de médicos, representantes oficiales del Ministerio de Salud, de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, diputados miembro de la Comisión de Salud del Parlamento Nacional. Del mismo modo, se pudo visitar el hospital público de ROSALES, donde se entrevistó a pacientes en espera de una consulta. En ese mismo hospital se asistió a la asamblea

de médicos de la Asociación Médica de El Salvador (AMESAL). También se visitó un centro de salud en las comunidades de Llano Verde, Valle Dorado y Villa Zu-tchi.

#### **Las personas entrevistadas fueron**

Felipe Hernández. Secretario de la organización del STISS (Sindicato de Trabajadores del Instituto del Seguro Social).

Herbert Guzmán. Encargado de Asunto Sociales del Colegio de Médicos. Asesor del Consejo de Dirección del Colegio.

Nora Hernández. Asociación "Las Dignas" (Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida).

Hospital Rosales. AMESAL (Asociación Médica de El Salvador).

Doctor Alcides Gómez. Presidente de AMENA (Asociación Médica Nacional).

Álvaro Ernesto Mejía. Ministerio de Trabajo, responsable del Departamento de Seguridad e Higiene del Trabajo.

ANDES, Asociación Nacional de la Enseñanza de El Salvador.

María Rudecinda Orellana. CRIPDES (Comité Cristiano pro-Desplazados del Salvador), fundado tras los Acuerdos de Paz para facilitar el regreso de los desplazados y exiliados. Este comité se ha transformado hoy en la Asociación de Comunidades Rurales para el Desarrollo del Salvador.

Doctora Zoila Beatriz Quijada Solís y Jorge Escobar Rosa (diputados del Frente Maribundo de Liberación Nacional) y Miguel F. Bennett Escobar, diputado del PCN (Partido de Conciliación Nacional), miembros de la Comisión de Salud del Parlamento Salvadoreño.

Doctora Ilsi Quiñónez, Casa de Salud, visita de las comunidades de Llano Verde, Valle Dorado y Villa Zu-tchi (construida con la ayuda de Taiwán).

María Julia Hernández. Directora de la Tutela Legal del Arzobispado.

Margarita Posada. APROCSAL (Asociación de los Promotores Comunes Salvadoreños).

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

Tomás Chavez, Asociación de Médicos por el Derecho a la Salud.

Doctor Urbina. Ministerio de Salud, Dirección de la Salud.

Doctor Ricardo A. Navarro. Centro Salvadoreño de Tecnología Apropiable-FOE (CESTA) .

Beatriz Alamanni de Carrillo. Procuradora para la Defensa de los Derechos Humanos.

La misión agradece el apoyo prestado por el Centro de Derechos Humanos de El Salvador (CDHES), por todos los esfuerzos realizados para hacer posible esta misión.

## **2. Presentación de El Salvador**

### **a) Contexto político**

El Salvador es el país más pequeño de Centroamérica. Apodado "el pulgarcito", es un país superpoblado en el cual 6.500.000 de habitantes sobreviven en una superficie de 21.040 km<sup>2</sup>. Un 60% de la población tiene menos de treinta años de edad. Según un informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre Centroamérica, el 21,4% de la población (o sea 1.393.214 personas) sobrevive en una situación de extrema pobreza con menos de un dólar diario.

La guerra civil que sufrió El Salvador durante más de diez años -de manera similar a los demás países de Centroamérica- ha empobrecido gravemente el país. Desde el final de la guerra civil (1979-1992) y la firma de los Acuerdos de Paz firmados en 1992, dos partidos dominan la vida política y realizan campaña para las elecciones presidenciales de marzo de 2004: la Alianza Republicana Nacionalista (ARENA), partido extremista fundado en 1980 por Robert d'Aubuisson, y el Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional (FMLN), antiguo frente de organizaciones guerrilleras transformado desde el final de la guerra en partido político. El FMLN ganó el Ayuntamiento de San Salvador y superó a la ARENA en las elecciones legislativas. El resultado del voto para la presidencia de marzo de 2004 se anuncia muy igualado y el peso de los partidos de derechas o de centro (PCN, PDC, CDU) influirá sobre el resultado final. Una victoria del FMLN en las elecciones presidenciales supondría un cambio político importante.

La bipolarización política se ve acentuada por fuertes movilizaciones sociales de oposición a las privatizaciones.

Aunque la privatización del sector de las telecomunicaciones y de la energía eléctrica ya han sido realizadas, el proyecto de privatización del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) ha desencadenado prolongadas huelgas en este sector. El actual presidente Francisco Flores y su partido, ARENA, han salido debilitados de este conflicto. Pero la victoria electoral del Frente no está asegurada a causa de la controvertida figura de su líder, Schafik Handal, secretario del partido comunista clandestino durante la guerra. Los actores sociales salvadoreños reprochan al partido comunista haberse unido a la guerrilla a última hora en la guerra, y el mismo Frente -cuyo aparato está ahora bajo control del PC- está dividido entre los "renovadores" del candidato Oscar Ortiz y los "ortodoxos" que apoyan a Handal. Algunos medios de comunicación intentan crear un clima de inestabilidad política sugiriendo que las ideas de S. Handal podrían poner en peligro la estabilidad económica y política de El Salvador y que sería preferible que la oposición consolidara la transición institucional presentando a un candidato más moderado. Esto con el fin de evitar una crisis parecida a la de Argentina y con el objeto de no provocar un conflicto abierto con el gobierno de EE.UU. Mientras la administración estadounidense intenta internacionalizar la presencia militar en Irak, El Salvador decidió -tras varios incidentes en el Parlamento- enviar un contingente de 700 soldados salvadoreños a la zona. El FMLN se ha declarado contrario a este envío de tropas.

¿Temores justificados? Las propuestas del FMLN para resolver los problemas económicos y sociales y para enfrentar la escalada de violencia son moderadas. Las divergencias entre los dos precandidatos del FMLN se encuentran más relacionadas con antiguas posturas ideológicas que con el programa económico, ya que ambos afirman poder contar con el apoyo de las empresas privadas nacionales. Handal no plantea hacer marcha atrás con las privatizaciones (salvo la del puerto de Acajutla) y propone poner fin a la dolarización decretada hace tres años por el gobierno con el objeto atraer a los inversores extranjeros.

### **b) Contexto económico y social**

La adopción del dólar como nueva moneda tuvo lugar el 1 de enero de 2001. Esta dolarización parcial -el Colón en teoría sigue siendo válido- fue bien acogida por Washington y los acreedores del país. Además el gobierno salvadoreño respeta las reglas de la globalización neoliberal levantando el control sobre los movimientos de capital y negándose a anular la deuda. El presidente Francisco Flores fue el invitado especial de la cumbre del G8 en Génova en julio de 2001. Pero esta

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

dolarización solo agravó las consecuencias de la repercusión de las dificultades económicas de EE.UU. sobre la economía salvadoreña.

La miseria sigue viva en el país. El "infra-empleo" y el paro han favorecido la aparición de un sector informal importante. Las numerosas "maquiladoras" del país, que se concentran en la industria textil, no compensan la debilidad del sector industrial, heredada de la época colonial.

La renovación por parte del gobierno estadounidense del estatuto de protección temporal (TPS en inglés) por un periodo de 18 meses ofrecerá a más de 285.000 salvadoreños un permiso de residencia en Estados Unidos, lo cual equivale a un permiso de trabajo temporal. Esta medida fue tomada por Washington tras los terremotos que devastaron El Salvador en 2001. Según el embajador de El Salvador en Estados Unidos, el 39% de las transferencias de divisas (remesas) hechas por salvadoreños desde Estados Unidos proceden de los beneficiarios del TPS. Las remesas son cada vez más importantes: corresponden a un 13,5% del PIB del país, a un 64,7% del valor total de las exportaciones, y a un 37,3% de las importaciones, lo cual cubre prácticamente el déficit de la balanza comercial (La Prensa Gráfica, 11/07/2003). A propósito, cabe recalcar el papel y la influencia del Caucus Hispano que reúne a los 20 parlamentarios del Partido Demócrata en el Congreso de Estados Unidos y que ayudó a prolongar ese dispositivo.

La caída de la producción de café ha provocado un aumento dramático del paro, especialmente en las plantaciones de los departamentos de Sonsonate y Ahuachapán. Numerosas instituciones, entre ellas el Programa Alimentario Mundial (PAM), la Secretaría Nacional para la Familia (SNF), el Catholic Relief Services (CRS), han comprobado la desnutrición que sufren en estas regiones los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y las que dan el pecho. Un estudio llevado a cabo por varias ONG a principios de 2003 en las regiones cafeteras de Ahuachapán y Sonsonate revela que casi uno de cada dos niños padece desnutrición crónica. Del millar de niños examinados en las municipalidades de Tacuba, Ataco y Apabeca, un 52% presenta retraso en el peso y la altura. Según el representante de la Fundación Maquilishuat, organización que junto a Oxfam-Gran Bretaña y Oxfam-América ha realizado investigaciones sobre la desnutrición infantil, algunos niños presentan secuelas irreversibles, como la disminución del coeficiente intelectual. La desnutrición, aguda o severa, se evalúa en 14% en los departamentos mencionados (El Diario de Hoy, 17/07/2003).

En este contexto, la delincuencia social y la violencia han aumentado, tal y como se recalcó en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2002. La falta de recursos genera una grave situación de inseguridad social, ya que tanto menores como adultos intentan sobrevivir por cualquier medio.

Como en el resto de América Latina, en El Salvador las riquezas se encuentran muy mal repartidas, las diferencias económicas y sociales se agudizan y preocupa el aumento de la criminalidad. El final de la guerra no atenuó las tensiones sociales ni mejoró la suerte de los salvadoreños. En este país superpoblado las chabolas se extienden en la periferia de las ciudades, donde reina la insalubridad. En el informe sobre el desarrollo humano de 2003, presentado en El Salvador por el coordinador del PNUD en Centroamérica, El Salvador ocupa el 105º lugar de 175 países, perdiendo una posición con respecto al año anterior. El relator William Pleitez insistió en que "El Salvador es uno de los 4 países de América Latina que menos invierte en salud y educación, lo cual tiene consecuencias sobre la estabilidad económica" (La Prensa Gráfica, 9/7/2003). Según un médico del Colegio Médico, la formación de algunos especialistas se hace en Cuba.

Además de los graves problemas sociales, el país ha sido muy afectado por dos terremotos en enero y febrero de 2001. Plantaciones de café fueron arrasadas, numerosas infraestructuras, así como los barrios más pobres de la capital fueron destruidos. Los terremotos provocaron igualmente un millar de muertos, 2.000 desaparecidos, cerca de 1.300.000 afectados (el 20% de la población), daños materiales evaluados en 1.600 millones de dólares, que se suman a los daños causados por el ciclón Mitch de octubre de 1998 que ya había destruido parte de los cultivos y afectado gravemente la ganadería. La población rural es la más afectada por la desnutrición, especialmente los más pequeños. Según el director ejecutivo de la Cruz Roja Suiza, el hambre que sufre parte de la población es consecuencia del neoliberalismo impulsado en el país (Co Latino, 16/7/2003). Las políticas económicas liberales han generado tensiones que desestabilizan los procesos democráticos lanzados en los años 90. Se pierde la confianza en la clase política, lo que se refleja en las elevadas tasas de abstención electoral.

## **II. El derecho a la salud en el salvador: situación general**

### **1. Marco jurídico**

#### **a) Internacional**

Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que :

"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por El Salvador el 29 de Febrero de 1980, contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"

#### **b) Regional**

En lo que se refiere a los mecanismos de protección regionales, el derecho a la salud se encuentra protegido por el Protocolo de San Salvador, adicionado a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en noviembre de 1988.

De acuerdo con el artículo 10 de este Protocolo "1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público..."

Según el artículo 1 los Estados parte de este Protocolo "Los Estados partes en el presente Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, especialmente económica y técnica, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo".

#### **c) Nacional**

El derecho a la salud en El Salvador se encuentra ampliamente reconocido por la Constitución de la República en su art. 65 C. afirma:

"La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación."

Muy específicamente en su Art. 66 la norma constitucional completa: "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 transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento".

### **2. Organización del sistema de salud en El Salvador**

El sistema de salud en El Salvador se puede considerar como un sistema fragmentado, integrado por la superposición de varios sistemas que pertenecen a dependencias diferentes, con ausencia de políticas globales de gestión administrativa y de estrategias sanitarias comunes.

La mayoría de la población (o sea casi el 80% de la población total del país) tiene como única cobertura las prestaciones del Ministerio de Salud de la Nación. El Ministerio de Salud tiene una red de servicios a nivel nacional, que se ha incrementado de 427 establecimientos en 1996 a 610 en 2000. El MSPAS cuenta con 30 hospitales, 4,677 camas hospitalarias, 357 Unidades de Salud, 171 Casas de Salud, 52 Centros Rurales de Nutrición, y una clínica para empleados. Esta red tiene tres niveles de atención de complejidad creciente: a) el primer nivel con enfoque preventivo y servicios de baja complejidad: centros rurales de nutrición, casas de salud y unidades de salud; b) el segundo nivel oferta programas preventivos y hospitalización (hospitales nacionales periféricos y hospitales generales centrales); y c) el tercer nivel oferta servicios curativos especializados y hospitalización (hospitales de especialidades).

Los trabajadores que están inscritos dentro del marco legal aportan su cotización al Seguro Social lo cual les garantiza (a

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

ellos y a sus beneficiarios) la prestación de prácticas y entrega de medicamentos básicos esenciales de forma gratuita. El Seguro de Salud incluye sólo al 17% de la población salvadoreña. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) funciona como una entidad autónoma y se relaciona con los poderes públicos a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. No cuenta con participación de los trabajadores en las tareas de gestión, de contralor financiero o de evaluación de resultados. El sistema tiene una estructura propia de funcionamiento con hospitales y centros de salud propios, excepto en áreas alejadas en que "contrata" los servicios del Ministerio de Salud. El ISSS atiende a los trabajadores de las empresas e instituciones públicas y privadas. Son derechohabientes los trabajadores cotizantes y los jubilados del ISSS, así como sus cónyuges e hijos menores de 6 años. La red de servicios del ISSS está formada por 10 hospitales, 35 unidades médicas, 31 clínicas comunales y 177 clínicas empresariales, en donde se proporciona hospitalización, atención ambulatoria y servicios preventivos. Los trabajadores que prestan servicios para el Seguro Social tienen una relación de dependencia con el estado y por lo tanto son trabajadores públicos agrupados en dos centrales sindicales: Sindicato de Trabajadores del Instituto del Seguro Social (STISS) que agrupa a los trabajadores no médicos y SIMETRIS que aglutina a todos los médicos que trabajan para el SS.

Los servicios de salud de subsectores diferenciados como las Fuerzas Armadas y el Bienestar Magisterial no afectan a más del 3% del total de la población. Los maestros tienen su propio sistema de salud que depende del Ministerio de Educación y no tiene instancias de control de gestión o evaluación de gasto por parte de los trabajadores del sector.

Existe un subsector privado (con fines de lucro o sin fines de lucro a través de diferentes ONGs) que cuenta con consultas externas y prácticas hospitalarias que no alcanza a más del 3% de la población total del país, fundamentalmente en el área de la capital y las zonas urbanas de las principales ciudades del país. Las principales aseguradoras en salud son SISA, Pan American Life, ASESUISA y Salud Total. Su naturaleza jurídica es de sociedades anónimas. Los hospitales privados venden servicios al ISSS y a la Asociación Magisterial. Las instituciones privadas no lucrativas ofrecen servicios médicos y preventivos en la zona rural del país y servicios de hospitalización en la capital a través de Organizaciones No Gubernamentales. El principal hospital de este tipo es el Hospital Pro-Familia.

La provisión de servicios de salud por proveedores privados, el licenciamiento profesional, la instalación de farmacias y otros servicios regulados, son autorizados por el Consejo

Superior de Salud Pública a través de sus Juntas de Vigilancia. Las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión no están concentradas en una sola institución gubernamental.

Las autoridades sanitarias disponen de sistemas de información parciales para la vigilancia de enfermedades, producción de servicios y seguimiento de la situación de salud. A partir de 1996 se implementó el registro de Cuentas Nacionales de Salud, para información sobre financiamiento y el gasto en salud de los subsectores público y privado.

La acreditación de las instituciones formadoras de profesionales en salud es responsabilidad del Ministerio de Educación (MINED), quien evalúa la capacidad resolutive para desarrollar las mismas. Actualmente la Universidad de El Salvador, a través de la Facultad de Medicina, desarrolla un proyecto para la acreditación de las especialidades médicas de postgrado que se desarrollan en los Hospitales de tercer nivel del MSPAS. El proceso de acreditación de las instituciones de salud es efectuado por el MSPAS y el Consejo Superior de Salud Pública produce el dictamen final. No existen organismos públicos y/o privados cuya función exclusiva sea la evaluación de tecnologías en salud o la acreditación de servicios de salud.

### **3. Recursos del Sector Salud**

#### **a) Recursos financieros**

En 1998, el presupuesto del MSPAS alcanzó 1.979.250.000 colones (USD 226.244,161), de los cuales 1.739 millones (USD 198,7 m) fueron financiados internamente. El presupuesto se incrementó con 239.8 millones de colones (USD 27.4 m) provenientes del financiamiento externo. En ese año, el financiamiento proveniente de fondos del tesoro fue de 1.587,2 m de colones (USD 181.4 m.).

El ISSS tuvo un financiamiento de USD 227 millones y según las estimaciones oficiales un gasto de USD 161.3 millones en 1998.

El financiamiento del subsector privado y su gasto (sin incluir el financiamiento y el gasto de ONG) para 1998 fue de USD 566.3 millones (USD 550,5 millones fueron gasto directo los hogares y USD 15.9 millones fueron a seguros privados).

El gasto público en salud y el gasto del MSPAS destinado a medicamentos mostraron una moderada tendencia al descenso en los últimos años. Actualmente no se cuenta con

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

una política nacional de medicamentos. Existe un cuadro básico de medicamentos con unos 550, su uso es obligatorio en los establecimientos del MSPAS y se revisa cada dos años. La distribución de medicamentos en el MSPAS se realiza por

grupos poblacionales según el área geográfica de cada establecimiento. Existen normas de tratamiento para patologías prevalentes de origen infecto-contagioso, principalmente en los hospitales del tercer nivel de atención.

**Gasto en Salud del ISSS y MSPAS por Tipo de Gasto. 1996 - 1998\***

TIPO DE GASTO	1996	1997	1998
Remuneraciones	1,368,226,350	1,519,299,990	1,880,582,920
Formación de recurso humano	126,489,298	127,060,650	109,793,629
Gastos de operación	217,350,968	177,704,170	167,599,824
Alimentos para humanos	205,234,079	168,736,969	192,263,691
Medicamentos	322,586,982	329,446,367	235,107,260
Útiles menores médico-quirur. y de lab.	68,715,830	74,675,384	56,485,808
Insecticidas y fumigantes	61,982,469	29,063,838	74,032,516
Inversión	76,548,740	133,750,253	158,832,767
Transferencias corrientes y de ctal.	10,092,403	19,992,283	79,558,763
Otros gastos	13,593,690	49,108,479	121,228,787
<b>Total</b>	<b>2,470,820,809</b>	<b>2,628,838,383</b>	<b>3,075,485,965</b>

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección de Planificación/Economía de la Salud.\*  
 Cifras para 1998 son preliminares.73

El financiamiento público del sector lo asigna el Ministerio de Hacienda, y lo transfiere al nivel central del MSPAS y a los hospitales, quienes cuentan con autonomía presupuestaria; los controles y auditorías los efectúa la Corte de Cuentas de la República.

En 1998, la población salvadoreña gastó un 8.3% del PIB en salud; ello corresponde a USD 165 anuales por persona. En este mismo año, el financiamiento privado fue 54.4% del financiamiento total y 57% de gasto total del sector (el financiamiento privado es igual al gasto privado).

Indicador	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. total de nuevos productos farmacéuticos registrados en el año*	822	790	813	1,111	1,104	936
Porcentaje de medicamentos de marca	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en medicamentos del sector público (en USD)**	ND	ND	48.996.824	44.938.726	46.802.020	ND
Gasto per cápita en medicamentos del sector público (en USD)**	ND	ND	8.47	7.60	7.74	ND
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	ND	15.23%	12.85%	11.13%	12.00%
Porcentaje del gasto ejecutado por el MSPAS destinado a medicamentos	ND	ND	17.04%	16.28%	11.39%	10.80%



**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

Los gastos en salud del MSPAS por niveles de atención estimados oficialmente para 1998 fueron USD 58.5 para el primer nivel, USD 69.6 m. para el segundo nivel de atención y USD 49.5 millones para el tercer nivel. En el mismo año el ISSS gastó USD 14.8 millones en el primer nivel de atención, USD 52.7 millones en el segundo nivel y USD 60.9 millones en el tercer nivel.

