

¿Derecho o privilegio?

Omar Serrano*

Resumen

En El Salvador, desde hace algunos años, se ha cultivado la práctica de comprar seguros privados de salud, con dinero del Estado, para funcionarios y empleados de algunas instituciones públicas. Esta práctica se está volviendo común y hasta hace pocos meses no había sido cuestionada por nadie. Al contrario, en el imaginario social se ve con complacencia esta costumbre, pues se considera que beneficia a quien presta un servicio al país. Pero ¿qué hay detrás de este imaginario social? ¿Es éticamente aceptable esta práctica? Desde los derechos humanos, ¿esta práctica abona a su respeto como algunos creen o viola derechos de otras personas? De estos puntos quiere ocuparse esta reflexión. Comencemos con una mirada situacional del servicio de salud en este país centroamericano.

Palabras clave:

salud, derecho, ISSS, sector público, seguros privados

* Vicerrector de Proyección Social de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

1. Contexto: la desigualdad en el acceso a la salud en El Salvador

A pesar de los avances que El Salvador ha experimentado en materia del servicio de salud y que han sido reconocidos internacionalmente¹, el sistema de salud del país todavía está muy lejos de brindar un servicio de calidad y eficiente a las personas que acuden a sus instituciones. Los grandes medios de comunicación que tienen como consigna destacar todo lo negativo del Gobierno, se encargan de dar publicidad a los inconvenientes que viven los pacientes que a diario acuden a los hospitales públicos.

Pero, yendo un poco más al fondo del asunto y para hablar con propiedad, hay que decir que en El Salvador existen tres sistemas de salud. Como la educación, la seguridad, los salarios —entre otros derechos fundamentales—, también la salud es presa de la vergonzosa pero aceptada desigualdad que en el país está legalizada, institucionalizada y, muchas veces, internalizada por la población.

a) El sistema privado

En primer lugar, hay una red de centros privados de salud donde se brindan servicios que abarcan desde la atención primaria hasta los niveles más especializados. Debido al histórico y estructural descuido de los servicios públicos, en el imaginario colectivo se ha posicionado la máxima que sostiene que “lo privado es mejor que lo público”. El único criterio para poder acceder al sistema privado es el económico. La calidad de los servicios de salud es directamente proporcional a los recursos económicos que se tengan. Por ello, los servicios privados de salud solo están

disponibles para quien pueda pagar por ellos. La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM)² estimó, en el año 2015, que solo un poco más de la quinta parte de la población económicamente activa (PEA) del país cuenta con un seguro de salud y, de esa parte, un minúsculo grupo cuenta con seguro privado de salud colectivo o de otro tipo.

b) El Seguro Social

Aunque en el país hay varios tipos de instituciones que brindan el beneficio de la seguridad social a los empleados del sector formal de la economía, el que aglutina a la mayoría de afiliados es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). De toda la PEA del país, menos de la cuarta parte tiene seguro médico y más del 90 % de los que gozan de este derecho están afiliados al Seguro Social. Otras instancias que ofrecen cobertura de salud a empleados son el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).

c) El sistema público

Así se le llama a la red nacional de instituciones que coordina el Ministerio de Salud de El Salvador para ofrecer sus servicios a la inmensa mayoría de la población salvadoreña y de países vecinos que lo requieren. Para efectos de este trabajo, basta con entender que en el sistema público se ubican las unidades, centros de salud y hospitales nacionales en general (ya sean de primero, segundo o tercer nivel). A este sistema, caracterizado por la precariedad, por la insuficiencia de personal y de medicamentos, es al que acude quien no puede pagar un servicio privado y quien no tiene la suerte de contar con un empleo

1. La Organización Panamericana para la Salud (OPS), a través de su directora Carissa Etienne, aseguró, en su visita al país en 2014, que tras la reforma de salud comenzada desde el año 2010, “El Salvador ha experimentado notables avances en el acceso, cobertura y equidad”. También destacó la eliminación de las cuotas voluntarias en las unidades de salud y hospitales de la red pública, además de la aprobación de la Ley de Medicamentos que permitió disminuir los costos de las medicinas en el país.
2. Dirección General de Estadísticas y Censos, Digestyc, 2015.

formal. Cerca de tres cuartas partes de la población del país se avocan a estas instancias para recibir servicios de salud.

