

Derecho a la salud

Señor Director:

Agradezco la atención prestada por vuestro editorial al capítulo que redacté sobre "Derecho a la salud" para el Informe Anual sobre Derechos Humanos del Centro de DD.HH. de la Universidad Diego Portales. Con todo, quisiera precisar algunas cuestiones fundamentales.

En primer lugar, se señala la necesidad de "jerarquizar derechos" para no producir una "inflación" de éstos. Pero la literatura especializada y, por cierto, los orga-

nismos de protección de DD.HH. en todo el mundo han descartado, por artificial, la jerarquización de los DD.HH. Y es que quienes aún defienden que es posible clasificar los derechos humanos en derechos de primera y segunda generación lo hacen con el objeto de justificar, sólo para estos últimos, restricciones que no admitiríamos respecto de los primeros. Así, se insinúa que la discriminación debe estar vedada cuando se trata de derechos como el debido proceso, la libre expresión o la honra, pero que está permitida cuando se está ante derechos de índole económico-social, como el derecho a la protección de la salud.

El problema de esta postura es que olvida dos cuestiones fundamentales. Primero, que la razón por la que este derecho ha sido reconocido por la inmensa mayoría de las constituciones modernas se debe a que, como demostró el famoso "Informe Black" ya en los años 80, existen evidencias del refuerzo mutuo entre pobreza y mala salud. Los estudios demuestran de manera sistemática que el cuidado sanitario, además de posponer la muerte y reducir el sufrimiento, tiene implicaciones directas en las oportunidades de la gente, lo que, con Rawls, se conoce como "principio de igualdad de oportunidades".

En segundo lugar, los mecanismos de racionamiento de recursos —cuya necesidad no se cuestiona— tienen ciertos límites cuando se trata de bienes sociales fundamentales para la vida y oportunidades de las personas. Una cosa es que la autoridad decida, legítimamente, cómo va a componer el "mínimo sanitario" que formará parte de las garantías que va a asegurar su Sistema de Salud (por ejemplo, las 56 GES del AUGE), y otra cosa es admitir que ese mínimo sea garantizado sólo a algunos, sobre la base de circunstancias adscritas e inmerecidas, como lo son la edad, el sexo o la clase social.

Defender criterios de racionamiento sanitario discriminatorios es tan injusto como acordar que, dados el análisis costo-beneficio respectivo y la necesidad de contener el gasto público, debemos financiar sólo la educación de los niños que viven en aquellas comunas con mejor capital cultural y, por tanto, con mejores resultados en las pruebas Sínce.

ALEJANDRA ZÚÑIGA FAJURI

Profesora e Investigadora de la Escuela de Derecho
Universidad de Valparaíso