La Dirección General de Estadística y Censo reporta que el gasto privado en salud se distribuye de la siguiente manera: honorarios médicos, 26%; hospitalización, 17%; medicamentos, 42%; y otros servicios médicos, 15%..

**Financiamiento del Sector Salud, 1993 - 1997 en USD**

	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
<b>1. SUBSECTOR PÚBLICO</b>	<b>386,093,852</b>	<b>413,824,988</b>	<b>475,118,234</b>	
MINSA y otras Inst. Públicas de los niveles centrales, regionales y local	194,532,809	200,030,606	226,244,161	
Financiamiento interno:	156,401,481	162,487,418	198,768,186	
Fondos del Tesoro	149,665,711	145,774,829	181,447,070	N.D.
Fondos Propios	6,735,769	16,712,589	17,321,116	N.D.
Financiamiento externo	38,131,328	37,543,188	27,475,975	N.D.
Seguro Social	173,943,588	193,528,100	227,619,623	
Aportes de los afiliados *	161,659,488	180,363,396	207,627,246	N.D.
Venta de Bienes y Servicios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Ingresos de Capital **	10,158,010	10,178,872	12,413,314	N.D.
Otros ingresos	2,126,090	2,985,832	7,579,063	
Otras instituciones Públicas	17,617,455	20,266,283	21,254,450	
Bienestar Magisterial	6,026,396	7,196,785	8,281,234	
Sanidad Militar	6,522,487	7,199,293	12,973,216	
Hospital de ANTEL	5,068,571	5,870,206		
<b>2. SUBSECTOR PRIVADO</b>	<b>461,645,764</b>	<b>553,111,846</b>	<b>566,349,335</b>	
Seguros Privados ***	10,680,571	14,865,371	15,871,771	25,736,571
ONG´s (sin fines de lucro)****	1,369,313	1,103,617	n.d.	n.d.
Financiamiento de los hogar p/servicios privados	449,595,880	537,142,857	550,477,563	532,054,957
<b>TOTAL</b>	<b>847,739,616</b>	<b>966,936,834</b>	<b>1,041,467,569</b>	
% del PIB	8.22	8.68	8.70	

Fuente: MSPAS 70 . Los números cursivos son estimados. \* Incluye los aportes patronales y de asegurados.\*\* Constituye los productos de inversiones. \*\*\* Para 1998 y 1999, cifras corregidas. \*\*\*\* Información del proyecto PROSAMI.

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

**b) Recursos humanos**

El Salvador cuenta con 7298 médicos registrados, con una razón de médicos por habitante que se ha incrementado de 9.1 a 12.11 por 10,000 h entre 1994 y 1999. La razón de enfermeras profesionales por 10.000 h. se incrementó en

mayor proporción que en el caso de los médicos; y la razón de enfermeras/médico se ha incrementado a 0.5 entre 1994 y 1999. Existe un profesional de la salud por cada 321 habitantes y un técnico de salud por cada 865 habitantes.

**Recursos Humanos en el Sector Salud, 1993-1999**

Tipo de recurso	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10,000 habitantes	9,1	ND	ND	12	11,7	12,11
Razón de enfermeras profesionales por 10,000 habitantes	3,8	ND	ND	3,9	4,4	6,56
Razón de odontólogos por 10,000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	4,94
Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	1,49
No. de egresados de postgrado en Salud Pública	0	0	0	0	44	100

Fuentes: GIDRHUS, Observatorio de los Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud 43

En el MSPAS (1999) hay una relación de 2.3 médicos generales por cada médico especialista, mientras que en el ISSS (1998) es de 2.2 médicos especialistas por cada médico general. La proporción de profesionales sin relación laboral institucional permanente es de 24.66% en médicos; 85.55% en odontólogos; 37.53% en enfermeras. La remuneración media mensual para profesionales contratados por el MSPAS en el año 2000 es: a) médicos, USD 1193.46; odontólogos, USD 972.47; enfermeras USD 613.88; farmacéuticos, USD 434.06.

**c) Equipos**

El 63% de los hospitales públicos de El Salvador tienen más de 30 años de funcionamiento, con limitaciones en la reposición de equipos e infraestructura y en la transferencia tecnológica. Cerca de la mitad de las camas hospitalarias y un 25% de la red ambulatoria fueron afectados por los terremotos de enero y febrero del 2001. Ocho de los treinta hospitales de la red nacional del MSPAS presentan obsolescencia física y/o funcional y alto grado de vulnerabilidad y otros siete hospitales presentan daños a sus componentes funcionales o estructurales que ameritan reparaciones, refuerzo y reconstrucción, reposición de equipos y otras reparaciones. Los daños estimados para

reconstrucción y rehabilitación de la red nacional de salud a consecuencia de los terremotos de enero y febrero de 2001 se calcularon en 250 millones de USD.

El 80% de los equipos de alta tecnología están concentrados en los establecimientos del segundo y tercer nivel; el 70% de estos equipos se encuentran en la capital. Los equipos de diálisis renal se concentran en el Hospital de Referencia Nacional, la cirugía oftalmológica se realiza en 3 de los 30 hospitales, mientras 25 de los 30 hospitales del MSPAS reportan equipos de endoscopia y 29 de los 30 tienen instalados equipos de Rayos X.

En el ISSS la distribución de equipos de alta tecnología está desconcentrada para los servicios de diálisis, tratamiento intensivo, neonatología, trasplantes y tomografía axial. El presupuesto de operación destinado a conservación y mantenimiento en el ISSS fue de USD12.3 millones en el año 2000.

El presupuesto de mantenimiento es de 3 a 5% del presupuesto total de los hospitales. Entre 75 y 85% se destina al pago de salarios. Un 30% del personal de mantenimiento tiene formación técnica o profesional y el 70% carece de entrenamiento formal.

#### **4. Indicadores de base de la situación sanitaria**

##### **a) Vacunación**

El programa de inmunizaciones mantiene coberturas alrededor o sobre el 95% en DPT, Antipolio, BCG y MMR, desde 1995. Durante 1999 las coberturas reportadas fueron: DPT 3ra dosis, 98%; Antipolio 3ra dosis, 99%; MMR, 93%. Teóricamente existen programa de detección y tratamiento de la tuberculosis, prevención de VIH- SIDA y los programas de la estrategia de Escuelas Saludables. Alrededor del 55% de las mujeres embarazadas son cubiertas con atención materna por el MSPAS. Se observa una tendencia a la disminución en la proporción de partos atendidos por parteras (35% en 1996 y 26% en el 2000), en relación inversa al incremento de partos institucionales, aunque esto sucede fundamentalmente en áreas urbanas.

El MSPAS provee el 95% de cobertura en vacunación y el 70% de las consultas médicas, de urgencia, odontológicas y de enfermería; el ISSS un 15%, y el sector privado (incluyendo ONGs, y servicios lucrativos) el otro 15%. En relación a los egresos hospitalarios, el MSPAS provee el 69%, el ISSS 21%, y el sector privado un 10%.

##### **b) Principales causas de mortalidad**

La mortalidad por grandes grupos de dolencias o causas presentó la siguiente distribución en 1999: enfermedades del sistema circulatorio, 22.01%; causas externas, 20.52%; enfermedades transmisibles, 14.81%; neoplasias, 11.08%; ciertas afecciones originadas en el período perinatal 2.57% y total de las demás enfermedades, 29.21%.

Las cinco primeras causas de mortalidad general para 1999 fueron: enfermedades isquémicas del corazón, 11.08%; agresiones y homicidios, 9.31%, lesiones por accidentes de tránsito, 6.73%; influenza y neumonía, 6.13%; e insuficiencia cardíaca congestiva 5.61%. Las muertes por causas externas y por agresiones y homicidios representan un porcentaje mayor de la mortalidad masculina que de la femenina; las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias son una causa de muerte más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

De acuerdo con la misma fuente, las cinco primeras causas de muerte intrahospitalaria y en hospitales del MSPAS entre menores de un año para 1999 fueron: prematuridad, 24.6%; trastornos respiratorios específicos del período perinatal,

20.46%; malformaciones congénitas, 11.64%; sepsis bacteriana del recién nacido, 10.6%; neumonía y bronconeumonía, 10.45% .

En 1999, las cinco primeras causas de mortalidad en menores de un año fueron: infecciones originadas en el período perinatal; malformaciones congénitas, neumonías; diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso; y enfermedades endocrinas y nutricionales.

La mortalidad infantil para el período 1988-1993 fue de 41 por 1000 n.v. y descendió en el período 1993-1998 a 35.

##### **c) Principales causas de morbilidad**

En los estudios de situación nutricional se reporta que en los períodos de 1988 a 1993 y de 1993 a 1998, la desnutrición global (peso/edad) varió de 11.2% a 11.8 % y la desnutrición crónica (talla/edad) de 22,8% a 23%. Sin embargo, la desnutrición severa figura como quinta causa de muerte en los hospitales del MSPAS, tanto para el grupo de 1 a 4 años, como para el grupo de 5 a 14 años, y como séptima causa de muerte en estos hospitales para los menores de un año.

Los casos de malaria en 1996 fueron de 5884, en 1999 de 1201 y para el año 2000 se reportaron 753 casos. La presencia del dengue es endémica con brotes epidémicos: en 1999 se presentaron 558 casos de dengue clásico y 70 casos de dengue hemorrágico y en el 2000 se presentó una epidemia, con 16697 casos de dengue clásico y 411 de dengue hemorrágico. El número de casos VIH positivos registrados desde 1984 a marzo del 2000 es de 2990, y de SIDA de 6016, reflejando una tasa acumulada de casos de cada una de estas entidades de 47.64 y 95.85 x 100,000, respectivamente, para el año 2000. El 67.7% de los casos ocurrió entre 15 y 39 años. Los casos de tuberculosis registrados en 1997 alcanzaron la cifra de 28.0/100.000.

En 1999 las primeras causas de consulta reportadas por el MSPAS fueron, en orden descendente: control del niño sano; infecciones respiratorias agudas; control del embarazo normal; detección precoz del cáncer cérvico-uterino y parasitismo intestinal.

Las consultas médicas del MSPAS se incrementaron en un 32% entre 1998 y 1999 (5,603,888 en 1998 y 7,391,523 en 1999) alcanzando un índice de 1,2 consultas por habitante al año, mientras que las consultas odontológicas fueron de 0,2 por habitante/año, para 1999. Las atenciones en salud para los derechohabientes en el ISSS en el 2000 fueron de 4,365,813 consultas médicas y 333,558 consultas odontológicas.

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

**Producción de Servicios, 2000**

	<b>Número</b>	<b>Tasa por 1,000 habitantes</b>
Consultas y controles por profesional médico	12,624,535	2,112
Consultas y controles por profesional no médico	746,182	119
Consultas y controles por odontólogo	1,879,026	299
Consultas de urgencia	1,543,120	246
Exámenes de laboratorio	12,420,286	1,979
Placas radiográficas	1,520,331	242

Fuente: MSPS, ISSS. Incluye producción del MSPAS e ISSS, no incluye a proveedores privados, ONGs y otros.

Las primeras causas de egresos hospitalarios para el MSPAS en 1999 fueron: (i) atención del parto; (ii) complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; (iii) neumonía y bronconeumonía; (iv) diarrea y (v) trastornos respiratorios del período perinatal; En el ISSS (2000) las cinco primeras causas de egreso hospitalario fueron: (i) parto único espontáneo sin otra especificación; (ii) atención materna por

cicatriz uterina; (iii) insuficiencia renal crónica no especificada; (iv) cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis y (v) aborto no especificado incompleto sin complicación.

La tasa de mortalidad materna en el sondeo sobre la salud familiar (FESAL/98) fue estimada a 120 de cada 100.000 nacimientos.

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

### III. El cumplimiento de las obligaciones del Estado Salvadoreño respecto del derecho a la salud

#### 1. Obligaciones generales

Considerando que el objeto de la misión consistía en evaluar la manera en que El Salvador cumple con sus obligaciones internacionales en materia de derecho a la salud, de acuerdo con la Observación General N°14 del CODESOC, órgano encargado del seguimiento del Pacto.

En este sentido, la misión ha analizado las cuestiones relativas a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad antes de analizar de manera específica las obligaciones mínimas del Salvador con arreglo al PIDESC.

##### a) Disponibilidad

*Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y*

*centros de atención de la salud, así como de programas.*

##### Capacidad de acogida insuficiente

El Salvador tiene sin duda, severos déficits de infraestructura hospitalaria y la disponibilidad de servicios de salud es reducida. De acuerdo a cifras del Ministerio de Salud en 1998 había 7212 camas hospitalarias, lo cual implica un índice de 11.9 camas por 10.000 habitantes (por ejemplo en Argentina, un país con severos problemas en el subsector salud, la razón actual es 45 por 10.000 habitantes).

Más preocupante es que de la totalidad de las instalaciones hospitalarias (95) las correspondientes al Ministerio de Salud representan apenas el 31% (30) aunque el MSPAS tiene a su cargo al 80% de la población salvadoreña.

**Infraestructura de Establecimientos del Sector Salud en El Salvador 2000**

INSTITUCION	CASAS DE SALUD	CLINICAS EMPRESARIALES	CENTROS RURAL DE SALUD Y NUTRICION	UNIDADES DE SALUD	HOSPITALES
MSPAS **	169	0	48	362	30
ISSS *	0	147	0	70 *	16
SANIDAD MILITAR	0	0	0	0	3
SECTOR PRIVADO	0	0	0	0	36
ONG	ND	0	ND	ND	5
TOTAL	169	147	48	432	95

! ISSS se clasifican en: Clínicas Comunes (31) y Unidades Médicas (35) con similares servicios y una mayor complejidad. (2000) el Ministerio de Salud los datos están a Mayo 2001. ND No Determinado

∴ Ministerio de Salud. 2000. Temas claves para el Plan de Nación Enero 1999. Memoria de Labores ISSS (1998).

Asociado a este fenómeno hay una marcada diferenciación entre la disponibilidad en los sectores urbanos y rurales. Los distritos de La Unión, San Miguel y Morazán, pese a su dispersión poblacional, tienen solamente 0,1 y 0,7 unidades de salud del Ministerio de Salud por cada 100.000 habitantes, cifra claramente insuficiente si se tiene en cuenta que se trata de los centros del primer nivel de atención.

Hay departamentos como Sonsonate, Chalatenango, Usulután o Morazán que no tienen ninguna sala de partos funcionando pese a que todos tienen poblaciones superiores

a los 200.000 habitantes, no están cerca de otros centros asistenciales de complejidad y en promedio cuentan con no más de dos quirófanos para todo el departamento.

Adicionalmente, la cantidad de plazas médicas del Ministerio de Salud es de 7/100.000, muy por debajo de otros países de América Latina como Argentina (26/100.000), Costa Rica (15/100.000), Brasil (14/100.000) o Uruguay (37/100.000).

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

Este aspecto ha sido señalado por Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho (FESPAD), organización no gubernamental destinada al relevamiento de la situación social en El Salvador que ha enfatizado la dificultad de acceso de la población a los servicios de salud. Según el estudio, existen al menos dos factores que ocasionan este problema: el primero es "la insuficiente capacidad de los hospitales nacionales para dar respuesta a la demanda, generada por la insuficiente asignación presupuestaria al rubro de salud". La segunda causa es "el tiempo excesivamente largo que generan los procesos burocráticos.

#### **Insuficiente cobertura de los programas de salud**

En cuanto a la disponibilidad de programas, si bien el MSPAS de El Salvador ha puesto en funcionamiento diversos programas de "Salud Integral del Niño", "Salud Integral de la Mujer" y otros más específicos como los de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o tuberculosis, los datos que pudo relevar esta comisión evaluadora, muestran unánimemente que los alcances de los mismos son extremadamente limitados. Ninguno de los profesionales entrevistados cuya área de trabajo se encontrara en San Salvador, Cuscatlan o Morazán reportaron tener a ninguno de sus pacientes afectados a un programa de esta naturaleza. Las organizaciones que trabajan con mujeres (como Las Dignas a través de sus representantes Nora Hernández y Roxana Delgado o Comunidades Rurales para el Desarrollo de El Salvador (CRIPDES) a través del testimonio de su representante María Rudecinda Orellana, reportaron que ninguna de las mujeres que se acercan a sus programas se habían visto beneficiadas por programas de nutrición, aporte suplementario durante el primer año de vida o salud sexual y reproductiva. De acuerdo a su evaluación (como a la de María Julia Hernández, a cargo de la Tutela Legal del Arzobispado) los programas son esporádicos, breves, sin continuidad, de escaso alcance geográfico y de impacto nulo por su escasa constancia.

Según cifras oficiales del MSPAS, sólo 25.564 niños se inscribieron al programa de nutrición para niños de 6m a 5 años en el año 2001. Si se calcula que la población de 1 a 4 años es de 634.364 niños y que la población por debajo de la línea de pobreza era de 51% en 1998, es fácil deducir que el porcentaje de niños necesitados de suplementos nutricionales es inmensamente superior al cubierto por el programa.

#### **Determinantes de base**

Esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones

sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (5).

De acuerdo a los datos relevados por esta comisión evaluadora el acceso al agua potable, las condiciones sanitarias adecuadas y una adecuada remuneración del personal, son condiciones que no se cumplen en la totalidad de los centros asistenciales salvadoreños.

#### **Calidad del agua**

El Dr. Tomás Chávez de Médicos por el Derecho a la Salud (MDS) reportó que el agua que se consume en la mayoría de los Caseríos de Morazán, incluyendo las cabeceras municipales y los centros de salud provienen de fuentes de agua superficiales que luego de unas horas tiene una capa decantada de barro y suciedad en la base. Iguales reportes dieron la Sra. María Rudecinda Orellana de CRIPDES respecto al centro de salud correspondiente a su comunidad (a menos de 50 min de San Salvador) al tiempo que declaró que el agua que abastece al centro de salud del municipio de Aguilares (como al resto de la comunidad) es proveniente del Río Sucio, donde varias veces al año se producen mortandades masivas de peces secundarias a la contaminación. De la misma manera la Enfermera Vivian Britar que se desempeña en la Casa de Salud de Villa Tzi-Chu declaró que debido a los desechos echados al río por el criadero de pollos de la granja "sello de Oro" después de cada día de lluvia, el agua que utilizan en su centro sanitario (al igual que la de toda la comunidad) tiene marcados cambios de las características organolépticas con cambios de la coloración y mal olor. A esto se asocia la gran cantidad de moscas que asolan a esta casa de salud (pese a estar recientemente construída y en excelente estado edilicio) que esta comisión pudo comprobar y que, aparentemente afectan en forma permanente a toda la comunidad a pesar de sus reiterados intentos de desinsectación, y que es secundaria a la acumulación de desechos orgánicos (restos de pollos muertos) que hace esta empresa en vaciaderos sin tratamiento adecuado.

#### **Calidad de la higiene**

El problema de las condiciones de higiene no es privativo de los pequeños centros de atención primaria. Esta comisión tuvo oportunidad de verificar en su visita al Hospital Rosales

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

(hospital de referencia de todo el sistema nacional) las deficientes condiciones de salubridad e higiene. Pérdidas de agua con charcos en los pisos de las salas de internación, sanitarios para uso de los pacientes sucios y muchos de ellos no funcionantes, salas de cocina con gran cantidad de moscas y deficientes condiciones de higiene. El personal (médicos, enfermeras y aún mucamas) se presenta en óptimas condiciones de higiene y prestancia pero esto contrasta con una estructura edilicia plagada de rajaduras y descascaramientos en las paredes, vidrios rotos y salas de internación con deficientes condiciones de limpieza.

#### **Calidad del personal médico : mala Praxis**

En cuanto a la calificación del personal operante en el sistema público y del Seguro Social, esa evaluación escapa a las posibilidades de esta comisión evaluadora, pero merecen remarcarse dos aspectos a tener en cuenta: a) el profuso informe reportado por la Procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos acerca de la existencia de múltiples casos de mala praxis y b) el informe de la Junta de Vigilancia sobre los efectos del Plan Contingencial puesto en marcha como consecuencia del prolongado conflicto que afectara a los médicos del Seguro Social.