2. El problema de los seguros privados comprados con fondos públicos

En este contexto de la situación de los sistemas de salud en El Salvador, hay una práctica de algunas instituciones públicas, autónomas y semiautónomas (en adelante nos referiremos a ellas como instituciones públicas en general, salvo que hagamos algunas explícita diferenciación) que se está volviendo cada vez más frecuente: comprar seguros privados de salud no solo para los funcionarios de alta jerarquía, sino que también, en algunos casos, para todos los empleados de esas instituciones. El problema es que esos seguros privados de salud son comprados con dineros públicos e incluidos en los presupuestos anuales de dichos entes. Lo que ha motivado este trabajo y de lo que nos ocuparemos en adelante es el intento de responder a algunos cuestionamientos sobre esta práctica: ¿Es ético destinar fondos del Estado, es decir, del pueblo salvadoreño, para comprar servicios privados para beneficio de funcionarios públicos?; ¿se está violando el principio de legalidad del país con esta práctica?; y más radicalmente, ¿se está violando el derecho a la salud de otros salvadoreños y salvadoreñas y de personas de otras nacionalidades que acuden a los servicios públicos de salud de nuestro país?

La hipótesis que guiará nuestro trabajo es la afirmación que sostiene lo siguiente: *Éticamente, es inaceptable la práctica de destinar recursos públicos para beneficios personales de salud; con esta práctica, se están violando las leyes del país y, sobre todo, el derecho a la salud de la población más empobrecida.*

Vamos entonces a la tarea de fundamentar esta afirmación.

3. Los derechos incumben, sobre todo, a los más vulnerables

En estas latitudes de Centroamérica, los derechos humanos todavía son un punto de llegada. Es decir, aunque los derechos que se consideran fundamentales gozan de rango constitucional, como en el caso salvadoreño, en El Salvador (como lo veremos más adelante) son todavía una aspiración para la mayoría de los ciudadanos. Este es, precisamente, el lugar desde el cual hacemos nuestra reflexión: la situación de grandes sectores de la población a quienes se les niegan sus derechos fundamentales.

El filósofo español Manuel Reyes Mate sostiene que “el origen de la justicia es la experiencia de la injusticia”³. En semejantes términos se pronuncia Amartya Sen cuando nos llama a que “atendamos principalmente a las situaciones de injusticia que se puedan remediar, en vez de pretender centrar nuestra mirada en la búsqueda más o menos definitiva sobre aquello que sea o pueda ser la naturaleza última de la justicia perfecta. (Álvarez, 617). Y Jon Sobrino, hablando de teología, toma la misma postura: “Justicia remite, por necesidad, a “injusticia”, y hoy —en tiempo de neoliberalismo y globalización— es políticamente incorrecto ver la realidad desde esa perspectiva” (Sobrino, 2)⁴.

Siguiendo esta lógica, queremos comenzar afirmando que *los derechos incumben sobre todo a los más vulnerables*, es decir, a las personas o grupos de personas cuyos derechos no le son respetados⁵. O, en términos de Luigi Ferrajoli, quien afirma que los derechos humanos son “la ley del más débil” como

3. M. R. Mate, “Memoria y construcción de la identidad colectiva”, en *Tratado de la injusticia*. Barcelona, Anthropos, 2011, p. 12.
4. J. Sobrino, en <http://rd.udb.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11715/645/1/4.%20La%20teologia%20de%20la%20liberacion%20hoy.pdf>
5. Seguimos en esta línea a M. Aparicio Wilhelmi y G. Pisarello, “Los derechos humanos y sus garantías: nociones básicas”, en J. B. Pérez *Los derechos humanos en el siglo XXI: continuidad y cambios*. Barcelona, Hygens, 2008, pp. 139-161.

alternativa a la “ley del más fuerte”⁶. Esto es así no por una opción antojadiza, sino porque histórica y lógicamente los derechos han sido reivindicados y reconocidos después de haber sido violados. ¿Quién puede tener una noción de la situación de justicia si no ha experimentado —en carne propia o siendo testigo— la experiencia de injusticia? Los derechos humanos surgen, en la línea de las reflexiones de Jurgen Habermas, por la indignación de los humillados.

Si la situación del respeto a los derechos humanos se caracteriza sobre todo por su negación, debe haber algo o alguien que los ha negado o, por lo menos, que no ha hecho lo necesario para evitar esa negación. Quien tiene esa responsabilidad es, sobre todo, quien tiene el poder (la capacidad) para hacer que se respeten o no los derechos. Sobre todo quienes tienen el poder de administrar la cosa pública tienen mayor grado de responsabilidad en esto. Lamentablemente, la historia nos enseña que la violación de los derechos muchas veces viene de quienes están llamados a respetarlos. Por ello, una de las nociones más extendidas para interpretar los derechos humanos es la de concebirlos como *límites que se ponen al ejercicio del poder, sea este público o privado*. Desde esta perspectiva y por contrapartida, los deberes “incumben especialmente a los sujetos con más poder; es decir, a quienes, también por su posición política, social, cultural o económica, pueden condicionar la satisfacción de los intereses o necesidades de otros”⁷.

Apelando a la noción del derecho como la ley del más débil de Ferrajoli y a que los derechos incumben sobre todo a los más vulnerables de Pisarello y Aparicio, entonces podemos concluir, en continuidad con el criterio de igualdad, que la noción de derecho se opone a la de privilegio. Los derechos se pueden

ver como exigencias de los sujetos más débiles frente los más fuertes, es decir, como pretensiones de quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante quienes detentan cualquier tipo de poder, tanto en el ámbito público como en el privado. Es decir, un derecho que no es de todos se convierte en un privilegio.

4. La salud es un derecho fundamental reconocido en El Salvador

Como lo anunciamos, la salud es un derecho que tiene rango constitucional en el país. El artículo 2 de la Carta Magna reconoce los que, de acuerdo a la máxima ley del país, son los derechos fundamentales: derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad, la seguridad, el trabajo, la propiedad y posesión, y a ser protegido en la conservación y defensa de estos. No aparece de forma explícita el derecho “a la salud”, pero varios de esos derechos no son posibles sin su cumplimiento. Sin embargo, la Constitución sí reconoce, de manera explícita, el derecho a la salud en los siguientes artículos:

Art. 65.- 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.

En efecto, este artículo reconoce que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público y a su vez establece la relación obligacional que al respecto se genera desde un punto de vista dual, esto es, que no solo el Estado es el responsable de su conservación y restablecimiento, sino también las personas mismas. El artículo siguiente afirma que los servicios de salud serán gratuitos y eficaces:

6. Ver L. Ferrajoli, “Sobre los derechos fundamentales”, en *Cuestiones constitucionales*, # 15, julio-diciembre 20006, E-journal. México, UNAM, pp. 117-118.

7. M. Aparicio Wilhelmi y G. Pisarello (2008), *op. cit.* p. 143.

Art. 66.- 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.

Además del rango constitucional, el derecho a la salud está contemplado en otras legislaciones nacionales, como la Ley Nacional de Medicamentos y la de más reciente aprobación (marzo 2016), la “Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud”, que permite enmarcar derechos y deberes de pacientes y prestadores de servicios de salud, tanto en el sector público como en hospitales y clínicas privadas. En el papel, esta ley permitirá que exista más cumplimiento en las obligaciones de entes como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y la red de hospitales del Ministerio de Salud, y facilitará que el ciudadano cumpla con los tratamientos y procedimientos médicos.

También, el derecho humano a la salud es reconocido por pactos y convenios internacionales de los cuales El Salvador es firmante. El derecho está reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), que incluye la asistencia social, asistencia médica, seguridad social y cobertura sanitaria universal. Está reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, también en la XVI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Convención sobre los Derechos del Niño, en la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y en la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial.

En definitiva, el derecho a la salud está reconocido en el cuerpo jurídico de El

Salvador, pero, como sucede en muchos países, el problema consiste en la aplicación de las leyes o la salud vendría a ser como uno de los derechos que Ferrajoli denomina “de papel” (Ferrajoli, 118), es decir, que no se cumplen, aunque sean reconocidos.

Veamos entonces cómo el reconocimiento constitucional de este derecho se contradice con nuestra realidad.

5. De la teoría a la realidad

La población total de El Salvador es de 6 459 911 personas (62.4 % urbana y 37.6 % rural). Su PEA es de 2 867 966 (59.4 % de hombres y 40.6 % de mujeres), es decir, el 44.4 % de la población total. En el año 2015, solo el 23.5 % de la PEA manifestó tener seguro médico y, de ese porcentaje, el 92.7 % lo tiene a través del ISSS. El gremio de maestros que representa el 5.2 % de los que cuentan con seguro médico lo tiene a través del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM); y los miembros de las Fuerzas Armadas, que representan un 1.4 % de los que gozan de este beneficio, lo tienen por medio del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA). El porcentaje que falta de los que tienen seguro médico, el 0.7 %, tiene seguro médico privado⁸.