En su informe "Afectaciones al Derecho a la salud en El Salvador", la Sra. Procuradora Beatrice Alamanni de Carrillo, reporta "Desde los inicios de su gestión institucional, esta Procuraduría ha recibido denuncias de personas que sufren deterioros en su salud, afectaciones a su integridad física o muerte de familiares, como consecuencia de practicas médicas presuntamente negligentes o inapropiadas" "Un número significativo de denunciante, asimismo, se quejan de que tales actuaciones permanecen en impunidad, por negar las autoridades administrativas y judiciales el acceso a un recurso oportuno y eficaz". A continuación el informe cita un abultado número de casos denunciados a la PPDH, con número de expediente, datos de los denunciante y profusa información sobre cada uno, remarcando la imposibilidad de justiciabilidad de los hechos presuntamente adjudicables a responsabilidad profesional. En función de esta evaluación, la procuraduría "declara que la mala praxis médica constituye una conducta violatoria del derecho a la salud y otros derechos fundamentales como la vida y la integridad personal de las víctimas y que tales violaciones siguen produciéndose de manera alarmante en el sistema nacional de salud pública" y que "las mismas acarrear la responsabilidad del Estado salvadoreño en materia de derechos humanos, por incumplimiento al deber de respetar el derecho a la salud". Al mismo tiempo la Sra.

Procuradora "recomienda al Estado de El Salvador, especialmente a las autoridades de salud y al Señor Fiscal General de la República, el inicio de las investigaciones pertinentes para procesar y sancionar a los responsables de las violaciones a los derechos humanos ocasionadas por mala praxis médica"

En cuanto al informe de las Juntas de Vigilancia, el mismo se refiere a una situación actual que es la puesta en marcha del llamado Plan Contingencial que fue implementado para reemplazar a los médicos del Seguro de Salud que se plegaron a la huelga de 9 meses que paralizó al sector salud. En dicho informe se citan las denuncias interpuestas ante la Fiscalía General de la Nación, la Procuraduría para la Defensa de los derechos Humanos y la misma Junta de Vigilancia y la negativa de las autoridades a investigar la mala praxis médica "demostrada por la ausencia de auditorías médicas durante la duración del conflicto, mientras que durante los períodos previos se realizaban con normalidad y en forma mensual por los comités de Docencia de los respectivos hospitales". La Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM) concluye que hay evidencias sobre aumento de la morbimortalidad asociada a la contratación de especialistas sin la calificación necesaria para reemplazar a los médicos en cese de actividades y elabora luego una serie de recomendaciones entre las cuales se incluye "A la Fiscalía general de la República para establecer que la actitud presentada por los funcionarios administrativos del ISSS y en particular de su Director General, ha violado los Artículos de la Constitución de la República, del Código de Salud y del Código Penal en cuanto al entorpecimiento en la función constitucionalmente establecida de la JVPM, por lo que se le recomienda que en razón de sus atribuciones, proceda a realizar la investigación pertinente así como de las denuncias presentadas por los y las pacientes de la institución".

#### **b) Accesibilidad**

*No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.*

La no discriminación abarca tanto a garantizar el acceso a grupos poblaciones especiales (como pueden ser los portadores de VIH, las mujeres, los niños, las poblaciones carcelarias o los trabajadores sexuales) como simplemente a garantizar el acceso igualitario de las poblaciones más

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

pobres o geográficamente más distantes.

En este sentido, es obvio que el sistema de salud salvadoreño, presenta claros vicios discriminatorios que de ninguna manera garantizan un acceso equitativo a los cuidados médicos.

#### **Discriminación por VIH/SIDA**

Es internacionalmente aceptado que los pacientes portadores de VIH tienen derecho a la confidencialidad de su diagnóstico, al acceso igualitario a las fuentes de trabajo y al tratamiento completo.

En el documento "El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Directrices Internacionales", procedente de la Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, llevada a cabo en Ginebra, en septiembre de 1996 bajo el mandato de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA, se hace un llamado a los Estados a intensificar las medidas de prevención de la enfermedad, en el marco de los Derechos Humanos y bajo esas Directrices Internacionales", conjunto de líneas de actuación con las que se pretende, por un lado, mitigar la propagación de la enfermedad con medidas estatales de control, y, por el otro, que este control respete en todo momento la dignidad de las personas infectadas evitando cualquier medida discriminatoria.

Tanto en las Directrices como en las Resoluciones específicas de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, no existen recomendaciones que conlleven la imposición de obligaciones a las personas viviendo con VIH/SIDA, sino, por el contrario, se establecen condiciones que conjuguen la prevención de la enfermedad con la protección respecto a la discriminación, como, por ejemplo la siguiente observación:

"... la función del derecho como respuesta al VIH/SIDA puede también exagerarse y servir de vehículo para imponer políticas coactivas o abusivas. Si bien el derecho puede tener una función educativa y normativa y puede ser un importante marco protector de los derechos humanos y de los programas sobre el VIH o el SIDA, no puede utilizarse como único medio de educar, cambiar las actitudes, suscitar cambios de conducta y proteger los derechos. Por tanto, las Directrices Tercera y Séptima tienen por objeto fomentar una legislación significativa y positiva, describir los elementos jurídicos básicos para proteger los derechos humanos en relación con

el VIH y apoyar programas eficaces de prevención y atención del VIH, procurando que la legislación vigente no impida el desarrollo de los programas de prevención y atención del VIH (tanto para la población general como para los grupos vulnerables) y protegiendo a las personas contra la discriminación tanto de los poderes públicos como de los particulares o instituciones privadas".

Sin embargo la legislación salvadoreña, enfatiza más las obligaciones de las personas afectadas por el virus que el respeto de sus derechos.

Mucho más crítico es el tema de la confidencialidad, que está claramente definido en las mencionadas Directrices. A este respecto, la Quinta Directriz se formula de la siguiente forma:

"Quinta Directriz: Leyes de protección y contra la discriminación. Los Estados deberían promulgar o robustecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación en los sectores tanto público como privado a los grupos vulnerables, las personas con el VIH/SIDA y los discapacitados, velar por el respeto de la vida privada, la confidencialidad y la ética en la investigación sobre seres humanos, insistir en la formación y conciliación, y aportar medios administrativos y civiles pronto y eficaces".

Específicamente, en cuanto a la confidencialidad de la información personal:

"c) Debería aprobarse leyes generales en materia de confidencialidad e intimidad de la vida privada. La información personal relativa al VIH debería incluirse en las definiciones de los datos personales o médicos protegidos y debería prohibirse su utilización o publicación no autorizada..."

Por otra parte la Tercera Directriz recomienda:

"f) Garantizar que la información sobre la situación de una persona respecto del VIH no pueda obtenerse sin autorización, no se utilice ni revele en los centros sanitarios o de otra índole y que para utilizarla se requiera el consentimiento consciente del interesado".

"g) Autorizar, pero no exigir, que los profesionales de la salud decidan, según las circunstancias de cada caso y las consideraciones éticas, informar a la pareja sexual del paciente de su situación respecto del VIH. La decisión deberá adoptarse cuando: la persona infectada por el VIH haya



## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

recibido suficiente asesoramiento; el asesoramiento a la persona infectada no haya dado los cambios de conducta apetecidos; la persona infectada por el VIH se haya negado a informar o a consentir que se informe al respecto a su pareja; exista un riesgo real de transmisión del VIH a la pareja o las parejas; se haya avisado a la persona infectada con suficiente antelación; no se revele la identidad de la persona infectada a la pareja o las parejas cuando ello sea posible en la práctica; se asegure el seguimiento para prestar apoyo a los interesados en la medida necesaria".

La Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, de 24 de octubre de 2001, define confidencialidad así:

"Es el derecho a que se mantenga reserva sobre el resultado del diagnóstico, manejo de los exámenes clínicos y de laboratorio, y la progresividad de la enfermedad. Una vez confirmado el resultado que demuestre la presencia del VIH las autoridades, profesionales, técnicos, auxiliares y demás personal encargado de la atención del paciente está obligado a respetar este principio".

Sin embargo la ley formula disposiciones el art. 20, incluido en el Capítulo I, respecto a la Responsabilidad del Estado en la atención integral de la infección, redactado en los siguientes términos:

"Art. 20. Imposibilidad de Informar. En caso que la persona que vive con VIH/SIDA se negare o no pueda notificar a su pareja habitual o casual de su diagnóstico, el médico tratante o personal de salud deberá notificar a la misma, de la manera especificada en el reglamento de esta ley". La obligación de notificar del médico o "personal de salud" -laboratorista, enfermera, etc.- a terceras personas cuando la persona que vive con VIH/SIDA se niega a notificarle a éstas, constituye una abierta contradicción con el "derecho de confidencialidad", que la misma Ley ha formulado como "mantener en reserva el resultado del diagnóstico", y que, la Tercera Directriz ha formulado en términos de AUTORIZACION y no exigencia u obligatoriedad para los profesionales de la salud, luego de un análisis de las circunstancias de cada caso particular desde el punto de vista ético.

Tanto las Directrices como varias Resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos, insisten en que el manejo de la información sobre la portación del virus y de la posible portación del mismo, debe tratarse con la absoluta discreción y respeto a la dignidad del individuo viviendo con VIH/SIDA, siendo necesario que sean las personas infectadas, ellas

mismas, las que revelen, confiesen, manifiesten o, en su caso, autoricen para que se revele su padecimiento; pues, de lo contrario, se propician la discriminación y estigmatización de las personas seropositivas. En este sentido, la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 1999/49, Protección de los derechos humanos de las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)[4], recomienda:

"Invita a los Estados a que refuercen los mecanismos nacionales para proteger los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA y adopten todas las medidas necesarias para eliminar la estigmatización y la discriminación contra las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, en particular las mujeres, los niños y los grupos vulnerables, a fin de que las personas infectadas que confiesen su infección por el VIH, las presuntamente infectadas y otras personas afectadas estén protegidos contra la violencia, la estigmatización y otras consecuencias negativas".

Es necesario, pues, para hacer efectiva la igualdad que se respete la confidencialidad y la vida privada de las personas viviendo con VIH/SIDA, pues si las personas infectadas, sus familiares y allegados tienen derecho a ser tratados de manera digna y sin discriminación ni estigmatización, deben ser dichas personas quienes tengan el poder de manejar la información sobre su salud.

Respecto de la discriminación en el empleo, la Quinta Directriz recomienda:

"d) Deberían aprobarse leyes y reglamentos o concertarse convenios colectivos para garantizar los siguientes derechos en el lugar de trabajo:

La adopción de una política nacional sobre el VIH/SIDA y el lugar de trabajo concertada por un órgano tripartito; la exención de la prueba del VIH a efectos de empleo, ascenso, formación u obtención de prestaciones; la confidencialidad respecto de toda información médica personal, incluida la relativa al VIH/SIDA; la seguridad laboral de los trabajadores con el VIH mientras puedan seguir trabajando, con la posibilidad de acuerdos laborales alternativos que sean razonables; la determinación de prácticas inocuas de primeros auxilios y la existencia de botiquines de primeros auxilios; la protección de las prestaciones de seguridad social y demás prestaciones de los trabajadores infectados por el VIH, como el seguro de vida, la pensión de jubilación, el seguro de enfermedad, la indemnización por despido o la indemnización por fallecimiento; la posibilidad de recibir

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

atención médica adecuada en el lugar de trabajo o cerca de él; la distribución gratuita y adecuada de preservativos a los trabajadores en el lugar de trabajo; la participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre las cuestiones del lugar de trabajo relacionadas con el VIH/SIDA; la posibilidad de beneficiarse de los programas de información y educación sobre el VIH/SIDA así como de recibir asesoramiento y ser remitido a un especialista; la protección contra la estigmatización o la discriminación por parte de colegas, sindicatos, empleadores o clientes; la inclusión -en la legislación sobre indemnización- de la transmisión del VIH en el trabajo (por ejemplo por picadura de aguja), que prevea cuestiones como la prolongada latencia del virus, la realización de la prueba, el asesoramiento y la confidencialidad".

La Ley salvadoreña, por el contrario, establece ciertas condiciones que la Quinta Directriz intenta evitar, es decir, contempla disposiciones plenamente discriminatorias contra los portadores del VIH/SIDA en el ámbito del empleo, al permitir que el empleador realice exámenes médicos cuando lo considere necesario, tal como lo establece el art. 16 de la Ley:

"Art. 16. Prohibiciones. Se prohíbe la solicitud de pruebas para el diagnóstico de infección por VIH de forma obligatoria, salvo en los casos siguientes: d) En los casos contemplados en el numeral 10, del artículo 31 del Código de Trabajo".

Este artículo 31 contempla:

"Art. 31. Son obligaciones de los trabajadores: 10ª. Someterse a examen médico cuando fueren requeridos por el patrono o por las autoridades administrativas con el objeto de comprobar su estado de salud".

Por tanto, el art. 16 letra d, de la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, está en abierta contradicción con las condiciones recomendadas en la Quinta Directriz.

El artículo 24 de dicha ley, comienza diciendo "la abstinencia sexual y fidelidad mutua, son los únicos métodos seguros de prevención..." y el último párrafo del artículo 25 dice "Todo preservativo o condón que se comercializa en el país deberá contener inscrita en su empaque en un lugar visible una leyenda de advertencia que especifique que el preservativo o condón no es efectivo en un cien por ciento para prevenir el SIDA" Estas consideraciones son confusas, científicamente no fundamentadas y no contributorias a la imperiosa

necesidad de difundir las medidas de prevención factibles y efectivas.

La aprobación de esta ley ha generado diferentes reacciones de repudio en diversos países. Se han enviado cartas de solidaridad a las personas que viven con SIDA salvadoreñas, quienes están dispuestas a llevar el caso ante instancias judiciales y múltiples sectores sociales se han movilizado solicitando que veto esta ley y la Asamblea Legislativa haga los cambios necesarios que garanticen el respeto por la dignidad de las PVS y que enmarquen la prevención del VIH/SIDA dentro de criterios científicos.

Más allá de las características claramente discriminatorias de la Ley, esta misión de investigación ha tenido oportunidad de recoger múltiples testimonios que demuestran que aún la relativa protección establecida por la legislación es permanentemente violada, creando una clara conducta discriminatoria en el acceso a la salud para los pacientes portadores de VIH.

El Dr. Melvin Guardado del Hospital Rosales y los Dres. César Hidalgo y Alcides Gómez de AMENA reportaron que tienen conocimiento directo de que los pacientes no pueden acceder al testeo gratuito del VIH sino que deben abonar la contribución voluntaria que, en la práctica no es tal y aún si lo fuera requeriría que el paciente en orden de obtener la gratuidad, presentara las razones de su deseo de someterse al test a múltiples instancias administrativas que lo colocan en una situación absolutamente incómoda de ventilar su intimidad en oficinas administrativas. Es de su conocimiento que, al igual que todas aquellas pruebas que requieren el pago de un arancel (o al menos complejas y humillantes explicaciones para hacerse acreedores de una excepción) el resultado de esta práctica es que los pacientes son renuentes a realizarse la prueba, aún cuando pertenezcan a grupos de riesgo y reciban consejo médico de realizar dichas pruebas.

La Dra. Lidia Ferrufino del Hospital Materno-Infantil 1ro de Mayo testimonió que la mayor parte de las embarazadas que ella atiende en ese centro asistencial no son sometidas a testeo del virus y que, adicionalmente, no existen normas de "parto seguro" para aquellas en que se sospeche o conozca la seropositividad para disminuir el riesgo de transmisión vertical.

Nora Hernández de Las Dignas, Margarita Posadas de ACROSAL y la misma Sra. Procuradora para los Derechos Humanos denunciaron tener conocimiento directo de que

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

muchos empleadores incluían en el examen preocupacional la prueba de VIH sin haber solicitado la autorización de los futuros empleados quienes, por supuesto, no eran contratados en caso de tener una prueba positiva.

Igualmente preocupante es el testimonio aportado por 6 médicos de hospitales de San Salvador, el Dr. Tomás Chávez de MDS, las representantes de Las Dignas y la Sra. Margarita Posadas de ACROSAL que unánimemente denunciaron que no existe acceso gratuito a la triterapia para pacientes seropositivos y que ha habido sólo esfuerzos breves y discontinuos (con medicación provista habitualmente por ONGs y no por el MSPAS) de tratamiento para evitar la transmisión vertical.

El problema no es menor. De acuerdo a las estadísticas oficiales en El Salvador, había en 1999 al menos 24.000 personas portadoras HIV y más de la mitad no lo saben. El Salvador tiene el cuarto puesto en prevalencia entre todos los países de América Central. Desde 1984, al menos 13.000 niños han quedado huérfanos como causa del SIDA y las organizaciones que trabajan con HIV/AIDS estiman que para el año 2004 cada familia tendrá algún miembro infectado con VIH.

Las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) en este país enfrentan temor, discriminación y falta de acceso al tratamiento. Los medicamentos antirretrovirales están disponibles sólo para personas que pueden comprarlas privadamente. La terapia triple cuesta cerca de US\$700 por mes (en un país donde el ingreso per capita es de menos de US\$250 mensuales). El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) actualmente provee sólo AZT a PVVS. EL 80 por ciento de la población afectada por el VIH/SIDA no tiene seguro médico y recibe únicamente atención médica esporádica que no incluye AZT ni muchos de los medicamentos utilizados para tratar infecciones oportunistas. Hasta octubre de 1998 había 2.455 casos con diagnóstico de SIDA en El Salvador. Según estadísticas oficiales, el 77 por ciento de los casos se encuentra en la población heterosexual y sólo el 12 por ciento corresponde al sector homo-/bisexual. Sin embargo, la mayoría de hombres homosexuales que viven con SIDA reportan falsamente a sus médicos que son heterosexuales para evitar una mayor discriminación.

#### **Discriminación contra las mujeres**

Otro grupo que es obviamente víctima de la discriminación son las mujeres. En primer lugar, sus condiciones de trabajo

son peores que las de los hombres: de cada 10 personas que ganan menos de 400 colones, 8 son mujeres. A su vez, 60% de los hombres trabajan en el sector formal, pero solamente 40% de las mujeres (Encuesta 2000). El salario promedio de las mujeres es 25% más bajo que el de los hombres y la desocupación de la población económicamente activa femenina creció 104% durante 2002, lo cual seguramente se relaciona con una mayor transferencia al sector informal lo cual implica mujeres trabajadoras que no cuentan con los beneficios de la cobertura del seguro social. Un elemento adicional es que las mujeres constituyen más del 80% de los trabajadores de las zonas francas o "maquilas" en las cuales las condiciones de trabajo son marcadamente desfavorables y hay inexistencia de protección social y laboral.

Casi la mitad de la población salvadoreña --48.2 por ciento-- no conoce los derechos de las mujeres, según revela un sondeo nacional realizado por el Instituto Universitario de Opinión Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), coordinado por el Movimiento de Mujeres y auspiciado por la Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas). Por otro lado, el 21.7 % de la población femenina considera que es el maltrato o la violencia intrafamiliar el problema que más afecta a las mujeres en el país; el 9.4 % señala la situación económica, un 7.6 % el acoso sexual y las violaciones, un 7.4 % indicó la infidelidad y un 17.2 % no supo identificar un problema. Otras respuestas proporcionadas en menor cantidad fueron: falta de educación, el desempleo, la discriminación de la mujer, el machismo, el libertinaje de las mujeres y la paternidad irresponsable. La encuesta también mostró el escaso conocimiento que tiene la población salvadoreña sobre las acciones o servicios del gobierno dirigidos a mujeres, después de tres años de haberse firmado el compromiso de aplicar la Política Nacional de la Mujer. El 84.2 % dijo no conocer servicio o acción alguna y solamente un 15.8 % de las y los entrevistados afirmó conocer alguno. Dentro del mismo contexto, se encontró que porco más de dos terceras partes de las mujeres salvadoreñas (67.2%) se sienten poco o nada apoyadas en su vida diaria por los servicios que le ofrece el gobierno; como por ejemplo: asesoría legal en caso de violencia intrafamiliar, paternidad irresponsable, salud sexual y reproductiva, etc. El 61.3 % de las personas abordadas cree que durante los últimos años han aumentado algo o mucho los servicios para informar, asesorar y ayudar a la mujer, mientras un 36.3% considera que han habido pocos o ningún cambio al respecto y un 2.5 % no respondió. Cuando se preguntó sólo a las mujeres, si sabían dónde acudir para hacer una demanda en caso de que le hayan violado algún derecho como mujer, el 41.8 % declaró no saber dónde acudir

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

en esos casos y ese desconocimiento se evidencia más entre aquellas que poseen menos educación formal y que pertenecen a los estratos más bajos de la población (obrero y rural).

La encuesta de salud familiar llevada a cabo por FESAL mostró que del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, el 5.8% reportó haber sido forzada a tener relaciones sexuales, cifra que en números absolutos representa un total de 91.673 mujeres. El 6.3% de las mujeres tenía menos de 10 años cuando esto sucedió, mientras que la mayoría tenía de 10 a 19 años (57.6%). Las principales personas agresoras fueron: Un desconocido (25%), el esposo o compañero de vida (23%), un amigo o vecino (18%), el novio (10%), el patrón o un compañero de trabajo (8%) y otros parientes (12%), incluyendo al padre o padrastro.

La salud de las mujeres en El Salvador acompaña esta marcada discriminación social. No existen planes de salud reproductiva ni campañas de información sobre enfermedades de transmisión sexual. La provisión de métodos anticonceptivos es errática y discontinua. La Dra. Ily Quiñones de la Casa de Salud Tzu-Chi declaró que tenía provisión de anticonceptivos orales para 5 meses por paciente, lo cual es, a todas claras inefectivo y que no disponía de preservativos ni de dispositivos intrauterinos. Las trabajadoras comunitarias del Centro Comunitaria de Valle Dorado declararon que son diariamente consultadas por mujeres en edad fértil que preguntan por acceso a métodos de planificación familiar porque en la Unidad de Salud o la Casa de Salud correspondiente no se les brindó información o se les dijo que no disponían de anticonceptivos orales o preservativos. Según Nora Hernández de Las Dignas se entregan métodos anticonceptivos en forma esporádica y sin material educativo o campañas de información asociada lo cual, según ella misma ha podido comprobar, generalmente se asocia al uso inadecuado de los métodos y a su consiguiente ineficacia.

Esta misión tuvo oportunidad de entrevistar personalmente a cinco mujeres de la comunidad de Valle Dorado que tenían entre 14 y 42 años. Todas ellas declararon que tuvieron un único control durante el embarazo, que no concurren a ningún control postparto y que no recibieron ninguna información sobre cómo prevenir embarazos futuros. Estos testimonios son concordantes con las cifras del mismo MSPAS que admite que sólo el 58% de las mujeres embarazadas cumple con los 5 controles prenatales considerados mínimos, con considerables diferencias entre el área rural (51%) y el área urbana (68%) y que solamente 58% de los partos tienen atención hospitalaria, cifra que

alcanza el 42% en el área rural. Estas cifras claramente explican la altísima mortalidad materna que presenta El Salvador (120/100.000) muy por encima de la de otros países de América Latina.

Las tasas elevadas de mortalidad infantil, de la niñez y materna, sobre todo considerando que dicha afectación de la vida se produce como resultado de la insuficiente prestación de servicios de salud perinatales, de especial necesidad para la mujer, de saneamiento básico o tratamiento de problemas ambientales; servicios todos ellos que prevendrían tan altos índices de mortalidad.

Es obvio como lo expresa el informe del PNUD que los grupos poblacionales de mayor riesgo: binomio materno/infantil, población rural y población en situación de pobreza, "tienen dificultades en el acceso a los servicios de primer nivel de atención y, más aún, a los servicios de medicina especializada del segundo y tercer nivel. Al mismo tiempo, un gran porcentaje de la población más pobre no tiene acceso a servicios de agua potable y saneamiento, que son aspectos determinantes de los resultados de salud".

Al mismo tiempo, 13% de los niños tienen bajo peso al nacer, cifra que duplica a la de Costa Rica, Cuba, Argentina o Chile. La mortalidad infantil es de 33/100.000, mayor que la de Honduras (31) o Paraguay (26) y prácticamente el doble que la de la castigada Argentina (16), Uruguay (14) o Chile (10).

*Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.*

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

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

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

La inaccesibilidad geográfica es una realidad en El Salvador. Las poblaciones rurales tienen escasos centros de atención primaria, insuficientemente equipados y grandes dificultades para ser transferidos a centros de mayor complejidad.

María Rudecinda Orellana declaró que en su comunidad las personas tienen que viajar dos horas para llegar al Centro de Salud. Por otra parte Miguel Montenegro, director de la Comisión de Derechos Humanos de El Salvador (CDHES) testimonió que las personas de la comunidad El Escobal en La Paz a la que ellos asisten por su trabajo de educación en derechos humanos, declaran que tienen que viajar más de seis horas para acceder al centro de salud más cercano. Finalmente, el Dr. Tomás Chávez testimonia que los pacientes atendidos en su centro comunitario (perteneciente a una ONG) deben realizar varias horas de viaje para llegar y que no tienen ningún centro estatal más cercano. Finalmente, el Dr. Tomás Chávez testimonia que los pacientes atendidos en su centro comunitario (perteneciente a una ONG) deben realizar varias horas de viaje para llegar desde su Caserío hasta el Centro Asistencial más cercano, el cual funciona sólo de lunes a viernes de las 8:00 a las 15:00 horas.

Varios testimonios de pacientes certifican esta problemática:

Delia Orellana entrevistada en la sala de espera de Oncología del Hospital Rosales, declaró que el único lugar donde puede ser atendida por un especialista es en San Salvador y que debe viajar 3 horas cada vez para poder llegar a la consulta. Que por esta razón en vez de recibir su tratamiento de quimioterapia cada 3 semanas, asiste cada 2 meses ya que no puede abandonar a sus hijos durante tres días para trasladarse a la ciudad y que, cuando lo hace, se moviliza sola, pese a su enfermedad y permanece sola en la ciudad hasta el momento del retorno.

Juan Alvarado de 70 años, refiere que vive en el departamento de San Miguel y que hace 1 año tuvo pérdida súbita de la movilidad del hemicuerpo derecho que fue interpretada luego como un accidente cerebrovascular. Su familia debió conseguir un vehículo para trasladarlo a la Unidad de Salud más cercana, donde el médico le dijo que debía ser internado en un hospital. No había una ambulancia para trasladarlo, por lo cual debieron pagar un transporte ya que el paciente estaba obviamente imposibilitado de viajar en autobús. Llegó al centro hospitalario por sus propios medios,

sin control médico durante el traslado y más de 8 horas después del episodio.

Coincidentemente con los testimonios recogidos por esta comisión, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos se pronuncia en su informe de manera similar, citando el caso testigo del Bajo Lempa, en el Departamento de Usulután. Dice textualmente "Pero las dificultades no terminan, generalmente para los habitantes de la zona del bajo Lempa, además de los gastos que tiene que hacer en el centro de salud, tiene que pagar transporte para llegar hasta la carretera principal y ahí más transporte público hasta llegar a la ciudad donde se encuentra el hospital o la clínica. En este tema, el caso de comunidad "Linares" es excepcional y cuyos habitantes proporcionaron testimonios en esta investigación, ya que tienen que caminar tres kilómetros a pie porque no hay ningún tipo de transporte como pick-up o camiones, y luego llegan al río Lempa que hay que pasarlo en lancha, para luego caminar otros dos kilómetros hasta llegar al lugar donde hay servicio de transporte público. Es decir, que la mera presencia de estas personas en la ciudad les ha significado una serie de sacrificios, que se agravan por el desembolso económico en los centros de salud, constituyéndose la obtención de asistencia sanitaria de los ciudadanos y ciudadanas de la comunidad en comento, en un elemento que empeora sus ya deterioradas condiciones de vida"

*La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.*

En este punto señalado por el Comité DESC, la situación de El Salvador es particularmente precaria. Es obvio que el pleno ejercicio del derecho a la salud es utópico si no se encuentran presentes los factores determinantes básicamente agua potable y servicios sanitarios.

#### **Calidad del agua**

En el año 2000 un 23% de la población del país no tenía acceso a fuentes de agua mejorada, muy por encima de Costa Rica (5%), Chile (7%), Cuba (9%), México (12%), Panamá (10%), Honduras (12%) o Guatemala (8%) entre otros países de la región. Casi el 20% de la población no tiene acceso a sistemas de saneamiento, otra vez por encima de países de la región como Panamá (92% de acceso), Colombia (86%), Jamaica (99%), Paraguay (94%), Ecuador (94%) o Chile (96%).

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

El PBI per capita es 2147USD y la cifra más alta de PBI (5850 USD) no se alcanza desde 1978. Los índices de desigualdad están entre los más altos del planeta, el 10% más pobre sólo participa en el 1.2% del consumo mientras que el 10% más rico es responsable del 39% del consumo generando un índice de Gini de 50.4, superado sólo por países como Etiopía, Sudáfrica, la República Centroafricana, Zimbawe o Botswana. En Centroamérica solamente Nicaragua y Honduras alcanzan esos niveles de desigualdad.

Esto condiciona que de acuerdo al último informe de Desarrollo Humano del PNUD, la probabilidad al nacer de no sobrevivir hasta los 40 años de edad es en El Salvador de 9.9% superior a la de Colombia (8.4%), Panamá (6.8%), Jamaica (4.9%) o Paraguay (8%) entre otros países de desarrollo medio

La insuficiente y deficiente situación nacional de los determinantes de la salud: vivienda, empleo, educación, servicios básicos, seguridad ciudadana y otros condicionantes como salud ambiental, agua segura, desechos sólidos, excreta y aguas servidas, contaminación y sustancias tóxicas, manejo de alimentos y zoonosis, inciden determinadamente en la presencia de las enfermedades que ocupan los primeros lugares de muerte y enfermedad en el país.

La escasez de agua es un problema creciente en El Salvador. En el oriente, donde se ubican los departamentos de Morazán, La Unión, Usulután y San Miguel, miles de mujeres, hombres, niños y ancianos madrugan para caminar hasta seis kilómetros en busca de una "cantarera" (grifo público), donde logran llenar sus recipientes de agua no sin antes hacer largas y tediosas colas. En las zonas urbanas, el agua llega día por medio, por lo que en algunos asentamientos humanos como barrios o colonias, existe poco control sanitario. El alcalde de San Francisco Gotera, cabecera departamental de Morazán, uno de los más pobres de El Salvador, Felipe Flores, calificó la situación como una verdadera emergencia, porque a su juicio, no sólo se trata de la escasez del agua, sino de un desorden administrativo y legal, expresado en una creciente demanda del líquido, mala distribución e indisponibilidad de fuentes. En el caso de esa ciudad, comunidades como la colonia Morazán, Las Flores, El Calvario, San Martín, La Cruz y Vista Hermosa son las más afectadas con la escasez de agua, porque llega tres días a la semana y durante tres horas. El problema de San Miguel se agrava porque, según los biólogos, sus mantos de agua están contaminados con DDT debido al uso indiscriminado de este pesticida en los años 60. Del mismo modo que en Nicaragua,

el "boom" algodónero deterioró el ecosistema de la zona oriental de ES y significó la tala de miles de hectáreas de bosques y árboles frutales para dar paso a la "marcha blanca". Hoy sólo quedaron los campos yermos, las tolvaneras, el calor y la escasez de agua

#### **Problemas ambientales**

Hay evidencias de que la salud ambiental está severamente descuidada en el país. Sumado a los testimonios directos de esta comisión recogidos en Villa Tzi-Chu, Valle Dorado, San Salvador y La Libertad que dan cuenta de la mala calidad del agua, las restricciones a la disponibilidad ya que sólo hay agua unas horas al día y las obvias evidencias de contaminación ambiental como las referidas a la sobreconcentración de moscas, la aparición de múltiples desechos orgánicos arrojados al río, la verificación por parte de esta comisión de las condiciones del Río de Ateos, existen reportes formales sobre graves problemas ambientales. En este sentido el Dr. Ricardo Navarro mostró documentación sobre severos casos de contaminación ambiental como los de la Compañía Agrícola Industrial en Suchinato en que, luego de condenarse a los responsables a 3 años de prisión, la condena fue mutada a 3 años de trabajos voluntarios. Según su testimonio, posteriormente a este incidente se modificó la Ley del Ambiente, requiriendo que sólo podía hacerse justificable una denuncia por contaminación ambiental en el caso de que el Ministerio del Ambiente ya hubiera hecho la investigación pertinente. Esta limitación junto a la marcada reducción de los miembros de la Policía Civil Nacional Ambiental conspiran contra la posibilidad real de detectar y perseguir delitos contra el ambiente. El Dr. Navarro testimonia también que en El Tabalón se registraron 3 muertes por intoxicación a partir de tóxicos derramados por particulares y que la justicia determinó que no se investigaría ya que no había mérito para llevar adelante la investigación, razón por la cual el Dr. Navarro hizo públicamente responsable al Sr. Fiscal General de la Nación, Belisario Amadeo Artiga por la a su juicio deliberada intención de frenar las investigaciones al respecto.

Por otra parte un documento del Instituto de Derechos Humanos de la UCA (IDHUCA) reporta que el 5 de julio de 2002, casi trescientas personas que trabajaban en una fábrica maquilera ubicada en la Zona Franca Internacional "El Salvador" -cerca de Olocuilta, sobre la carretera que conduce al aeropuerto de Comalapa- resultaron víctimas de fuertes dolores estomacales y de cabeza, mareos, adormecimiento del cuerpo, vómitos y dificultad para respirar. Según los médicos y los socorristas que las atendieron, la crisis se

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

derivó de una intoxicación masiva por haber inhalado cloro. No habían pasado siquiera tres días del suceso cuando el grave problema se repitió en el mismo sitio y, de nuevo, numerosas víctimas rebasaron la capacidad instalada de las salas de emergencia en los hospitales del Seguro Social, Rosales y Maternidad, donde se atendieron a más de quinientas personas que en su inmensa mayoría eran mujeres.

Según el documento, a posteriori del incidente las versiones de los distintos voceros gubernamentales han sido contradictorias pasando de admitir que se había producido la intoxicación a negarla y luego hablar de un sabotaje, como parte de un "maligno plan" ejecutado para desprestigiar al sector textil frente a los inversionistas extranjeros, aprovechando la presencia en el país de dirigentes sindicales "estadounidenses". Juan Mateu Llord, en representación del Comité de Emergencia Nacional (COEN), afirmó que sólo se trató de una "histeria colectiva" y no existió intoxicación alguna; y que en el interior de la fábrica no había material tóxico y tampoco se detectó ningún químico en los diversos exámenes que se hicieron el viernes a las víctimas sosteniendo que la Fiscalía General de la República investigaría "intereses externos en desestabilizar ese centro de trabajo por medio de acciones fingidas por parte de las trabajadoras". Sin embargo ante la afirmación de que no había ninguna sustancia química en el ambiente, el Cuerpo de Bomberos reportó haber encontrado tres barriles con cloro en el local; dos de éstos no estaban llenos pero sí sellados, por lo que los bomberos presumen que hubo derrame del líquido. En segundo lugar, tanto los médicos de los hospitales que atendieron a las víctimas como los socorristas de la Cruz Roja Salvadoreña y de otros cuerpos confirmaron que los síntomas apuntaban a una intoxicación con cloro. Siempre según el documento de Nizkor y la UCA se impidió acceder a la fábrica a los representantes del Ministro del Medio Ambiente y Recursos Naturales y al personal de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

El Dr. Navarro de CESTA declara además que se encontraron 98 barriles de toxafen (de 400lb por barril) abandonados por la empresa Monsanto en el departamento de San Miguel. Es conocido que más de media libra en contacto con las fuentes de agua puede ser gravemente nefrotóxica. La magnitud de la potencia tóxica se manifestó porque cuando personal de la PCN se acercó al lugar, caían abatidos por las emanaciones tóxicas. Según el Dr. Navarro su organización denunció el evento a la prensa con documentación fotográfica (que mostró a esta comisión) pero las autoridades de la empresa fueron exoneradas por la Fiscalía debido a "falta de mérito".

Al respecto en el Informe de la Procuraduría para la Defensa de Derechos Humanos se cita la observación de un número inusualmente elevado de casos de insuficiencia renal crónica en el departamento de Usulután, sin causa conocida. Un estudio llevado a cabo en el Hospital Rosales (García Trabanino y colaboradores: "Enfermedad renal terminal en el Hospital Nacional Rosales. Probable asociación del antecedente de contacto con herbicidas y plaguicidas, JUNIO 2000") reporta el marcado incremento del número de casos atendidos por este hospital de insuficiencia renal crónica de causa no aclarada. En este estudio García Trabanino concluye "que la mayoría de pacientes renales nuevos del hospital no tienen una causa conocida o identificada para su enfermedad renal terminal (66.8%). Ciertamente el contacto crónico con herbicidas y plaguicidas fue mucho mayor en este grupo de pacientes aunque bien podría tratarse de un factor de confusión y no causal. Es necesario entonces esclarecer si la gran frecuencia de contacto con sustancias plaguicidas y herbicidas en este grupo de pacientes sin causa identificable de enfermedad renal terminal tiene peso etiológico, particularmente a la luz de los hallazgos del estudio Perfil Epidemiológico de Casos Nuevos donde se demostró una aparente incidencia endémica de Insuficiencia Renal Crónica en las zonas costeras donde hace algunos años se cultivaba intensamente el algodón, y se utilizaba indiscriminadamente estas sustancias". Sus conclusiones continúan : "por el momento sólo se puede afirmar que un número importante de pacientes con Enfermedad Renal Terminal en el hospital Nacional Rosales que carecen de causa identificada para su enfermedad y que tres cuartas partes de ellos recuerdan haber estado en contacto crónico con sustancias plaguicidas y herbicidas".

*Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.*

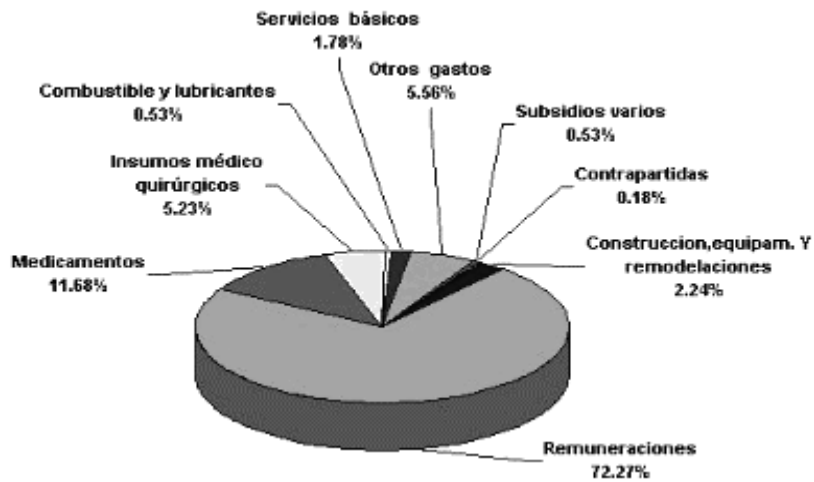
El tema de la inaccesibilidad económica es sin duda el más crítico y complejo de la situación del sistema de salud en El Salvador. Más allá de las recomendaciones del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la misma Constitución de la República tiene referencias muy explícitas al respecto, como quizás pocas normas constitucionales del continente. En su artículo 66, la Constitución reza que "El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

de recursos". Sin embargo todos los actores sociales coinciden en que la falta de compromiso de financiamiento público, los dispares gastos per cápita de las instituciones estatales y el recargado gasto privado en salud, revelan la falta de equidad financiera en el sector salud y que el co-pago se ha convertido en parte de las barreras económicas.

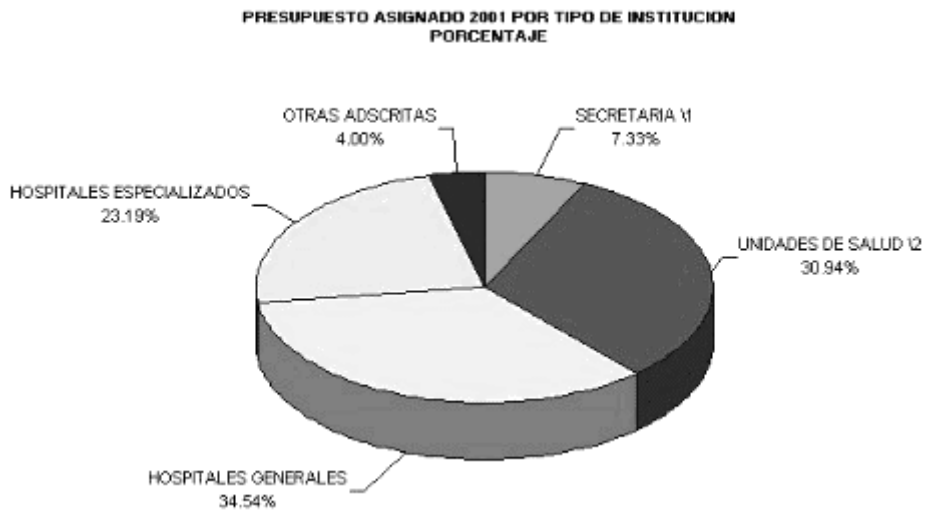
El gasto público en salud (en % del PBI) es de 3.2%, mientras que en Bolivia y Honduras es 4.3%, en Brasil el 3.4%, en Colombia el 5.3%, en Panamá el 3.8% y en Argentina 4.7%, pese a que en todos ellos ya se ha iniciado el acelerado crecimiento del sector privado en el área de salud. El gasto público en salud es solamente de 164USD y representa 22% del gasto público total. Más del 72% del gasto está asignado al pago de remuneraciones del personal.