La tasa de ocupación es la razón entre los ocupados y el total de la PEA y representa el grado de aprovechamiento efectivo del recurso humano disponible para el trabajo. Para 2015, de acuerdo a la EHPM, la tasa de ocupación era de 93 %; es decir, de cada 100 personas económicamente activas, 93 estaban ocupados. La tasa de ocupación es de 92.1 % en la zona rural y de 93.5 % en la zona urbana. Específicamente en área metropolitana de San Salvador, (AMSS) es de 94.0 %. En cuanto al sexo, se observa que la tasa de ocupación es de 91.6 % en hombres y de 95.0 % en mujeres. (EHPM, 2015, 22).

8. Digestyc, EHPM 2015. El 0.7 % lo hemos obtenido nosotros de los datos que proporciona la EHPM. Probablemente, al tomar en cuenta todos los decimales, la Digestyc obtiene el 0.8 % que menciona en su mismo informe.

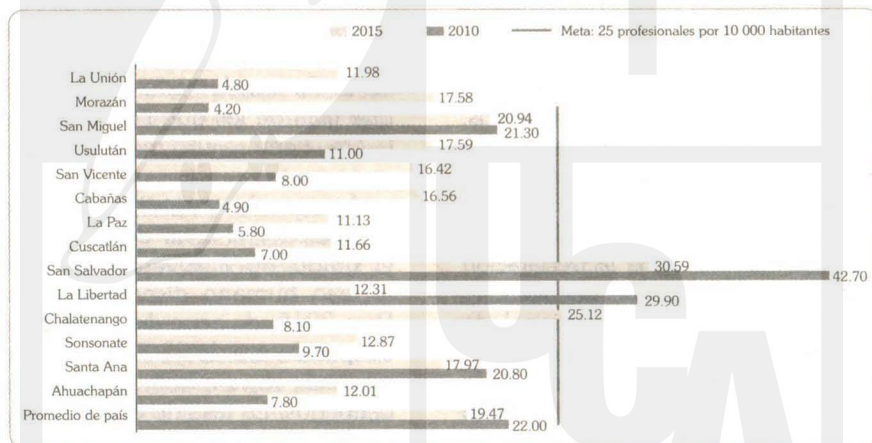
Para visualizarlo mejor, veamos en números aproximados el acceso a los sistemas de salud de esta población:

- De casi 6 millones y medio de habitantes, casi 3 millones de personas componen la población económicamente activa. De esos casi 3 millones, más de 2 millones y medio están trabajando⁹.
- De los más de 2.5 millones de salvadoreños y salvadoreñas que están ocupados, solo un poco más de 600 000 tienen acceso a seguro médico.
- De este poco más de 600 000 trabajadores que cuentan con seguro médico, más de 560 000 lo tienen con instituciones públicas y solo un poco más de 40 000 tienen seguros privados de salud.

- Al resto de los integrantes de la PEA que representan casi 2 millones de personas (y, en consecuencia, a sus respectivos grupos familiares) solo les queda el sistema público para tratar sus afecciones en materia de salud. Autoridades de Salud de El Salvador estiman que al sistema público acuden 4.5 millones de personas.

Por supuesto, esa mayoría de población representa a la de menores ingresos. En cuanto a estadísticas de salud, según la OMS, El Salvador cuenta con 0.8 médicos por cada cien mil habitantes, estadística baja si la comparamos con Costa Rica (1.3), Estados Unidos (1.8) o España (3.8)¹⁰. Este panorama se agrava cuando se constata que una gran mayoría de médicos se concentran en las ciudades, sobre todo en la zona metropolitana de San Salvador, la capital del país, como lo muestran los siguientes gráficos.