**Insuficiencia de los fondos destinados al funcionamiento de las estructuras de salud**



Fuente: MSPAS de El Salvador- Informe de Política Presupuestaria

La distribución del presupuesto se hace en forma proporcional entre los distintos niveles de complejidad asistencial.





**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

Hay múltiples evidencias de que el presupuesto asignado a las diferentes estructuras hospitalarias es insuficiente para solventar sus gastos y, por tanto, pese a la negativa oficial de la necesidad del co-pago, es obvio que sin fondos suplementarios, los diferentes niveles de unidades sanitarias no pueden funcionar.

El Dr. Jorge Roldán, subdirector del Hospital Rosales, hospital cabecera de todo el sistema nacional, comenta que su hospital tiene actualmente 472 camas funcionantes (sobre un total de más de 600) y realiza un promedio de 800 consultas diarias. Trabajan en él 260 médicos y 460 enfermeras. Según la prensa gráfica (16 de septiembre 2003), el Hospital Rosales, que es el primer receptor de emergencias en San Salvador y en los municipios cercanos, dispone únicamente de 25 camillas, mientras unas 60

personas ingresan diariamente. El total de fondos GOES (es decir presupuesto genuino entregado por el MSPAS para el funcionamiento del hospital para cubrir todos sus gastos, incluidos salarios, alimentación, medicamentos y eventuales prácticas tercerizadas) es de 175 millones de colones anuales (aproximadamente 22 millones de dólares). El 75% de estos fondos se asigna a pago de salarios del personal.

La mismas cifras del MSPAS muestran que las contribuciones voluntarias (consignadas como "recursos propios" de los hospitales) constituyen un porcentaje relevante del gasto hospitalario.

Transferencias de fondos y recursos captados por las instituciones descentralizadas durante 1999.

Institución	Fondos GOES transferidos	Reursos propios captados	% de recursos propios
Hospital Rosales	131.794.158	5.865.702	4%
Hospital Benjamín Bloom	108.783.107	20.853.847	19%
Hospital de Maternidad	63.912.018	1.460.250	2%
Hospital de Ahuachapan	26.030.876	2.847.881	11%
Hospital de Chalatenango	18.943.309	3.720.140	20%
Hospital de San Miguel	67.460.276	15.870.981	24%
Hospital Santa Ana	69.798.132	4.256.791	6%
Hospital de Sonsonate	30.694.048	3.234.284	11%

Si bien el informe de las Cuentas Nacionales en Salud elaborado por el MSPAS destaca que "el financiamiento del MSPAS provino básicamente de Fondos GOES (Fondos del Tesoro Nacional) el cual proporcionó el 90% de los fondos disponibles durante el año 1999" el mismo Ministerio admite que cuando se refiere específicamente a los hospitales "los niveles de captación de recursos propios (fondos obtenidos por los nosocomios en carácter de aportaciones voluntarias de los usuarios, donaciones, venta de servicios a terceros u otras fuentes extraordinarias de recursos) estas ascendieron

a 124 millones de colones, representando el 11% del financiamiento total de las entidades adscritas".

Por supuesto, en razón de que las unidades de cuidados primarios afectan a la población más pobre, la contribución de los recursos propios al gasto en salud de esos centros es menor, también en razón de que tienen menos prácticas que puedan arancelarse.

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

Institución	Gasto total	Recursos Propios	%
Hospitales especializados	368,59	22,65	6,15%
Hospitales generales	695	77,60	11,17%
Unidades de Salud	543	0,30	0,06%

Por su parte la Dra. Ily Quiñones de Villa Tzi-Chu reporta que su unidad ha sido donada y construida en su totalidad con fondos de la cooperación internacional como parte de las donaciones generadas a partir del terremoto. Por lo tanto su unidad es una "Casa de Salud" y no una "Unidad de Salud", en tanto estas últimas dependen absolutamente del Ministerio de Salud Pública y Acción Social. Sin embargo, toda la comunidad de Tzi-Chu, Valle Dorado, Ateos, Lourdes, dependen para su atención de este centro de salud, ya que la Unidad de Salud más cercana (de la cual teóricamente depende esta casa de salud) que se encuentra en Sacocayo (a 45 min de vehículo del lugar). no acepta pacientes ya que los deriva a la Casa de Salud de Tzi-Chu. Sin embargo, la Dra. Quiñones afirma que su Casa de Salud no recibe presupuesto propio y los medicamentos e insumos que recibe de la Unidad de Salud de la que depende, le son absolutamente insuficientes para llevar a cabo su práctica diaria y que, por tanto, la comunidad ha organizado distintas actividades para colecta de fondos (como venta de comida y otros artículos a beneficio del centro) y las contribuciones voluntarias son cuantitativamente importantes para el sostenimiento de la actividad de su sala de cuidados primarios. Si bien ella afirma que no se les cobra a los pacientes que no pueden pagar, admite que esto redunde en no poder aportar las prestaciones necesarias, fundamentalmente los medicamentos.

#### **El sistema de "contribuciones voluntarias"**

Múltiples testimonios dan cuenta de que los establecimientos del MSPAS requieren el pago de las "cuotas voluntarias" con un nivel de presión que las transforma en prácticamente obligatorias.

El Dr. Herbert Guzmán, representante del Colegio Médico, los médicos representantes de AMENA, los médicos independientes (de ONGs u organizaciones comunitarias) y gran cantidad de pacientes entrevistados directamente por esta comisión ratificaron la virtual obligatoriedad de la cuota voluntaria.

La Dra. Lidia Ferrufino del Hospital de Maternidad 1ro. de Mayo declaró que sus pacientes deben pagar 22 USD para un parto normal y más de 100USD por una cesárea.

La Dra. Adelaide Estrada también de la Maternidad 1ro. de Mayo declaró que sus pacientes (mayoritariamente carenciados) deben pagar 100 USD para comprar el tratamiento necesario para desensibilizar pacientes Rh negativas ya que él mismo no es provisto por el hospital. En su experiencia, no más del 20-30% de las pacientes que requieren este tratamiento lo adquieren ya que se encuentra por fuera de sus posibilidades.

El Dr. Salomón Flores Alfaro a cargo de la sección marcapasos y electrofisiología del Hospital Rosales denunció que diariamente debe enviar pacientes que requieren un marcapasos a sus domicilios sin tratamiento porque la mayor parte de los mismos no pueden pagar los 2000USD que cuesta un aparato y el hospital no lo provee aún en caso de indigencia y riesgo de vida.

El Dr. Alcides Gómez Jefe de Cirugía del Hospital Rosales declaró que él y sus colegas trataron de concientizar a sus pacientes de que no pueden ser obligados a pagar, pero que la mayor parte de los pacientes respondió que la presión que reciben por parte de las trabajadoras sociales es tan fuerte, que les avergüenza no pagar.

El Dr. Guillermo Lara del Colegio Médico explicó que el mecanismo existente en los hospitales de la Ciudad de San Salvador es que una vez admitido el paciente se le prepara un presupuesto estimativo de lo que deberá pagar. Que los estudios y prácticas se retrasan hasta que el paciente ha abonado. Que en el pasado los médicos se encontraban forzados a no dar a los pacientes de alta hasta que no abonaran sus deudas, pero que actualmente lo que se hace es decirles que tienen una suma determinada como deuda pendiente y que deben pagarla de a poco. Que en cada oportunidad que retornan al hospital, la trabajadora social los busca para reclamar el pago de su deuda. Y que la resultante

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

de esta práctica es que los pacientes no vuelven a las consultas de control o ante nuevas enfermedades o accidentes no concurren al hospital porque se sienten "morosos" y avergonzados.

El Dr. Ricardo Leiva del Hospital Bloom de Pediatría declaró que todos sus pacientes son requeridos de abonar 300USD para realizarse una tomografía computada. Ante la pregunta explícita de si él ha recibido la negativa de realizar un estudio por que el paciente no puede abonar, él contesta afirmativamente.

El Dr. Tomás Chávez de MDS afirma que las personas asisten a sus centros comunitarios porque reciben asistencia y tratamiento gratuito y que muchas de ellas declaran que pese a tener Unidades de Salud del MSPAS más cerca de sus domicilios, no acuden a las mismas ya que se les requiere el pago voluntario y deben comprar ellos mismos los medicamentos. El Sr. Chavez confirma tener conocimiento de que el Fondo Social de Emergencia ha elaborado un listado con el nombre las personas de la comunidad que tienen deudas pendientes con los centros de salud.

Esta comisión entrevistó personalmente a no menos de 20 personas de la comunidad asistentes a centros de salud. Los testimonios al respecto fueron unánimes en cuanto al requerimiento del pago de una cuota voluntaria en los centros de salud del MSPAS de diferentes niveles de complejidad, siendo este requerimiento de un nivel de insistencia y presión que hace difícil calificarlo como voluntario. Sólo algunos testimonios como ejemplo de la situación repetidamente reportada:

La Sra. Luz Elena Brailún de Valle Dorado reporta que asistió al Hospital de Santa Ana con sus dos niños enfermos. Ambos presentaban fiebre y diarrea. Para llegar al hospital había debido viajar 50 minutos en el autobus público. Al llegar al centro asistencial se le dijo que sólo podían asistir a uno de los niños porque había mucho trabajo y que para asistir al segundo debía volver al día siguiente. Le solicitaron 10 colones (aproximadamente 1,2 USD) para atenderlo y le indicaron antibióticos. Le extendieron una receta ya que, en el hospital no contaban con medicamentos para administrarle. Como la sra. Brailún no tenía el dinero para los medicamentos nunca administró las medicinas a su hijo que persistió seriamente enfermo por más de dos semanas.

La Sra. Rosa Rivera de 52 años manifiesta que ella visita frecuentemente el Hospital Nacional de Santa Ana, porque su hija de 14 años de edad se enferma casi todos los meses de

bronquitis; por tal razón, tiene que llevarla al hospital y muy frecuentemente le dicen que debe ser admitida en el hospital y que debe pagar 100 colones cada vez (la descripción que hace la señora parece coincidir con un cuadro de asma bronquial). Cuando la señora ha manifestado que no tiene dinero para pagar el precio de la hospitalización, la admiten pero, sin embargo, le dicen que es una cuenta pendiente de pagar. Cuando al mes siguiente debe volver con su hija, le recargan la cuenta pendiente más los nuevos gastos. La mayor parte de las veces veces ha tenido que comprar la medicina que le recetan y que tiene el precio de 500 colones; además de pagar la hospitalización. La Sra. Rivera admite que la gran angustia y vergüenza que le produce que le reclamen una deuda que nunca será capaz de pagar hace que actualmente sólo lleva a su hija al hospital si la ve grave. No cumple seguimiento ambulatorio y sólo toma los medicamentos que compra en cada hospitalización ya que son demasiado caros.

El Sr. Benjamín Pineda de 78 años se atiende en el Servicio de Oncología del Hospital Rosales por un diagnóstico de linfoma. Se le requiere 1 USD para pagar la consulta ambulatoria. El está muy conforme con la atención de médicos y enfermeras, pero actualmente se le hace muy difícil pagar su medicación. Si bien en el principio de su tratamiento recibía la medicación del hospital 2 de cada 3 veces que la necesitaba, actualmente siempre recibe como respuesta que el hospital no cuenta con medicamentos ya que "les han prohibido cobrar la cuota voluntaria" y que debe comprar la medicación por su cuenta. Es de notar que la medicación oncológica es extremadamente costosa. Su hijo y su nuera están bien empleados, pero admiten que algunos meses han debido suspender el tratamiento por no poder comprar la medicación.

El Sr. José Hernández de 24 años testimonia que en una ocasión sufrió una herida cortante en una mano con sus herramientas de trabajo. Asistió al Hospital de Emergencias Rosales. Se le solicitaron 100 USD para poder practicarle las curaciones necesarias. Dijo que estaba desempleado y no tenía esa cantidad de dinero. En el hospital le dijeron que no tenían los materiales para curarlo y no podían comprarlos si él no traía el dinero. Finalmente el Sr. Hernández optó por asistir a una clínica privada que le solicitaba 300USD por el mismo procedimiento, pero que aceptó hacerle curaciones parciales por 50USD.

La Sra. Nicolasa Pérez de 36 años comenta que tuvo cuatro hijos y que está cursando su sexto embarazo. Fue asistida para los tres primeros partos en un hospital del Seguro Social

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

y luego, como su marido estaba desempleado, en el Hospital de Maternidad. Sin embargo, pese a que vive a menos de una hora de San Salvador, sus últimos embarazos no han tenido más que un control prenatal y el último parto fue asistido en el domicilio por una partera. Planea hacer lo mismo con el actual embarazo. Cuando se le interroga acerca de las razones dice que tiene una deuda con el hospital porque no pudo pagar los gastos de su último parto en el que por tener una hemorragia importante y requerir más días de internación le comunicaron que el presupuesto se había duplicado. Ni ella ni su marido tienen trabajo y no pudieron juntar el dinero para pagar la deuda de 200 USD. Se la reclaman cada vez que asiste al hospital, por lo cual decidió ya no concurrir más. Su último parto a manos de una partera capacitada le costó 100 colones. Tuvo pérdidas importantes y la misma partera le recomendó que asistiera al hospital ya que las mismas no cesaban después del parto y temía por su vida, pero la paciente se rehusó. Según dice la Sra. Pérez "uno es pobre pero tiene dignidad y yo no puedo aguantar que me señalen que no pago lo que debo. Y nunca voy a poder pagar esa deuda pendiente, así que nunca voy a volver al hospital".

Una niña de 14 años reportó haber dado a luz a su primer hijo pocos días antes en el Hospital Santa Ana. La paciente presentaba claros signos de anemia severa a la observación de los miembros de esta comisión con marcada astenia y remarcable palidez de piel y mucosas y taquicardia. Ella y su pareja están desempleados y viven en un alojamiento cedido por una agrupación religiosa de la comunidad local. Cuando asistió al hospital para tener el parto se le solicitó el pago de 50 dólares. Las familias de ambos adolescentes explicaron que no tenían recursos. La trabajadora social insistió con argumentos como: "no tienen algunos pollos para vender?" "acaso no puede tu madre vender unos tamales o unas tortillas los fines de semana para juntar algún dinero?". Finalmente la srta. Zapata comenta que cada familia pidió dinero prestado y vendió algunos animales y cada uno aportó el 50% del valor del parto. Se le indicó tratamiento para su anemia y se le dieron pastillas para 15 días. Después se le dio una receta para que comprara el tratamiento para un mes más. No se la citó a control posterior. Interrogada por esta comisión sobre si pensaba volver a control, la joven dijo que no ya que no podía comprar los medicamentos y además el viaje era muy largo y no tenía con quién dejar a su bebé. Era claro para los miembros de esta comisión que la joven estaba muy anémica, requería control médico posterior y que 15 días de suplementos de hierro eran a todas claras insuficientes para reparar el déficit. Cuando se le preguntó porqué no insistió en no pagar su parto, ella y su pareja dijeron que

"siempre se paga, uno sabe que tiene que pagar".

A similares conclusiones han llegado organizaciones tan diversas como la Tutela Legal del Arzobispado, varias organizaciones sociales (Las Dignas, CRIPDES, APROCSAL, MDS), sindicatos médicos y de trabajadores (AMENA, SIMETRIS, ANDES), organismos de DDHH (la CDHES) y la misma Procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos que aportan todos ellos multitud de testimonios similares. En su informe la Sra. Procuradora, recoge los testimonios de una investigación realizada en el Bajo Lempa con 232 personas y concluye "Los testimonios recabados en esta investigación, muestran que muchas veces los médicos (as) explican al paciente que tiene que practicarse una operación o practicarse algún tratamiento en particular, pero que regrese cuando tenga el dinero para pagarlos. Como muestra que la actividad de cobrar por los servicios es parte institucional y permanente del funcionamiento del centro de atención, se ha creado un espacio para escuchar y reconsiderar la condición económica del paciente que es la oficina de Trabajo Social; esta unidad es la encargada de evaluar la capacidad económica del paciente o su familia, y fijarle otro precio o condiciones de pago de acuerdo a sus posibilidades, ya que generalmente, la consideración radica en que pueda pagar todo el valor en varias cuotas, es decir que en ninguna circunstancia el pago es voluntario o en función de la capacidad económica del paciente. Si ese fuera el caso, de las 232 personas que dieron su testimonio, ninguna hubiese pagado porque no tienen capacidad para hacerlo, sin embargo, el 40% es decir, 93 personas, denunciaron como el mayor problema que tuvieron al asistir al centro de salud, el pago por los servicios prestados. Es esta obligatoriedad, la que está causando preocupación y hasta aflicción a los pobladores del bajo Lempa, pues limita gravemente su accesibilidad a los servicios esenciales de salud. El temor de no tener dinero para pagar le impide acudir libremente y con toda confianza al centro de atención para curarse o prevenir alguna enfermedad y peor aún para continuar con los tratamientos prescritos o por la reincidencia de la enfermedad".

#### **Una discriminación fundada en el dinero**

El 2 de junio de 2002 el Presidente de la república, Sr. Francisco Flores ordenó eliminar las cuotas voluntarias en las unidades y casas de salud, lo cual fue confirmado por el Viceministro de Salud Pública, Sr. Hebert Betancourt el 3 de junio. Sin embargo rápidamente directores de varias unidades de salud mostraron su preocupación debido a que parte del pago de salarios y gastos generales de las unidades

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

provenían de esos cobros. En los meses subsiguientes, varias unidades reportaron a las organizaciones sociales y la prensa que afrontaban serios problemas para cumplimentar sus gastos básicos.

Hay repetidos reportes en la prensa gráfica que recogen denuncias de pagos de cuotas voluntarias después de la prohibición, aún en las unidades de salud primaria. Los responsables de los centros de salud, alegan que es la única manera de afrontar los gastos que tienen sus unidades y que no fueron compensados por el suplemento presupuestario de fondos del Ministerio de salud.

El día 13 de octubre, la Asamblea legislativa aprobó el decreto 156 que proponía suprimir las "Cuotas voluntarias en todos los servicios públicos de salud". Es decir, se preveía extender la supresión de las cuotas a los hospitales de la red pública. El decreto legislativo 156 contenía las "*normas especiales de garantía en el acceso a los servicios de salud pública prestados en los establecimientos de salud vinculados al ministerio de salud pública y de asistencia social*".

Sin embargo, el Presidente de la república, el 22 de octubre, hizo uso de su facultad legal de vetar. El presidente una vez más da una muerte silenciosa a todos los pobres que no pueden pagar una cuota para ser atendidos en los hospitales por su condición económica, realizando un acto de discriminación por el hecho de ser pobres.

Esta comisión no ha tenido conocimiento directo de que a los pacientes se les rechaza la atención en los centros de salud primaria por falta de pago, pero sí de que no se les proporcionen los medicamentos o insumos necesarios para su curación. En cambio, sí ha podido testimoniar directamente que los pacientes reciben la negativa de hacerse un estudio o una intervención si no abonan previamente o que son sometidos a una presión para abonar su cuota voluntaria lesiva para su dignidad que la transforma en virtualmente obligatoria.

Es importante destacar a nivel nacional, el hospital Zacamil, "Dr. Juan José Fernández" es el centro representativo de los cobros por servicios médicos prestados por el Estado, ya que tiene autorizado o legalizado el cobro de sus servicios, a través del Acuerdo administrativo número 263, con fecha 19 de marzo de 2002 y publicado en el Diario Oficial tomo 343, que no fue afectado por la decisión presidencial de anulación de cuotas voluntarias.