Gráfico 1
Densidad de profesionales de la salud por cada 10 000 habitantes

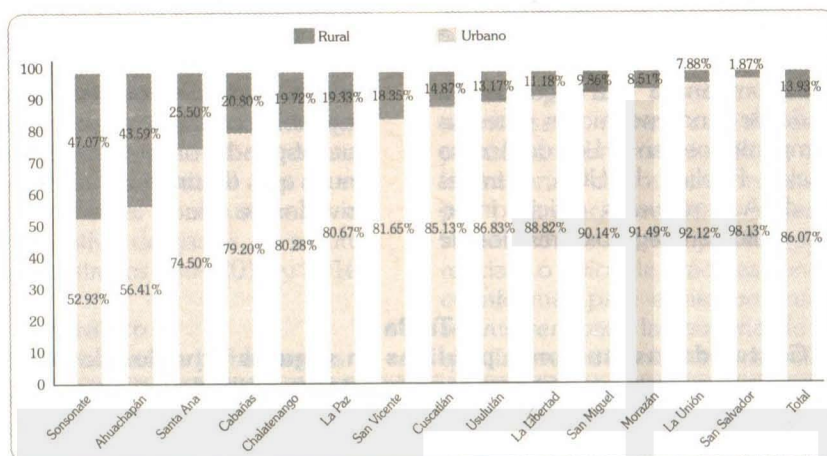


Fuente: Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud.

9. En El Salvador, a diferencia de otros países en los que se contabiliza el desempleo a través de los que dejan de cotizar a la Seguridad Social, la tasa de empleo (y desempleo) se calcula con base en la EHPM que pregunta si están trabajando. Aunque menos de la cuarta parte de la población tiene un empleo formal, todos los del sector formal, desde los que tienen negocios grandes hasta la señora que vende mangos en la calle, se contabilizan como empleados.

10. OMS (2012), *Estadísticas Sanitarias Mundiales*.

Gráfico 2
Distribución de profesionales de la salud



Fuente: Ministerio de Salud.

Como lo indica el gráfico 1, El Salvador pasó, en promedio, de 22 profesionales de la salud (médicos, enfermeras graduadas y auxiliares, paramédicos, promotores, etc...) por cada 10 000 habitantes en el año 2010 a 19.47 en el año 2015. Nótese cómo la concentración de estos profesionales se da en las ciudades y sobre todo en la capital del país. El gráfico 2 constata esta tendencia. El 86.07 % de los profesionales de la salud está concentrado en las áreas urbanas del país.

El gasto público en salud representa el 4.6 % del PIB, el cual se desglosa en las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud, 2.3 %; ISSS, 1.7 %; Bienestar Magisterial - ISRI-COSAM¹¹, 0.5 %. Estos porcentajes se han mantenido distribuidos de semejante forma desde el año 2009 hasta el 2015. De acuerdo a la OMS, el gasto per cápita anual en salud en El Salvador es de \$228, muy por debajo de Costa Rica (\$667), España (\$3032) o Estados Unidos (\$7960)¹². Pero viendo las interioridades del gasto público en salud, las instancias que más comprometidas quedan

son las que pertenecen al sistema público. El gasto per cápita institucional en salud se compone así: Ministerio de Salud, \$130.00; COSAM, \$262.00; ISSS, \$275.00; Bienestar Magisterial, \$627.00. Esta desigualdad se expresa en la provisión de los servicios, las compras de medicamentos e insumos médicos para los diferentes usuarios de cada institución. Los no afiliados a la seguridad social, es decir, 4.5 millones de personas que acuden a las instituciones públicas, son objeto de la menor inversión en salud en el país.

Lo que reflejan estos números es un sistema fragmentado, con una red de salud pública desfinanciada y un sistema privado que ofrece mejores servicios, pero imposibles de costear para la mayoría de la población.

6. Dinero público para seguros privados

En esta lacerante situación de la salud pública en El Salvador, cada vez con mayor frecuencia instituciones públicas se han dado a la tarea de contratar seguros privados para

11. ISRI, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. COSAM, Comando de Sanidad Militar.

12. OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2012.

sus empleados. Afortunadamente, un grupo de organizaciones aglutinadas en lo que han denominado “Ciudadanía por la Salud” han comenzado a llamar la atención sobre ello. La Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA) acompaña a esta organización en la búsqueda de fundamentación para sus denuncias. Amparándose en la Ley de Acceso a la Información Pública, la UCA, a través de la unidad de Audiovisuales, solicitó información sobre gastos en seguros privados de

salud a 94 instituciones públicas, autónomas o semiautónomas. Hasta diciembre de 2016, 33 de esas instituciones contestaron la solicitud. El resto pidió prórroga en el tiempo establecido por la ley para responder (10 días) o han ignorado la solicitud. A continuación, presentamos una tabla con los nombres de las instituciones que respondieron y el monto del presupuesto anual que destinan a la compra de seguros privados de salud.