En la entrevista que esta Comisión mantuvo con el Dr. Director General de Salud del MSPAS, Dr. Umberto Alcides Urbina, el funcionario destacó que el Ministerio había destinado una partida presupuestaria de 7 millones de dólares para compensar el recorte de los ingresos por cuotas voluntarias. Sin embargo, de las cifras aportadas por el informe de Control de Cuentas del MSPAS, el monto que ingresa en concepto de "Recursos Propios" es de 17 millones de dólares. Si se tiene en cuenta que estos incluyen "fondos obtenidos por los nosocomios en carácter de aportaciones voluntarias de los usuarios, donaciones, venta de servicios a terceros u otras fuentes extraordinarias de recursos" y que las tres últimas contribuyen mínimamente al total, es fácil deducir que el soporte presupuestario de la Nación no compensa la anulación de las cuotas voluntarias y que, por ende, o se dejan de prestar servicios o se siguen cobrando sin que se admita oficialmente. Es de mencionar que el Sr. Director General está convencido (en representación de su Ministerio) de que una gran cantidad de personas que asisten al sistema público están en condiciones de pagar sus aportes voluntarios y que la provisión absolutamente gratuita de los servicios no es solidaria ya que permite el uso abusivo por parte de aquellos que sí pueden pagar.

Cabe remarcar que como parte del pago de salarios depende de las cuotas voluntarias y que esta variable es imposible de recortar, es obvio que todo el peso de la reducción presupuestaria se tiene que dirigir a las prestaciones de servicios: insumos necesarios, reparaciones y medicamentos.

*Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas (8) acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.*

El acceso a la información sobre autocuidados en salud es primordial para contribuir a la prevención responsable por parte del usuario. Esto es particularmente relevante en las enfermedades transmisibles y en las cuestiones de salud sexual y reproductiva en las cuales la información (de bajo costo y tecnología nula) puede generar cambios dramáticos en la morbilidad, además de garantizar el derecho de las personas a tomar determinaciones autónomas y libres.

En este sentido hay dos aspectos que deben analizarse en el marco de la salud salvadoreña: a) las campañas de educación sexual y b) las campañas de prevención de

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

enfermedades transmisibles.

**Límites de la educación sexual**

En relación al acceso a información en salud sexual y reproductiva varias organizaciones manifestaron su preocupación respecto de las limitaciones impuestas durante los últimos años. Diversas organizaciones sociales que trabajan con Mujeres y Adolescentes en conjunto con Instancias Públicas como el Ministerio de Educación, Ministerio de salud, Instituto Salvadoreño de Protección al Menor con el apoyo y financiamiento de GTZ, UNICEF y PASCA, iniciaron aproximadamente en 1998 un proceso de diseño, validación y consulta de un Manual de salud Reproductiva dirigido a Adolescentes. Este proceso se enmarcó en la política Nacional de Salud Reproductiva y tenía como finalidad la formación de adolescentes como educadores y educadoras de pares sobre Salud Sexual y Reproductiva. EL Manual denominado "DE ADOLESCENTES PARA ADOLESCENTES", se presentó públicamente en abril de 2000 y se inició el proceso correspondiente de formación de facilitadores y facilitadoras del proceso de formación de adolescentes. En Julio de ese año a raíz de la realización de la reunión de la Conferencia Episcopal, el Arzobispo de San Salvador Monseñor Fernando Saez Lacalle realizó una serie de declaraciones sobre la Salud Sexual Reproductiva y las políticas implementadas, entre otras cuestionando la efectividad de los preservativos para la prevención del VIH/SIDA, así como la enérgica condena al Manual de "Adolescentes para Adolescentes" por considerarlo perjudicial y atentatorio a la moral, así como promotor de la promiscuidad sexual de los y las adolescentes.

A partir de las declaraciones del Arzobispo, diversas personas vinculadas al Opus Dei y al grupo "Si a La Vida" iniciaron fuertemente una campaña a través de las líneas editoriales y noticiosas de los periódicos para denunciar los contenidos del Manual, el cual consideran inmoral, pornográfico y sobre todo que busca romper la inocencia de la niñez y la adolescencia al plantarles temáticas como "la Construcción de la identidad genérica", "la Masturbación", "la Homosexualidad", "Los derechos sexuales y reproductivos". Desde este enfoque se considera atentatorio que Instancias de Estado y ONG's retomen la educación sexual abierta y libre de prejuicios, ya que para ellos la educación sexual es una atribución única de los padres. Esta campaña resultó en que la Ministra de Educación validara la posición de estos grupos conservadores y expresara su decisión de retirar los Manuales que estuvieran en poder de las Escuelas por que los consideraba no apropiados para las y los alumnos.

Una encuesta de FESAL muestra que en El Salvador, la mayoría de las mujeres de 15 a 49 años de edad (91%) ha oído hablar del SIDA, pero entre ellas 1 de cada 4 desconoce que una persona puede estar infectada con VIH y no presentar síntomas. También se encontró que un 15% cree que existe curación para el SIDA, mientras que el 28% considera que tiene algún riesgo de contagiarse.

De acuerdo a las declaraciones recogidas por esta Comisión en entrevistas con grupos comunitarios y de asociaciones de mujeres (trabajadoras de la iglesia de la Comunidad. De Bajo Lempa, CRIPDES, APROCSAL, Las Dignas) y de médicos y médicas relacionadas a la salud reproductiva, no existen en este momento planes de información sobre planificación familiar, salud reproductiva o prevención de la trasmisión VIH-SIDA. El Salvador tiene una prevalencia de uso de anticonceptivos similar a la de Nicaragua, pero es 15 puntos porcentuales menor que la de Costa Rica y, según la mayor parte de los grupos de mujeres, el problema es que se utilizan sin educación adecuada y en forma intermitente. Según la misma encuesta de FESAL, sólo una de cada diez mujeres usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. La mayoría de las mujeres que han tenido experiencia sexual han tenido al menos un embarazo y aproximadamente uno de cada cuatro embarazos se dieron cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada por desconocimiento.

Según la información aportada por el representante del Ministerio de Salud (Dr. Urbina) a esta misión, dichos planes existen y tienen por objetivos mejorar la conducta de riesgo en la Salud Sexual y Reproductiva de la población atendida, a través de actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) y mejorar la oferta de servicios de calidad en Salud Sexual y Reproductiva y los programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y en especial de VIH/SIDA. Admitió sin embargo que la circulación del Manual "De Adolescentes para Adolescentes" había sido limitada decisión que, según dijo, no era de su competencia sino del área del Ministerio de Educación.

En las visitas de esta misión a dos centros básicos de salud y dos hospitales, no observamos en las salas de espera o los lugares de concentración de personas, carteles informativos referentes a planificación responsable o prevención de VIH. En la vía pública, se observaron unos pocos anuncios advirtiendo sobre el riesgo del VIH pero sin hacer mención alguna a conductas de riesgo, medidas preventivas o líneas telefónicas de ayuda anónima.

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

Si bien la "Consulta Preventiva Materno Infantil y Planificación Familiar" figura como la segunda causa de consulta ambulatoria con 600.544 consultas anuales (que representan el 9.46% de las primeras consultas) dos factores contribuyen a dificultar la cuantificación de la verdadera magnitud del trabajo en planificación familiar: a) en primer lugar la enorme demanda oculta en razón de que es sabido que sólo se atiende el 40% de la demanda real y b) la no discriminación entre control del niño sano y consultas por planificación familiar.

En cuanto a las campañas informativas sobre enfermedades transmisibles dos son de especial relevancia: el dengue y el VIH-SIDA.

#### **Límites de la prevención de enfermedades transmisibles**

Ante la aparición de múltiples casos de dengue, el Presidente de El Salvador, declaró el Estado de Emergencia por Dengue en los departamentos de San Salvador, Libertad, Santa Ana y Cabañas y alerta amarilla en el resto del país al tiempo que se puso en funcionamiento el CONADENGUE (Comité Nacional Contra el Dengue). Como actividades de control, se intensificaron las fumigaciones diurnas y nocturnas con personal del ejército; mientras brigadas de escolares, universitarios y comunitarios cooperaban con la destrucción mecánica de criaderos de larvas. La Oficina de OPS/OMS en El Salvador también prestó su cooperación con mensajes educativos a la población sobre la enfermedad y como combatirla.

Sin embargo pese a estas campañas masivas se elevaron varias voces de críticas. Oscar Ortiz, alcalde de Santa Tecla declaró que " la desorganización del Sistema de Salud para disminuir los casos de dengue era de criticar" El edil de Nueva San Salvador, Óscar Ortiz, señaló ayer la falta de recursos, de coordinación y la toma de decisiones erráticas en la campaña de combate y control del dengue hemorrágico en todo el país y mostró su preocupación por la forma no adecuada y desordenada con que se manejaba la campaña de la epidemia, la cual se ha repetido en el país desde el año 2000. El funcionario señaló asimismo que el plan gubernamental tenía problemas de cobertura, a nivel nacional, por las dimensiones del problema.

En ese marco, vale la pena recordar la lamentable pérdida de vidas humanas -en su mayoría niñas y niños- durante la epidemia de dengue hemorrágico que durante el 2002 asoló al país, especialmente en sus zonas más populosas, pobres y sin servicios básicos. El Presidente Flores, además de

rechazar la ayuda médica cubana para enfrentar la crisis, recomendó a la población "acostumbrarse a convivir con la enfermedad

Según las declaraciones de los Dres. Alcides Gómez y Melvin Guardado del Hospital Rosales y de los Dres. Guillermo Lara y Rodolfo Camizalez del Colegio Médico a esta misión la campaña de información sobre el dengue fue intensa pero breve y no se repitió después de la primera epidemia lo cual permitió un rebrote de la epidemia en el año siguiente.

#### **c) Aceptabilidad.**

*Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.*

Esta misión no ha tenido evidencias de que las prácticas en salud sean violatorias de la ética médica, las prácticas religiosas o culturales de los grupos minoritarios ni de que (exceptuando los mencionados ejemplos con el VIH) haya una tendencia sistemática hacia la violación de la confidencialidad de las personas.

Existe además actualmente un esfuerzo por parte del MSPAS de capacitar a las parteras tradicionales para incorporarlas a las prestaciones de salud, atendiendo no sólo a las limitaciones que el sistema formal tiene para brindar cobertura universal sino al respeto y tradición cultural que, especialmente en áreas rurales, inclina a las mujeres a consultar con las mismas.

#### **d) Calidad.**

*Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.*

Al respecto de la calidad de los establecimientos asistenciales pueden destacarse como aspectos positivos la existencia de una Junta de Vigilancia Profesional Médica que controla la calidad profesional así como la existencia de

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

Comités de Docencia en los grandes hospitales que llevan a cabo tareas de auditoría profesional.

La estructura edilicia, sin embargo, parece inadecuada. Esta comisión evaluó varias salas del Hospital Rosales, por ser este el hospital cabecera de todo el sistema nacional, calificado como hospital de derivación de tercer nivel y nodo del sistema público.

La estructura general del hospital no tiene muchas modificaciones de la estructura inicial que data de más de 100 años. Las paredes están frecuentemente descascaradas y las condiciones de higiene de algunos sectores son precarias. El hospital es luminoso y tiene amplios espacios verdes, pero las salas de espera de consulta externa están atestadas, muchos pacientes deben esperar de pie y las condiciones de ventilación son subóptimas.

Las salas de internación son comunes, con 32 camas, sólo en algunas de ellas separadas por paneles divisorios cada dos camas. En promedio, una sala de 32 camas está atendida por 3 enfermeras durante la mañana, pero sólo dos durante la tarde y una durante la noche. Sólo un tercio de las enfermeras tiene formación profesional completa (el resto son auxiliares e idóneas) y no existe un esquema de tareas diferenciadas según su nivel de formación.

No se re-esteriliza material descartable y, hasta donde pudo aprobar esta comisión, las normas generales de bioseguridad de una sala de internación general se cumplen adecuadamente. Desconocemos si se cumplen las normas de aislamiento de pacientes infecto-contagiosos.

Si se considera que El Salvador es un país de desarrollo medio (índice de PNUD), con una red de carreteras muy desarrollada, importante inversión en grandes comercios e industria de telecomunicaciones y que los sistemas privados tienen acceso a tecnología de primera generación en medicina, ciertas deficiencias de la provisión de equipamiento del sector público merecen remarcar.

El Hospital Rosales (centro de máxima complejidad del sistema público) no tiene una Unidad Coronaria, pese a que las enfermedades cardiovasculares figuran como la primera causa de muerte en el país. Según declaraciones del Dr. Salomón Flores Alfaro del servicio de Cardiología y tal como pudo verificar in situ esta comisión, los pacientes con eventos coronarios agudos se internan en una sala general, sin monitoreo electrocardiográfico y en ocasiones sin suministro de oxígeno. No se cuenta con posibilidad de cirugía de

revascularización en todo el sistema público ni de permeabilización coronaria microinvasiva por ningún método. No se utilizan fibrinolíticos. Hay disponibilidad muy reducida de antiarrítmicos esenciales, pero inexistencia de nitroprusiato, bloqueantes cálcicos o drogas antiarrítmicas más modernas. De acuerdo a las declaraciones del Dr. Flores Alfaro un estudio llevado a cabo por el servicio de Cardiología definió que las cifras de mortalidad hospitalaria del infarto agudo de miocardio eran del 35% (las cifras publicadas por la Sociedad Argentina de Cardiología hablan de una mortalidad hospitalaria promedio para la Argentina de 9%).

Como drogas para administración ambulatoria sólo se encuentran disponibles medicamentos esenciales y, según pudo verificar esta misma comisión, la casi totalidad de los pacientes entrevistados hace el tratamiento en forma irregular porque se le dice que no hay medicamentos disponibles más que para una parte del mismo y frecuentemente no pueden adquirirlos.

No hay disponibilidad de estudios de cámara gamma, hemodinamia ni posibilidad de colocar marcapasos.

En otras áreas hospitalarias no se cuenta con ecocardiografía doppler, tomografía computada ni resonancia magnética. Existe ultrasonografía y radiología contrastada, aunque los pacientes deben abonar el material de contraste.

El equipamiento de las unidades de salud para atención primaria es, según los reportes de los médicos, más adecuado. Sin embargo algunos no cuentan con balanzas y casi la totalidad no tiene medicamentos más que para el 30% de la demanda.

## **2. Situación respecto del cumplimiento de las obligaciones mínimas en la República de El Salvador**

Los párrafos precedentes han demostrado que el acceso a la salud en El Salvador está marcadamente limitado en los aspectos definidos por el Comité ECOSOC. Sin embargo, debe tenerse en cuenta el contexto socioeconómico global del país y recordar que las obligaciones contraídas por el Estado son las de garantizar "el disfrute del más alto nivel posible de salud" y un conjunto de obligaciones mínimas, para las cuales no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento ya que las mismas son inderogables.

La misión analizó por lo tanto a continuación el estado de cumplimiento de estas obligaciones mínimas tal como las



**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

define el Comité ECOSOC y los distintos compromisos internacionales firmados por el Estado de El Salvador.

**a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;**

Como esta comisión ha documentado previamente, los grupos vulnerables y marginados no tienen acceso igualitario a la salud. Un amplio porcentaje de la población salvadoreña no accede a ningún tipo de servicios (ni siquiera el primer nivel de atención) por barreras económicas y geográficas. Existen además, no sólo en el ámbito del MSPAS sino inclusive entre los beneficiarios del ISSS, prácticas claramente discriminatorias hacia los pacientes portadores de VIH.

**b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;**

Las cifras de desnutrición reportadas en los últimos años, especialmente tomando en consideración que El Salvador no es un país pobre en recursos naturales ni alimentarios, así como los repetidos reportes de enfermedades asociadas al consumo de alimentos, demuestran que el Estado de El Salvador no garantiza hoy en día una alimentación ni adecuada ni segura. En octubre de 2002 Unicef advirtió que la malnutrición infantil que afecta a 8 de cada 10 menores salvadoreños aumenta de manera alarmante en algunas zonas debido a la crisis de los precios del café que ha dejado sin empleo a miles de familias. Juan Carlos Espinola, representante del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en El Salvador, declaró que el nivel de malnutrición en este país pasó de 15 por ciento a 65 por ciento de la infancia y en algunas zonas supera el 80 por ciento. Hasta el momento no hay políticas públicas efectivas destinadas a combatir dramática y rápidamente la desnutrición infantil ni hay evidencia de intervenciones rápidas y definitivas para penalizar el manejo irresponsable del medio ambiente que contribuye a la contaminación de las aguas y los nutrientes, tal como lo documentan los ejemplos reportados previamente y la actitud pasiva de las instancias de gobierno que podrían hacer justiciables estas malas prácticas.

**c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;**

La reiterada comprobación de que una amplia proporción de los salvadoreños vive en condiciones indignas y que el acceso al agua potable está vedado a más del 23% de la población, demuestran que la obligación de garantizar vivienda y agua potable no soy hoy cumplidas en El Salvador.

Las mismas cifras oficiales aceptan que existe "un déficit total acumulado a 1999 de 554.324 unidades habitacionales". De acuerdo a la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1998, se estimó un parque habitacional 1.296.635 viviendas de las cuales sólo el 60.1% se encuentran en condiciones adecuadas. En el ámbito nacional la mayoría de las viviendas tienen techo de teja (44.1%) y lámina de asbesto (33.2%) y 27.5% tienen piso de tierra. Sólo el 53.5% de las viviendas se abastecen de agua a través de cañería domiciliar, y el restante 46.5% la obtienen a través de pozos, ríos o quebradas mientras que la disponibilidad de un sistema de eliminación de excretas es solamente factible para el 60% de la población a escala nacional.

El estado de El Salvador ha lanzado una serie de iniciativas de Políticas de Vivienda como el "Programa El Salvador, País de Propietarios" o el "Programa Solidaridad Urbana" o el "Programa de Legalización de Tierras", pero, por razones que escapan a la capacidad de investigación de esta comisión, obviamente los mismos no han tenido un impacto mayor. La mera observación de las condiciones habitacionales de los varios barrios relevados por esta comisión, muestran el marcado contraste entre las brillantes carreteras, modernas autopistas, inmensos y lujosos centros comerciales y magníficas viviendas de los barrios acomodados con las condiciones miserables que hemos constatado en varios barrios de San Salvador o las comunidades de Valle Dorado o Bajo Lempa.

Según Domingo Santacruz, Director Ejecutivo de la Coordinadora para la Reconstrucción y el Desarrollo (CRD), mientras la problemática de vivienda se agrava, no hay políticas que lleven a frenar la falta de casas dignas en El Salvador. La CRD que surgió en el marco de los Acuerdo de Paz, ha logrado realizar 90 proyectos de vivienda en 11 años con una inversión de 90 millones de colones por medio de diferentes cooperantes. De acuerdo a Santacruz, todavía hay damnificados del terremoto de 1965 y 2001 en nuevas zonas marginales desprovistas de servicios básicos.

Mucho más grave es la situación de las miles de personas que viven en las calles.

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

**d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;**

El Estado salvadoreño ha hecho esfuerzos para generar un vademecum básico con los medicamentos esenciales y garantizar su distribución en los establecimientos públicos. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias hacen que hoy exista una inocultable limitación al acceso a medicamentos sin que se haya generado ninguna política alternativa para disminuir este problema.

La entonces directora de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland ha señalado que "en la ejecución de Políticas Nacionales de Medicamentos, recomendadas por la OMS, varios países están promoviendo dos líneas importantes de política: la primera es fundamental, y se refiere a la promoción de medicamentos esenciales como el mejor abordaje desde el punto de vista de la salud; esto se complementa promoviendo el uso de medicamentos genéricos de calidad como una importante estrategia para promover el acceso". "La equidad significa que los pobres no tendrían que pagar el mismo precio por medicamentos que la gente en mejor situación económica. Aceptar este principio de equidad es una decisión política. Los gobiernos de los países industrializados deben hacer lo suyo, mientras que los de los países en desarrollo hacen su parte para facilitar el acceso a través de la mejora del financiamiento, las importaciones, adquisiciones y sistemas de distribución de medicamentos, vacunas y equipo médico".

El Salvador no cuenta con ninguna política pública de producción estatal de medicamentos genéricos, ni siquiera con una apertura del mercado a genéricos de marca o compra de genéricos a nivel internacional, pero tampoco garantiza el libre acceso a los medicamentos de quienes no pueden pagar que, lamentablemente, son un porcentaje muy elevado de la población. La compra y distribución de medicamentos en El Salvador está regulada exclusivamente por las leyes del mercado sin ninguna intervención estatal fuerte que proteja a los sectores económicamente desfavorecidos y garantice su acceso a las drogas básicas.

**e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;**

**f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población;**

**la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente;**

No se tiene conocimiento público de lo que se está haciendo en materia de salud integral del país. El presidente de la República juramentó recientemente a personas de su partido en el gobierno que no tienen la capacidad para generar propuestas de una reforma de salud. Médicos, científicos renombrados y otras personalidades cuestionaron la aparición de la comisión de reforma de salud. La información inicial que se dio a conocer es que la base de la reforma sería tomada a partir del documento sobre privatización al que el gobierno dio iniciativa de ley.

Esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

En este sentido el Estado de El Salvador ha avanzado considerablemente. La existencia de un mejor sistema de vigilancia epidemiológica, reportes más precisos en salud y generación de indicadores adaptados a los standards internacionales, hacen más accesible el diagnóstico de la evolución del subsector salud en los últimos años. Por otra parte, la generación del reporte de las "Cuentas Nacionales de Salud" es un instrumento que favorece la transparencia y análisis público de los gastos del sector.

### **3. Obligaciones prioritarias definidas por el Comité ECOSOC**

**a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;**

Pese a todas las declaraciones de intención del Estado salvadoreño de cuidar especialmente a la población materno-infantil y a los avances registrados en el mejoramiento de la mortalidad infantil, el acceso de hecho a una adecuada atención pre y post-natal o durante los primeros años de vida dista mucho de ser pleno. La inaccesibilidad geográfica y económica por los cobros voluntarios que no son tales y la inexistencia de planes nutricionales de amplio alcance, se reflejan en las mismas cifras oficiales que admiten que apenas el 40% de las embarazadas cumple con los 5 controles mínimos sugeridos por el MSPAS, casi la mitad de

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

los partos son domiciliarios y la mayor parte de las madres no cumple control postnatal.

**b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;**

En este sentido, puede decirse que El Salvador garantiza pleno acceso a las inmunizaciones, que ha mejorado notablemente sus porcentajes de cobertura y que hoy en día con 98% de cobertura DPT, 97% de antipolio, 98% de BCG y 97% de MMR se encuentra en una situación más que adecuada en el contexto social general del país.

**c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;**

En este sentido, los reportes obtenidos por esta comisión han sido contradictorios. Es cierto que el Estado de El Salvador ha hecho enormes esfuerzos para generar campañas contra el dengue y garantiza actualmente el tratamiento antituberculoso a nivel nacional. Sin embargo es igualmente cierto que su política de tratamiento de pacientes VIH positivos es absolutamente insuficiente para controlar la epidemia, que las campañas de prevención de dengue han sido discontinuas y que la gran demanda oculta por la inaccesibilidad a los cuidados en salud deja fuera del tratamiento a un número considerable de personas con enfermedades infecto contagiosas.

**d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;**

La estrategia más efectiva en los países pobres es el refuerzo de la atención primaria en salud con masivos y constantes esfuerzos en capacitación. Como cita la "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario" de la Organización Mundial de la Salud " La equidad en la salud continúa siendo un objetivo importante para los sistemas de salud y la prestación de servicios de atención sanitaria. En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 se indica que los objetivos de un sistema de salud no se limitan a la mejora de la salud y a la respuesta a las legítimas expectativas de la población sino que también consisten en asegurar que el grado de satisfacción sea el mismo en todos los segmentos de población y velar por la equidad de las contribuciones financieras. Estos últimos elementos quedan reflejados en los esfuerzos de la OMS por

fortalecer la capacidad de los países para conferir, dentro de las estrategias de reducción de la pobreza, mayor importancia al componente de salud y formular y aplicar políticas sanitarias beneficiosas para los pobres".

La actual estructura del sistema de salud en El Salvador, así como las propuestas de reforma, no están orientadas a la información, educación y prevención, sino a la respuesta a la demanda de cuidados curativos, fenómeno que centra la atención en salud en la realización de estudios y provisión de medicamentos y no en las medidas preventivas y la capacitación de la comunidad. El Salvador (pese a su deficitaria cantidad de médicos por habitante) cuenta con solamente 1700 promotores de salud reconocidos por el MSPAS (2.6/10.000 habitantes). Muchas organizaciones no gubernamentales forman agentes o promotores de salud pero estos no son luego reconocidos por el MSPAS con lo cual luego de un tiempo abandonan sus tareas. No hay estrategias fuertes de educación en materia de seguridad alimentaria, prevención de enfermedades transmisibles y, sobre todo, salud sexual y reproductiva.

**e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.**

Esta Comisión no ha podido evaluar la extensión de las oportunidades de capacitación continua del personal de salud, aunque la misión ha podido comprobar la inexistencia de capacitación en derechos humanos y salud y los escasos esfuerzos desde el sector salud de transmitir a los ciudadanos sus derechos constitucionales en materia de acceso a la salud.

## **IV. Proceso de privatización**

Según el informe de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de 2001, el proceso de privatización de las empresas estatales y de los servicios lanzado en El Salvador es uno de los más agresivos de América Latina. En 1992 el pago de los servicios públicos representaba el 14% del salario mínimo urbano (810 colones), mientras que alcanza hoy el 43% del salario mínimo establecido desde 1998 (1260 colones), cifras que no incluyen la alimentación, el alojamiento, la salud o la educación. El gobierno lleva tres años intentando privatizar los servicios de salud con el apoyo de la Asociación de Empresas Privadas (ANEP) con el fin, según ésta, de "eliminar los obstáculos burocráticos" que impiden el buen funcionamiento de un sector.

### **1. La liberalización del comercio de servicios**

La liberalización del comercio de servicios, cuyas negociaciones siguen en la Organización Mundial del Comercio (OMC) tras el fracaso de la conferencia de Cancún, entra dentro del marco de este nuevo consenso de desarrollo<sup>1</sup>.

Por otro lado, se está negociando, a nivel regional, un tratado de libre comercio (TLC) entre Estados Unidos y los gobiernos de los países de América Central: Acuerdo de Libre Comercio con Centro América (CAFTA). Paralelamente, se realiza la negociación del AGCS (Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios). Se trata de un acuerdo-marco que prevé negociaciones en serie para la "liberalización progresiva" de los servicios (públicos o privados). Finalmente, siguen las negociaciones del tratado ALCA (Área de Libre Comercio de las Américas) previsto para 2005. El azar hizo que el comité de negociación de los viceministros de los gobiernos de América (excepto el de Cuba) se reuniera en San Salvador del 6 al 11 de julio de 2003. El carácter complicado de estos procesos y su superposición hacen que lo que está realmente en juego en estas negociaciones sea especialmente opaco. Algunas disposiciones -como por ejemplo la posibilidad otorgada a una multinacional de remitirse directamente al Organismo de Reglamento de Diferendos (ORD) sin pasar por un Estado- se prevén en el marco del ALCA (Área de Libre Comercio de las Américas, negociado actualmente), pero no en el AGCS<sup>2</sup>. Se entienden los riesgos que la adopción de estas reglas implicaría para el sistema de salud.

### **2. Papel del Banco Mundial y de la BID**

El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), consituyen los principales donantes de El Salvador en materia de salud y educación. Estas instituciones han sometido la atribución de créditos a la condición de que se emprendan reformas de los servicios públicos llamadas "de segunda generación". En su "Informe sobre el desarrollo 2004: los servicios básicos al alcance de los pobres", indica que la falta de acceso de los más pobres a los servicios de salud y de educación se debe ante todo a un problema de gobernabilidad interna que tanto "el gobierno como los ciudadanos podrían llevar mejor". Cuando los poderes públicos no respetan su obligación de proveer infraestructura básica, sería hábil, según el Banco Mundial, delegar esta misión a prestatarios privados... Dichos prestatarios pueden ser nacionales o extranjeros. Desde 1961 hasta 2002, el BID ha atribuido 2362,5 millones de US \$ a El Salvador. En lo que refiere a los proyectos más recientes, el BID aprobó en 1998 un " Proyecto para la reconstrucción de urgencia tras los terremotos y extensión de los servicios de Salud " en 2001, financiado por 142.6 millones de US \$.

En lo que se refiere a El Salvador, la posición de los organismos internacionales se encuentra disponible, en particular en el informe " Análisis del Sector de la Salud en El Salvador ", más conocido como Informe ANSAL. Este informe fue realizado gracias a un préstamo del Banco Mundial (SVPA7168 de 1993). Este estudio también fue financiado por la Agencia Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y por la Agencia de Cooperación de los Estados Unidos (USAID). Este informe proponía en particular la redefinición del papel del Estado, facilitando las actividades del sector privado y un aumento del financiamiento público hacia el sector privado.<sup>3</sup>

En una redacción elíptica, el programa de "Apoyo a la transformación institucional del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS)", aprobado por el Banco Interamericano de Desarrollo en septiembre del 2000, propone "facilitar la implantación de transformaciones instrumentales para una futura reforma estructural" a fin de "reducir los conflictos políticos inherentes a este tipo de reformas y a minimizar los riesgos de las futuras operaciones en este sector". El programa también se refiere a la mejora de la gestión hospitalaria mediante

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

descentralización, al establecimiento de un presupuesto por resultados y a la subcontratación de servicios anexos o administrativos (Procuraduría, p. 161, 2º informe). Para el BID, el gobierno salvadoreño y la dirección del ISSS, el programa implica dos cosas: por una parte, poner a prueba modalidades mixtas de producción de servicios donde la oferta privada sería (en principio) un complemento de la oferta pública existente, y por otra parte indicar que se trata de un proceso de preparación de una ulterior reforma del sector de la salud, una transición hacia un modo operativo que insiste en el seguro privado. En otras palabras, se trata de redefinir "el papel de los servicios de seguros públicos y privados en el sector de la salud; la institución de mecanismos de control de los gastos y la formación del personal sanitario".

### **3. Etapas de la privatización**

El sector de la salud constituye una de las principales prioridades del gobierno de El Salvador. En su discurso inaugural, en 1999, Francisco Flores, presidente de la República promete una reforma del sector en la que se encontrarían asociados los médicos. Con el objeto de implementar esta promesa, se crea el Consejo de Reforma de la Salud, que contaba con una participación amplia de los sectores implicados, incluido el Sindicato de Médicos del Seguro Social (SIMETRIS).

Este Consejo elaboró una "Propuesta de reforma integral de la salud", con la participación del ministro de la salud, la directora del ISSS, la FUSAL y un responsable del Colegio Médico, así como un representante de la FUSADES. Esta reforma fue entregada al presidente en diciembre de 2000. Sin embargo, estos acuerdos nunca fueron aplicados y las proposiciones de reforma fueron olvidadas.

El 16 de octubre de 2002, el gobierno de El Salvador presentó tres proyectos de ley sobre la salud a la Asamblea legislativa. Estos proyectos deben considerarse en el marco de un paquete de reformas conocido como Sistema de Salud previsional. A pesar del carácter esencial del sector de la salud, estas reformas, que tienen como objeto permitir la privatización, la concesión y la venta de los servicios del ISSS, fueron propuestas sin ningún tipo de consulta a la sociedad civil.

Acusados de querer convertir la salud en un negocio, el gobierno y el presidente de la república niegan querer "vender los hospitales". Hay pocas probabilidades de que las infraestructuras o los bienes inmuebles del ISSS sean

cedidos a entidades privadas a corto plazo. Pero no es el caso de los servicios médicos generales o especializados del ISSS. Las reformas propuestas en la Ley sobre Seguridad Social "otorgarían el poder a un consejo director para decidir el arrendamiento de bienes inmuebles o instalaciones del ISSS, si fuera conveniente para el Instituto. Además, la nueva composición del consejo director, propuesta por la reforma, permitiría que los criterios del gobierno y de las empresas predominen en la toma de decisiones relativas a la gestión administrativa del ISSS". En realidad, como declaró Herbert Guzmán, responsable de Asuntos Sociales del Colegio de Médicos, el proyecto de "democratización del sistema provisional de salud" tiene como objetivo transferir los servicios sanitarios a empresas privadas. Ya es el caso de la lencería, la limpieza y la alimentación, de las que se hace cargo el sector privado. Los bancos salvadoreños (los más importantes de Centroamérica), las compañías de seguro privadas o los fondos de pensión vinculados a capitales internacionales están especialmente interesados por la privatización del "seguro social" (que solo protege a sus 500.000 contribuyentes, un 17% de la población, puesto que del 80% restante, que no tiene seguridad social, debe supuestamente hacerse cargo directamente el Estado).

La reforma permitiría contratar médicos pagándolos por visita en función de las intervenciones realizadas. El proyecto cuestionaba el estatuto salarial de los médicos del Sindicato de Trabajadores del Instituto del Seguro Social (STISS) o de los que ejercen en los hospitales públicos. De ahí la cólera de los médicos y su movilización porque la reforma significaría la pérdida de un empleo asalariado estable, inclusive a tiempo parcial. Los médicos están muy acostumbrados a su estatuto porque son numerosos y las clínicas privadas no ofrecen empleos. Por otro lado, muy pocos pacientes son solventes debido a la situación económica y social del país.

La lógica de la reforma es dismantelar el sistema público. Para hacerlo el gobierno aplica políticas implícitas "reduciendo sus subvenciones financieras al sistema público, organizando la deterioración del sistema" afirma Herbert Guzmán. La falta de medicinas, de material quirúrgico, de equipos, de servicios diagnósticos, de mantenimiento y las reducciones de personal desestabilizan el sector de salud y refuerzan la idea de ineficacia del sector. Los medios de comunicación explican a la población que la privatización es el único medio de mejorar la calidad y la eficacia de los servicios. Simultáneamente los despidos de trabajadores sindicalizados se multiplican disminuyendo así la capacidad de resistencia de los sindicatos. A esto se

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

añade la flexibilidad laboral que impide también la sindicalización. Según la asociación Las Dignas, en ciertos casos, las prácticas burocráticas de las direcciones sindicales, las discriminaciones respecto a las mujeres contribuyen también a debilitar a los sindicatos. El conjunto de trabajadores de salud está sindicado en el STISS, pero las enfermeras se sienten poco representadas. En las maquilas donde trabaja una mayoría de mujeres jóvenes y sin experiencia sindical, los sindicatos cuando existen están vinculados a la dirección de la empresa y sus dirigentes son sobretodo de género masculino. El sindicato Federación Nacional Sindical de Trabajadores Salvadoreños (FENASTRAS) -sindicato vinculado en el pasado a FMLN- está presente en las maquilas. Se le acusa de corrupción y respalda la privatización del sector de la salud.

#### **4. La importancia del sector privado**

Las proposiciones de reforma eran consecutiva a la ofensiva lanzada desde julio de 2002 por la Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP) en alianza con ARENA y las autoridades del ISSS, para privatizar el ISSS. La proposición patronal se hizo en un contexto de crisis económica, social y política y fue reforzada por una crítica virulenta de las carencias del ISSS. El Colegio de Médicos del Salvador en su informe publicado en 2002 cuestiona formalmente esas afirmaciones: los representantes del gobierno y de la empresa privada son en realidad mayoritarios en el interior del Consejo de dirección del ISSS desde hace 48 años, por lo tanto son responsables de la situación del ISSS.

*"Si no se ha mejorado el funcionamiento del ISSS es porque han privilegiado sus intereses económicos y comerciales"* afirma el Colegio de Médicos quien denuncia "el poder absoluto del ANEP y del gobierno ARENA, causa histórica y estructural de todos los males del ISSS. Es ahí donde fermenta la corrupción, donde se organizan los grandes negocios, a través de los que se canalizan los grandes beneficios de los multimillonarios del ANEP. Este mecanismo ha permitido que el ISSS sirva para financiar las campañas electorales de los gobernantes en el poder, y es la principal causa de la deterioración y de la mala calidad de los cuidados médicos dados a los pacientes. El ANEP, tras medio siglo de saqueo y de crisis profunda y prolongada, se encuentra preparado para destruir completamente al ISSS permitiendo "la libre elección" de los asegurados, las concesiones y la compra de los servicios de salud".

Se debe añadir que esta corrupción institucional beneficia a los altos responsables del Estado. La contratación de la

empresa SERME especializada en la cirugía de los ojos y del Dr. José López Beltran, Ministro de Salud, que es uno de sus propietarios, ha provocado un conflicto de intereses y la violación de la ley de Licitaciones (Art. 26). Este ministro fue denunciado por tres delitos: enriquecimiento ilícito, actos arbitrarios y desobediencia a una orden judicial. La compra de servicios por el ISSS, muy criticado, no ha dado buenos resultados. Para el Colegio de Médicos esto se explica porque los criterios considerados para la concesión de servicios al sector privado no son serios y porque no ha habido un estudio sobre la relación costo/beneficio que permita saber si la opción escogida por la dirección del ISSS es la más indicada para los utilizadores; no hay control ni reglas aplicables a los vendedores de servicios y no hay evaluación de los resultados. Los médicos han comprobado una reducción de la cobertura social, problemas de calidad de cuidados médicos, el aumento de la precariedad de los médicos contratados. Con la idea de la "libre elección" propuesta por el ANEP se trata de disminuir la cotización empresarial y permitir a los utilizadores la elección entre el ISSS y otra compañía privada de seguros retirando su cotización del ISSS: una fórmula engañosa que permitiría orientar el dinero de los afiliados hacia las compañías privadas de seguro y terminar así con los servicios públicos desacreditados por una campaña que acusa a los médicos y a los trabajadores de salud de mal funcionamiento originados por las penurias. Una receta ya aplicada en Chile, en Argentina y en Colombia.

Las dos modalidades de privatización planteadas dependen de las relaciones de poder: o el proceso es expeditivo gracias a una privatización activa y a la transferencia de los activos del Estado a la empresa privada mediante la adopción de una ley, o se produce una privatización "pasiva" acelerando la incorporación ya iniciada de los mecanismos de mercado en el sistema (concesiones, etc.). En todos los casos, en la proposición del ANEP el seguro privado ofrece a los asegurados elegir entre varios contratos de salud cuyo costo varía en función de los cuidados médicos brindados. En efecto, los contratos no cubren todas las enfermedades. Si el enfermo sufre una patología que no está incluida en su contrato se podrá dirigir de nuevo al ISSS pero éste, empobrecido, no podrá acordarle los cuidados médicos necesarios y tendrá que dirigirse al ministerio de salud, pero éste, dispone de muy reducida capacidad financiera. El enfermo se encuentra entonces en un "limbo sanitario: o puede pagar o tendrá que recurrir a la caridad pública" constata el boletín del Colegio de Médicos. Además los seguros privados son difícilmente controlables y contratan personal médico que no siempre tiene la experiencia

## **El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**

### **La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

requerida y están encargados de reducir los costos de los tratamientos y el tiempo de hospitalización. El resultado final es un aumento de los costos que quedan a cargo de los pacientes, la deterioración de la calidad de los cuidados médicos y el aumento de operaciones no indispensables pero si rentables financieramente (cesáreas, histerectomías, etc.).

La aplicación del plan del ANEP significaría la pérdida de una gran parte de los derechos a más de un millón de asegurados en el ISSS y unos 45 000 jubilados; los médicos y otros profesionales de salud se verían doblemente afectados en tanto que utilizadores del ISSS y sobre todo en tanto que asalariados. En efecto, en el futuro los podrían contratar con contratos temporales con bajos salarios e inclusive verse desempleados.

En este contexto, en septiembre de 2002, los médicos y los trabajadores del sector salud han iniciado una huelga contra las reformas propuestas por el gobierno. La movilización de trabajadores del sector salud ha contado con un importante apoyo generalizado de la población de El Salvador, comportando manifestaciones públicas masivas, como la que tuvo lugar el 23 de octubre de 2002 y que reunió alrededor de 200.000 personas.

#### **5. ¿ Una privatización de hecho ?**

De acuerdo con las demandas legítimas de la sociedad salvadoreña, la Asamblea Nacional rechaza la proposición de privatización del sistema de salud hecha por el presidente de la República. En su lugar, la Asamblea aprueba en octubre 2002 el decreto 1024. Este decreto recordaba " que la salud es un bien fundamental para la población, [y que] deben establecerse categorías legales que permitan evitar que criterios de mercantilistas prevalezcan en tal sector ". El artículo 3 de este decreto 'prohíbe la privatización, concesión, compra de servicios, subcontratación o cualquier modalidad que se encamine a transferir a entidades privadas la prestación de servicios de salud pública y seguridad social y seguridad social que se presten en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en la red hospitalaria y de Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social... ". Este decreto permite únicamente la compra de servicios de salud en situaciones excepcionales.

Sin embargo, el presidente declara este texto legislativo inconstitucional amenazando en aplicar su veto. Mientras tanto las manifestaciones en la calle se amplifican para respaldar la huelga de los profesionales de salud. La población muestra su solidaridad a los médicos huelguistas.

El presidente no usó del derecho a veto para, según dijo, "terminar con la huelga y terminar con el conflicto". La ratificación del decreto 1024 por la Asamblea Legislativa en octubre de 2002 iba a iniciar una campaña de denigración en los medios de comunicación inspirada por los medios empresariales y gubernamentales.