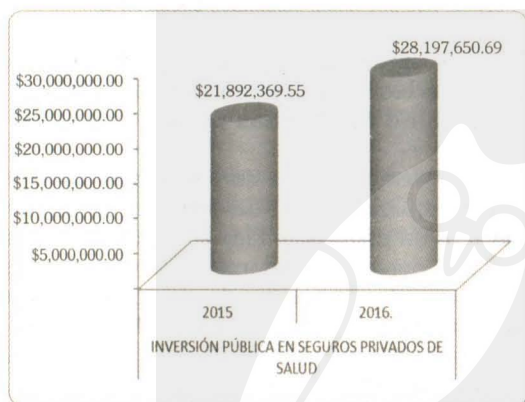
Tabla 1
Gastos de instituciones públicas en seguros privados de salud

Nombre de la institución	Monto año 2015	Monto año 2016
Asamblea Legislativa	\$ 5 007 578.00	\$ 6 654 557.89
Bandesal	\$ 212 525.00	\$ 332 989.01
Centro Nacional de Registros	\$ 1 234 799.95	\$ 1 338 958.10
Consejo Nacional de Energía	\$ 41 700.00	\$ 38 728.00
Consejo Salvadoreño del Café	\$ 20 710.70	\$ 38 991.06
Corporación Salvadoreña de Turismo	\$ 29 571.00	\$ 102 001.91
Dirección Nacional de Medicamentos	\$ 90 694.20	\$ 117 719.00
FONAVIPO	\$ 57 050.00	\$ 76 270.00
PROESA	\$ 40 633.00	\$ 41 963.45
ISDEM	\$ 83 980.00	\$ 100 302.00
SIGET	\$ 350 774.75	\$ 459 295.30
UTE	\$ 27 759.00	\$ 29 062.74
Autoridad de Aviación Civil	\$ 32 554.00	\$ 47 243.00
Autoridad Marítima Portuaria	\$ 91 200.43	\$ 183 532.00
Banco Central de Reserva	\$ 1 682 085.20	\$ 1 686 295.83
Banco de Fomento Agropecuario	\$ 518 087.00	\$ 518 087.00
Ministerio de Relaciones Exteriores	\$ 441 207.54	\$ 581 703.60
CEPA	\$ 355 880.00	\$ 475 100.00
CIFCO	\$ 12 458.77	\$ 9975.00
FISDL	\$ 99 992.00	\$ 114 854.00
IAIP	\$ 19 972.00	\$ 25 000.00
FOVIAL	\$ 136 658.75	\$ 156 630.00
CSJ	\$ 1 985 374.69	\$ 4 080 576.00
Secretaría de Competencia	\$ 97 000.78	\$ 112 717.00
Tribunal de Ética Gubernamental	\$ 101 975.00	\$ 129 424.96
Lotería Nacional de Beneficencia	\$ 23 884.00	\$ 23 884.00
Fiscalía General de la República	\$ 2 818 363.93	\$ 4 062 607.62
Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados	\$ 298 267.96	\$ 308 950.80

Fuente: elaboración propia con información proporcionada por cada institución.

En total, los gastos nacionales en seguros privados de salud hechos en el año 2016 por las 33 instituciones que respondieron a nuestra solicitud asciende a \$ 28 197 650.69. Solo entre tres instituciones —la Asamblea Legislativa, la Corte Suprema de Justicia y la Fiscalía General de la República— erogan anualmente más de 14 millones de dólares. Vista gráficamente, la tendencia al alza en esa práctica puede comenzar a vislumbrarse en el ejercicio comparativo de gastos en seguros privados de salud entre los años 2015 y 2016.

Gráfico 3
Gastos de instituciones públicas en seguros privados de salud 2015-2016



Fuente: elaboración propia con información proporcionada por cada institución

La práctica de comprar seguros privados de salud con dineros públicos tiene algunos matices por lo menos en las tres instituciones que gastan más en esta materia. Los seguros privados de salud incluyen a todos los empleados, pero no de la misma manera. El seguro del que goza un diputado o diputada, por ejemplo, tiene el 100 % de cobertura, es válido a nivel mundial y ampara a todo el grupo familiar del legislador. En casi equivalentes términos se puede hablar de los magistrados de la Corte Suprema de Justicia solo que, de acuerdo a la información proporcionada, el beneficio no incluye al grupo familiar.

La calidad de los servicios, el monto de la cobertura y la extensión territorial de la misma va disminuyendo proporcionalmente a la disminución del salario y del puesto del empleado.

Esta práctica ha sido hasta hace poco silenciosa y nunca cuestionada ni por la prensa, usualmente empeñada en sacar a luz las miserias de los funcionarios públicos, ni por organizaciones de la sociedad civil que luchan contra la corrupción y por la transparencia. Lo típico de prácticas como esta es que cuanto más pase el tiempo, más “normales” se vuelven para la mayoría de la población que las ve como beneficios válidos para los empleados de determinadas instituciones. Especial atención merecen las primeras reacciones ante las denuncias de Ciudadanía por la Salud de los empleados, sobre todo los de los niveles más bajos que cuentan con este beneficio. Sus reacciones apuntan a que consideran esta prestación como una especie de derecho adquirido y por el cual están dispuestos a luchar. No dudamos de los beneficios que para una persona signifique tener un seguro privado de salud, sobre todo para los empleados que reciben menos remuneración y que, sin dicha prestación, no podrían acceder a un servicio privado de salud. Sin embargo, y aun sabiendo que podemos afectar a estos empleados de base junto con los altos jerarcas de las instituciones, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿es un derecho contar con un seguro privado de salud a costa de los dineros públicos o, más bien, representaría un abuso que afectaría a otros a quienes se les niega un buen servicio de salud?; ¿es ética esta práctica cada vez más extendida y casi nunca cuestionada?; ¿viola algún precepto del marco jurídico nacional?

7. ¿Por qué nos oponemos a esta práctica?

Nuestra postura no es contra las aseguradoras ni contra los seguros privados de salud. Las aseguradoras tienen el derecho de brindar

sus servicios a quien se los demande. Cada quien también tiene derecho a adquirir los bienes y servicios que quiera y que pueda, esa es una cuestión personal. Sin embargo, que servicios privados se paguen con dinero público es cosa diferente y concierne a toda la ciudadanía.

a) La compra de seguros privados con dinero público no es un derecho, es un privilegio

Un derecho no puede ser una pretensión arbitraria, debe ser una expectativa que se fundamente y que sea legítima. Un signo clave de la legitimidad de un derecho —presente en las tradiciones morales contemporáneas— es su carácter generalizable, es decir, “la posibilidad de que también los otros puedan alegar una pretensión similar en circunstancias similares”¹³. Como sostienen muchos autores especialistas en derechos humanos, el carácter generalizable liga la noción de derecho a la de igualdad, y resulta decisivo, por ejemplo, para distinguir un derecho de un privilegio. Mientras un derecho comporta una expectativa tendencialmente generalizable, inclusiva, igualitaria, un privilegio comporta una pretensión tendencialmente restrictiva, excluyente, desigualitaria.

Disponer del dinero del Estado para la compra de seguros privados de salud no es algo generalizable, como han argumentado los que gozan de este beneficio. Es imposible para el Estado salvadoreño otorgar esta prestación a todos sus empleados. Pero, incluso en el caso de que se llegara a implementar tal medida, se estaría afectando a millones de salvadoreños que no trabajan para el Estado y que deben acudir al servicio público.

También y más importante, porque sería antiético, es que funcionarios públicos compren seguros privados porque eso significa un explícito desprecio de lo público y refuerza el imaginario social de que los servicios

privados son de mejor calidad y, por tanto, el ideario para todo empleado. En definitiva, que funcionarios que se dedican a la administración del Estado prefieran acudir a clínicas y hospitales privados no es otra cosa que un abandono de lo público. Si los encargados de legislar y de asignar fondos a la salud pública prefieren lo privado, ¿qué motivación tendrán para mejorar el servicio al que tienen que acudir solo los más pobres? Si todos los empleados de las instituciones públicas y de las entidades autónomas cotizan al Seguro Social, ¿por qué no pueden usar ese servicio como lo hace el grueso de los trabajadores afiliados? ¿No será mejor destinar lo que el Estado gasta en seguros privados de salud a la mejora del servicio de salud pública?