Seguidamente, algunos diputados cambiaron de posición y respaldaron un nuevo decreto de privatización, el decreto 1107, en diciembre de 2002. En efecto, en su artículo 3 (inciso 3) dice "que se podrá autorizar la concesión, la compra de servicios, la tercerización" "cada vez que sea necesario suplir las deficiencias de los servicios de salud del régimen de salud pública y de seguro social". Además del debate general sobre el sistema de salud, la crisis ha afectado mucho a los empleados del sector de salud. Para resolver este conflicto laboral la Asamblea Legislativa ha aprobado en abril de 2003 un nuevo decreto, el decreto 1207, destinado a garantizar "la estabilidad y la protección de los trabajadores del ISSS y del ministerio de salud pública y de la asistencia social en el marco del conflicto del sector de salud". Se trata de permitir la reincorporación a su trabajo de médicos y de trabajadores despedidos.

Los médicos del Seguro Social permanecieron en huelga durante casi diez meses. Dicha huelga fue declarada ilegal. El pasado 13 de junio se firmaron unos acuerdos que permitieron el fin de la huelga. Sin embargo, en septiembre de 2003, se han iniciado de nuevo las movilizaciones ya que los trabajadores del sector salud consideran que no se están cumpliendo los acuerdos y que se estaría preveyendo la privatización del sector. Según la Prensa Gráfica (18 de septiembre), los principales argumentos serían la continuación de la compra de servicios de salud en el ISSS y la modificación del status de los empleados del sector salud.

#### **6. La criminalización de la protesta social**

La misión expresa su preocupación por la criminalización de la protesta social de los trabajadores del sector de la salud, particularmente durante los meses de noviembre y de diciembre de 2002. En ese momento, 14 sindicalistas fueron detenidos y acusados de asociación ilícita, desordenes públicos, lesiones y resistencia al arresto. Dichos líderes sociales fueron posteriormente liberados el 3 de diciembre de 2002. La misión resalta igualmente el uso desproporcionado de la fuerza por parte de la fuerza pública, en particular el 27 de noviembre de 2002, cuando se utilizaron gases lacrimógenos en la Unidad de Mantenimiento del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS),

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

lo que implica un claro peligro para los pacientes. De tales enfrentamientos entre fuerza pública y huelgistas resultaron 19 heridos.

La misión se encuentra igualmente preocupada por las consecuencias negativas que puedan sufrir los trabajadores del sector salud por el único hecho de haber participado en la huelga. Tras el fin de la huelga, una comisión *ad hoc* ha examinado los recursos contra 122 trabajadores sindicados del STISS (Sindicato de Trabajadores del Instituto de Seguro Social). La comisión ha decidido no retener ningún cargo contra 89 de ellos y transferir a los 33 otros casos ante el Fiscal de la República sin emitir ninguna opinión ni favorable ni desfavorable contra ellos. (La Prensa Gráfica 11 de julio de 2003). El secretario general del sindicato de médicos del Seguro Social (SIMETRISS) Isaías Cordero, miembro de la Comisión de verificación de los acuerdos, ha acusado al Seguro Social de no pagar los salarios de 354 médicos antiguos huelguistas reintegrados a la institución (La Prensa Gráfica 11/7/03).

1. Le Monde, 23 de septiembre del 2003

2. La posibilidad para una empresa de apelar directamente ante el ORD ya está prevista en el ALENA, tratado de libre comercio entre Estados Unidos, Canadá y México, y Washington quiere incorporarla en el ALCA (o ZLEA) ; se trata del artículo 1.110 del capítulo 11 del ALENA, que obliga a los estados parte a indemnizar a los inversores extranjeros cuando la decisión de un gobierno se considera como una expropiación que ocasiona pérdidas. Este artículo confiere a los inversores el estatuto de sujeto al derecho internacional cuando este estatuto está exclusivamente reservado para los estados. Este tipo de artículos no existe en el AGCS.

3. Ver también el informe: Public Services International " The IDB, The World Bank, Labor Rights and Health Care privatisation in the Americas.



## **V. Conclusiones y Recomendaciones.**

### **1. Conclusiones**

Como se desprende del presente informe, la misión se encuentra particularmente preocupada por la situación del sector de la salud en El Salvador. El derecho a la salud se encuentra además estrechamente vinculado al otros derechos humanos, como el derecho a la vida, del que constituye un elemento esencial.

La existencia de discriminación, los altos índices de desnutrición, las condiciones insalubres en las que viven un gran número de la población salvadoreña, la inexistencia de una política pública de producción estatal de medicamentos genéricos constituyen violaciones del derecho que tiene todo salvadoreño de gozar del mejor estado de salud posible.

La misión considera que el proceso de privatización de los servicios de salud en El Salvador iniciado por el gobierno tendría graves consecuencias sobre el goce efectivo del derecho a la salud.

Para identificar las responsabilidades de los diferentes actores involucrados, la misión hace referencia al Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales, ratificado por el Salvador el 29 de febrero de 1980, y en particular al artículo 2.1 del PIDESC, que expone la naturaleza de las obligaciones jurídicas generales que tienen que asumir los Estados partes al Pacto.

El Comité de las Naciones Unidas sobre derechos económicos, sociales y culturales (órgano que se encarga del seguimiento del Pacto), ha aclarado las grandes líneas de estas obligaciones en una Observación general.

El Salvador esta obligado por el artículo 2.1 del PIDESC a utilizar " el máximo de recursos disponibles " para garantizar el pleno ejercicio de los derechos reconocidos por el pacto (entre ellos el derecho a la salud). Esto significa, entre otras cosas, que cada Estado tiene la obligación fundamental mínima de garantizar la satisfacción de los componentes esenciales del derecho a la salud.

El Comité añade que incluso en caso de carencia grave de recursos, debido a un proceso de ajuste o de recesión económicos, los elementos vulnerables de la sociedad pueden y deben ser protegidos gracias a la implementación de programas específicos que cuesten relativamente poco.

Ademas, con respecto al principio de non retroceso, se prohíbe al Salvador tomar medidas regresivas (legislación, orientaciones) que puedan comprometer los progresos realizados o las ventajas adquiridas. Esta obligación tiene una importancia particular con respecto al proceso de privatización que se está implementando.

A la luz des estas obligaciones generales, la Misión ha podido concluir lo siguiente:

#### **a. Responsabilidad del Estado Salvadoreño**

##### **En lo que respecta a la situación actual del derecho a la salud:**

Los testimonios y los datos recogidos en el presente informe muestran de manera evidente que El Salvador no cumple con sus obligaciones respecto del Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales, tales como aclarados en la observación general N° 14 del Comité.

En el presente informe, en lo que se refiere a la disponibilidad, se han destacado los importantes déficits de infraestructura hospitalaria y el carácter extremadamente limitado de los programas de salud propuestos por el gobierno. Del mismo modo, la misión ha constatado que los servicios de salud no incluyen los factores determinantes básicos de la salud, en particular

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

las condiciones sanitarias adecuadas y personal médico y profesional capacitado.

En lo que se refiere a la accesibilidad, se señala la discriminación respecto de poblaciones particularmente vulnerables, y en particular los portadores de VIH y las mujeres:

Del mismo modo, la población pobre tiene enormes dificultades para acceder a centros situados en lugares extremadamente lejanos y para acceder a los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados.

La misión ha podido del mismo modo constatar que a pesar de que oficialmente, los servicios de salud son gratuitos, en la práctica los pacientes se ven obligados a pagar tanto para ser curados como para adquirir los medicamentos necesarios. El alcance de las campañas de información y prevención se encuentra también extremadamente limitado.

En lo que se refiere a la calidad, esta misión ha podido constatar que el Hospital Rosales, centro reconocido por su calidad en el sistema público, carece de material adecuado para el tratamiento correcto de las enfermedades.

**En lo que respecta al proceso de privatización:**

La misión recuerda que, a la luz de la observación general n° 14 del Comité ECOSOC, El Salvador tiene la obligación de procurar que la privatización del sector de la salud no hipoteque la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad o calidad de equipos, productos y servicios sanitarios.

La Misión recuerda además que, según la Observación general citada previamente, el hecho por un Estado de no tener en cuenta las obligaciones jurídicas que le incumben con respecto al derecho a la salud en la conclusión de acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales o otras entidades tales como sociedades multinacionales constituye un incumplimiento a la obligación de respetar el derecho a la salud.

La Misión se encuentra particularmente preocupada acerca del proceso de privatización implementado por el gobierno, en el marco de las negociaciones de acuerdos comerciales regionales o bilaterales, y de las políticas elaboradas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Los testimonios y los datos recogidos parecen indicar que las reformas previstas tendrían un impacto claramente negativo en el sistema de protección del derecho a la salud en este país, ya de por sí en un estado crítico.

**En lo que se refiere al contenido de las reformas y a su impacto previsible sobre el goce efectivo del mejor estado de salud posible:**

La misión considera que la privatización de los servicios de salud en El Salvador tendría graves consecuencias tanto para los trabajadores de este sector como para sus beneficiarios.

La salud debe continuarse como un “bien público” tal y como lo establece la Constitución de El Salvador. Este objetivo es incompatible con la privatización del sistema de salud tal y como se encuentra prevista en El Salvador.

La aplicación de las reformas previstas, supondría la pérdida de derechos de más de un millón de asegurados al Instituto del Seguro Social (ISSS).

En lo que se refiere a los trabajadores del sector salud se verían doblemente afectados, en tanto que asegurados a ISSS y en tanto que empleados de esta institución. El desmantelamiento del sistema público de salud supondría la exclusión del

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

beneficio de este derecho de la mayoría de salvadoreños, que no cuentan con los recursos económicos necesarios para pagar este servicio.

**En lo que respecta a las modalidades de implementación de las reformas, a la luz del principio de participación:**

La Misión recuerda la normativa internacional de los Derechos Humanos, que incluye el derecho de las personas afectadas por decisiones claves de participar a los procesos de toma de dichas decisiones.

El principio de participación es un principio general del derecho internacional de los derechos Humanos. Además del argumento jurídico, la Misión recuerda que la participación activa y consciente de la población salvadoreña es la única capaz de garantizar la eficacia de toda reforma del sistema de salud.

Pero en este caso, se constata que la población no ha sido asociada al proceso de toma de decisiones.

*De manera general, la Misión concluye que el Salvador no respeta el derecho al " goce del nivel de salud mas alto posible ", a pesar de que este Estado disponga de los recursos suficientes para garantizar su ejercicio.*

**b. Responsabilidad de otros actores:**

No se puede medir la naturaleza de la responsabilidad jurídica del Salvador sin tomar en cuenta la evolución del contexto económico y político mundial, profundamente modificado en el contexto de la globalización económica.

Actualmente, las políticas nacionales tienden a adaptarse a las condiciones económicas y sociales internas a un ámbito mundial cada vez más competitivo.

El PIDESC, adoptado en 1966, se basa en el principio según el cual los Estados partes disponen de un margen de maniobra político y económico suficiente para elaborar medidas adecuadas a la situación nacional para proteger y promover los derechos que consagra. El Comité ha adaptado su discurso, considerando la incidencia que tienen las políticas y prácticas económicas internacionales sobre la capacidad de los Estados a cumplir con sus obligaciones convencionales.

Frente a las constataciones expuestas, debe mencionarse la responsabilidad de otros actores, como el Banco Mundial, el Banco interamericano de desarrollo o los gobiernos de los países que detienen un voto preponderante dentro de estas instituciones.

En su observación general n° 3, el CODESOC afirma que " las instituciones financieras internacionales, en particular el Banco mundial y el Fondo monetario internacional, tendrían que dedicarse mas a la protección del derecho a la salud en el marco de sus políticas de préstamos, de sus acuerdos de crédito y de sus programas de ajuste estructural.

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

## **2. Recomendaciones**

Ante el preocupante estado del derecho a la salud en El Salvador, la misión recomienda :

### **a) Al gobierno de El Salvador**

1. De manera general, garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos salvadoreños, y cumplir con las obligaciones contraídas respecto de los organismos internacionales, y en particular proteger el derecho a la salud tal y como se ha previsto en el Pacto de Derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC). Se resalta también la necesidad de garantizar de manera urgente las obligaciones básicas del Estado del Salvador según el Comité del Pacto para los Derechos económicos, sociales y culturales.
2. A este efecto, garantizar los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del sector público de salud, de modo que, por ejemplo puedan superarse los importantes déficits de infraestructura hospitalaria y garantizar las condiciones sanitarias adecuadas, material y personal médico adecuado.
3. Elaborar una verdadera política pública con el objeto de garantizar el derecho a la salud,
4. Adoptar medidas específicas para evitar la discriminación en el acceso al servicio de salud, en particular en lo que se refiere a las personas afectadas de VIH y a las mujeres.
5. Garantizar unas condiciones laborales dignas a todos los empleados de este sector.
6. Favorecer el diálogo e incluir a los sectores de la sociedad civil en cualquier proceso de reforma del sector de la salud y cumplir los compromisos contraídos con estos sectores. En cualquier circunstancia, renunciar al uso de la fuerza contra manifestaciones pacíficas.
7. Garantizar la difusión más amplia ante la sociedad salvadoreña de las obligaciones del Estado de El Salvador en materia de Salud.
8. Solicitar una visita del relator especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Paul Hunt, mediante una invitación permanente. Del mismo modo, autorizar las visitas de los relatores especiales de Naciones Unidas sobre los otros Derechos económicos, sociales y culturales.
9. Utilizar las obligaciones internacionales en materia de derecho a la salud en las negociaciones comerciales, en el marco de las negociaciones de la OMC relativas al Acuerdo general sobre los servicios (AGCS) y al Acuerdo sobre los derechos de propiedad intelectual vinculados con el comercio (ADPIC), y en particular, en el marco de las negociaciones para la instauración del Área de Libre Cambio de las Américas (ALCA).
10. Apoyar la aplicación del Protocolo facultativo sobre el PIDESC.

### **b) Al Estado de El Salvador, al Fiscal General de la República y a las autoridades de salud,**

11. Se comparte plenamente la recomendación de la Procuradora de derechos humanos en la que se urge al Estado de El Salvador y particularmente al Fiscal General de la República y a las autoridades de salud a iniciar en el más breve plazo las investigaciones necesarias para procesar y sancionar a los responsables de violaciones de derechos humanos relacionadas con la mala praxis médica.

**El Salvador - Violaciones flagrantes al derecho a la salud**  
**La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana?**

---

**c) Al Banco Mundial y al Banco interamericano de desarrollo (BID)**

La Misión recuerda que, según la Declaración universal de los derechos Humanos, todos los órganos de la sociedad y no solo el Estado deben obrar para el reconocimiento y la aplicación efectiva de los derechos humanos.

12. Para que se cumplan los principios del derecho internacional de los derechos Humanos, la misión recomienda al Banco mundial y al Banco interamericano de desarrollo:

- que se abstengan de adoptar políticas o programas que puedan poner en peligro la implementación (por parte de los Estados) de sus obligaciones en materia de derechos Humanos.

- que se tomen directamente en cuenta los principios internacionales que rigen los derechos Humanos en la elaboración de sus estrategias de lucha contra la pobreza y de sus procedimientos operacionales ( " operational policies ", " bank procedures " and " good practice ").

- que se realice una evaluación previa de los efectos de sus políticas, para que se se pueden hacer conformes con el principio general de no discriminación.

- que se adopte una política específica que evalúe el impacto de sus actividades sobre los derechos Humanos. Adoptando una política o un procedimiento operacional específico se podría permitir al Panel de Inspección tratar solicitudes relativas a los derechos del hombre.

- que se trate del asunto de la integración de los derechos Humanos en sus políticas y programas de manera indivisible, para que se de una atención igual a los derechos civiles y políticos y a los derechos económicos, sociales y culturales.

- que implique a representantes de ONG de derechos Humanos en el proceso de reflexión interna sobre este asunto.

- que se consideren mecanismos de control interno y externo, que son los únicos capaces de garantizar el respeto de las políticas y de los procedimientos implementados.

13. Se debería adaptar el conjunto de estas recomendaciones a los programas implementados por el Banco Mundial y el BID que tiene un impacto sobre la salud en el Salvador.



## **Siglas**

**AGCS-** Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios

**AMESAL-** Asociación Médica de El Salvador

**AMENA-** Asociación Médica Nacional

**ANDES-** Asociación nacional de Enseñanza de El Salvador

**ANEP-** Asociación Nacional de la Empresa privada

**APROCSAL-** Asociación de los Promotores Comunales Salvadoreños

**ARENA-** Alianza Republicana Nacionalista

**BID-** Banca Interamericana de Desarrollo

**BM-** Banca Mundial

**CAFTA-** Acuerdo de Libre Comercio con Centro América

**CRD-** Coordinación por la Reconstrucción y el Desarrollo

**CRIPDES-** Comité Cristiano pro-Desplazados de El Salvador. Actualmente "Asociación de Comunidades Rurales para el Desarrollo del Salvador"

**FENASTRAS-** Federación Nacional Sindical de Trabajadores Salvadoreños

**FMLN -** Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional

**ISSS-** Instituto Salvadoreño del Seguro Social

**MDS-** Médicos por el Derecho a la Salud

**MSPAS-** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**PCN-** Partido de Conciliación Nacional

**PNUD-** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

**SIMETRISS-** Sindicato de Médicos del Seguro Social

**STISS-** Sindicato de Trabajadores del Instituto del Seguro Social

**UNICEF-** Fondo de Naciones Unidas por la niñez



MDM es una asociación de solidaridad internacional que tiene por vocación la de curar a las poblaciones más vulnerables en situaciones de crisis y de exclusión en todo el mundo y en Francia, suscitando el compromiso voluntario y benévolo de médicos y de otros profesionales del sector salud, así que de profesionales de otras disciplinas necesarias a estas acciones, asegurándose del apoyo de todas las competencias indispensables al cumplimiento de su misión y privilegiando las relaciones de proximidad con la población beneficiaria.

MDM, a partir de su práctica médica y con total independencia, señala los riesgos de las crisis y las amenazas para la salud y por la dignidad con el objeto de contribuir a su prevención, moviliza a contrapartes para las acciones de solidaridad acerca de la salud y denuncia mediante testimonios las violaciones a los derechos humanos y particularmente los obstáculos al acceso a la salud, desarrolla nuevas aproximaciones y nuevas prácticas de salud pública en el mundo, fundadas en el respeto de la dignidad humana, se compromete con los donantes privados a tener relaciones completamente transparentes y milita para instituir, con una ética de responsabilidad, los valores de la medicina humanitaria.

MDM - 62, rue Marcadet  
75018 Paris - <http://www.medecinsdumonde.org>

# fidh

Federación Internacional de los derechos humanos

La **FIDH** fue creada en París en 1922 con el objeto de difundir y promover el ideal de los derechos humanos, de luchar contra su violación y exigir su respeto. La FIDH reagrupa 115 organizaciones nacionales afiliadas en el mundo entero.

La FIDH desea:

### **Movilizar la comunidad de Estados**

La FIDH actúa de forma cotidiana en el seno de las organizaciones intergubernamentales.

### **Prevenir las violaciones y apoyar a la sociedad civil**

Para adaptarse a las necesidades específicas de sus contrapartes sobre el terreno, la FIDH ha creado programas de cooperación jurídica y judicial. Estos programas permiten consolidar la sociedad civil de los Estados en vías de democratización.

### **Alertar, testimoniar**

El envío de observadores judiciales a procesos políticos y la realización de investigaciones sobre el terreno permiten la denuncia concreta y precisa de las violaciones de derechos humanos ante la opinión pública internacional.

### **Informar, denunciar, proteger**

Solicitada en casos de violaciones múltiples de las libertades fundamentales a través de todo el mundo, la FIDH reacciona de manera instantánea ante los Estados implicados. La FIDH moviliza a este fin a sus asociaciones miembro, las instituciones internacionales y regionales, los medios de comunicación y a través de estos mismos, a la opinión pública internacional.

Director de Publicación : Sidiki Kaba

Jefe de redacción : Antoine Bernard

Autores del informe : Janette Habel y Silvia Quadrelli.

Secretaria de redacción : Rosa Sanchez

Asistente de publicación : Céline Ballereau-Tetu

Dépósito legal: Enero de 2004 - Comisión Paritaria N° 0904P11341

ISSN en curso - Fichero informativo conforme a la ley de 6 de Enero de 1978 (Declaración N° 330 675)

17, passage de la Main d'Or - 75011 - Paris - France - CCP Paris : 76 76 Z

Tél : (33-1) 43 55 25 18 / Fax : (33-1) 43 55 18 80 - E-mail : [fidh@fidh.org](mailto:fidh@fidh.org) / Site Internet : <http://www.fidh.org>