b) Destinar dinero público para seguros privados de salud viola el derecho a la salud de los más pobres

Hay derechos que son legítimos porque son generalizables (un derecho que no es de todos es un privilegio). Hay libertades políticas que son derechos fundamentales (libertad de expresión, de asociación, de elegir, etc.) y hay derechos sociales que también son fundamentales y, por tanto, universalizables (derecho a la vida, la alimentación, el agua, techo digno, empleo, etc.). Pero no se puede reivindicar una prestación como derecho apropiándose de “ciertos recursos básicos al precio de que otros no puedan acceder a ellos, serían pretensiones restrictivas y desigualitarias”¹⁴. Lo que sucede en El Salvador, como ya vimos, es una precarización de la situación de los hospitales y centros públicos de salud. Destinar recursos nacionales para atender a un segmento de los empleados en clínicas y hospitales privados, aun cuando ellos y ellas cotizan al ISSS, es dejar de mejorar la situación de la red pública. Entender que los derechos incumben sobre todo a los más vulnerables es estratégico en esta problemática, como lo es también la noción de que los deberes incumben

13. M. Aparicio Wilhelmi y G. Pisarello (2008), *op. cit.*, p. 143.

14. *Ibid.*, pp. 141-142.

sobre todo a los que tienen más poder. La mayoría de la población tiene el derecho a una salud de calidad que está siendo negada, por lo menos en parte, por quienes tienen el poder de destinar fondos públicos a seguros privados.

c) Destinar dinero público para seguros privados viola las leyes del país

Nos referimos en este apartado a las leyes que establecen que la salud es un derecho fundamental de la población. Los artículos número 1 y número 65 de la Constitución no son honrados por el Estado al declarar que la salud es un bien público, pero que no está siendo garantizado. Además, el artículo 66, que establece que la asistencia será gratuita para los enfermos de bajos recursos, tampoco se cumple, pues la atención médica proporcionada en los establecimientos públicos no garantiza este derecho para todos. Si una práctica impide el cumplimiento de la Constitución, aunque ese impedimento sea cometido por quienes tienen la misión de hacerla cumplir, hay que desterrarla.

8. Conclusiones

La desigualdad en el acceso y en la calidad de la salud está institucionalizada en El Salvador. El país, en la práctica, cuenta con tres sistemas de salud: uno para pobres (la red pública), otro para empleados formales (los que están asegurados) y otro para quien puede pagar una salud de calidad.

En este contexto, destinar dineros públicos para comprar seguros privados de salud es una prestación que se convierte en un abuso y en un privilegio. Esta práctica cada vez más extendida viola el derecho de los más pobres que solo tienen el sistema público para recibir atención médica, pues limita las posibilidades del Estado de fortalecer dicho sistema.

Esta situación, además de ser inconveniente social y financieramente, porque lo que se gasta en las pólizas se deja de invertir

en lo público, estaría vulnerando el principio de igualdad dentro de la categoría de servidor público, ya que, básicamente, solo recibe seguro privado aquel que trabaja en la institución que cuenta con la autorización del Ministerio de Hacienda y la Asamblea Legislativa, para contratarlo. Esta práctica, además, viola las leyes del país, pues propicia que el Estado no cumpla con la obligación de brindar servicios de salud gratuitos y de calidad a la mayoría de la población.

Todo lo anterior implica, a su vez, que el Estado debe configurar y disponer de un andamiaje institucional adecuado que permita a las personas acceder de verdad a los servicios que requieran en materia de salud.

Bibliografía

Álvarez, F. J. (2010). "La propuesta inmanentista de Amartya Sen para la Justicia Global", en *Isigoría*, n.º 43. Instituto de Filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), España.

Aparicio, M. y Pisarello, G. (2008). "Los derechos humanos y sus garantías: nociones básicas", en Pérez, J.B., *Los derechos humanos en el siglo XXI: continuidad y cambios*. Barcelona: Hygens, pp. 139-161.

Ferrajoli, L. (2006). "Sobre los derechos fundamentales", en *Cuestiones constitucionales*, n.º 15, julio-diciembre, 2006. E-journal. México.

Constitución política de El Salvador, 1983.

Blog for citizen, 17 de julio de 2011.

Ministerio de Salud, Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud (2016). El Salvador.

OMS (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales.

Informes de instituciones públicas sobre inversión en seguros privados de salud.