

Globalización, Estado y derecho a la salud

Saúl Franco A.¹

He preparado mi intervención en el sentido de pasar de estas macroconsideraciones sobre los tres temas ejes (globalización, Estado y salud) y darle a eso un aterrizaje mayor en el campo concreto del derecho a la salud, específicamente en ese territorio y, además, con un polo a tierra en las realidades latinoamericana y colombiana.

Voy a aportar cuatro ideas para la discusión: en primer lugar, una reflexión sobre el derecho a la salud pública —y quiero aquí subrayar *pública*—. La segunda idea: algunos énfasis en relación con el papel de los Estados en la garantía al derecho a la salud en condiciones de globalización. Y dos puntos finales ya muy específicos: uno en defensa del agua —aunque creo que esto suena ya un poco raro, pero lo voy a hacer—; y el último, sobre el derecho a la salud pública en situación de guerra.

Sobre el derecho a la salud pública quiero plantear lo siguiente: me ha quedado la impresión, en general, de que abusamos del concepto de salud y subutilizamos el del derecho a la salud pública y el concepto de salud pública. En segundo lugar, la tesis sería que, en general, tanto en el planteamiento universal de los derechos humanos como en los desarrollos jurisprudenciales nacionales e internacionales posteriores, la mayor parte de lo que se incluye en el llamado derecho a la salud cabe estrictamente en el territorio del derecho a la salud pública. Estas cuestiones son difíciles de plantear porque estos territorios son difusos; no es tan exacto decir: hasta aquí llega la salud, aquí empieza la salud pública y aquí empieza el bienestar, pero sí tenemos que hacer un esfuerzo —tanto conceptual como operativo, cotidiano, para que diferenciamos esto—.

Si planteáramos estos tres universos, el de la salud, el de la salud pública y el del bienestar, propongo la imagen de tres circunferencias que en gran medida se sobreponen, conservando cada una una pequeña fracción específica e íntimamente interconectada con el resto de las otras dos circunferencias. Entonces, si uno se preguntara con relación a la circunferencia salud, ¿qué sería lo más estrictamente de salud antes de meterse en salud pública?, me arriesgaría a decir: ahí estaría lo que son la adecuada estructura y funcionamiento biológico, la adecuada estructura y funcionamiento psicoemocional individual y la ausencia de dolor y enfermedad; eso sería lo más rigurosamente cerrado incluido en salud. Y

empezaríamos en la segunda circunferencia, de salud pública, a encontrar cuestiones como las políticas y servicios asistenciales, las políticas y servicios de aseguramiento, la alimentación y la nutrición, el agua potable, el ambiente sano, y pasaríamos a la tercera circunferencia, la del bienestar, donde en esa interfaz salud pública-bienestar nos encontraríamos con vivienda, vestido, educación, para culminar en el territorio del bienestar con el empleo, la cultura, la participación, la equidad y la paz.

Todo esto plantea en resumen lo siguiente: en términos rigurosos, ningún Estado puede garantizar el derecho a la salud en el sentido de que me garantice que yo no tenga un hijo con labio leporino; ningún Estado me puede garantizar que no me dé Alzheimer y que no se me olvide lo que estoy hablando con ustedes; ningún Estado puede rigurosamente hacer eso, pero todos los Estados tienen el deber de implementar servicios y de garantizar las máximas condiciones de prevención para evitar que eso acontezca y que, si acontece, se garantice la atención. Por eso digo que hay esa frontera de limitación entre lo que es rigurosamente el derecho a la salud y el derecho a la salud pública.

En conclusión, los mismos desarrollos legales, la Declaración de Derechos Humanos y el pacto internacional de derechos económicos en la observación catorce enfatizan mucho estas dimensiones que consideramos en el territorio de la salud pública; por ello insisto en que debemos hablar mucho más del derecho a la salud pública, lo que no es una cuestión semántica. Cuando en estos ordenamientos legales se habla del derecho a la salud, se insiste en una categoría que quiero enfatizar: la de que es un derecho inclusivo, que no está solamente cerrado a un territorio particular sino que incluye estas dimensiones que estamos señalando.

En Colombia, la Defensoría habla ampliamente del derecho a la salud pública y lo tipifica en siete campos específicos, y el senador Carlos Gaviria ha planteado que en Colombia está el derecho a la salud por conexión con la vida, los derechos asistenciales y el derecho a la salud pública; me parece entonces importante reivindicar esto y señalarlo como un campo de trabajo importante.

La segunda reflexión se refiere a algunos énfasis sobre el papel de los Estados en la garantía del derecho a la salud, —digámoslo ya—: a la salud pública en condiciones de glo-

¹ Ph.D en salud pública, coordinador del doctorado interfacultades de salud pública, Universidad Nacional de Colombia. Cibercorreo: saulfranco@cable.net.co

globalización, que es lo que hemos discutido durante estos dos días. Aquí simplemente planteo dos preguntas. La primera: ¿la globalización facilita o dificulta a los Estados garantizar de mejor manera el derecho a la salud pública? Creo que la respuesta depende, pero ¿depende de qué? Depende de lo que entendemos por globalización; ya hemos discutido eso y vamos a seguirlo discutiendo. Depende también de lo que entendamos por Estado y de qué funciones le atribuimos al Estado, pero me parece que con conocimiento de causa, respetando las polémicas que hay sobre las distintas modalidades de globalización, etc., podemos arriesgar a decir que con el actual proceso de globalización inequitativa, orientada a consolidar el predominio del capital transnacional y a flexibilizar mediante la reducción del poder y soberanía de los Estados nacionales y la flexibilización de normas propias del mercado y de las condiciones laborales, los Estados tendrán cada vez menor poder, menor capacidad, menor interés y mayor dificultad para garantizar el derecho a la salud.

La segunda pregunta para desarrollar en este punto sería: ¿cómo quedan los Estados nacionales al perder poder; cómo cada vez se limitan más? Quedaría, digamos, un vacío de responsabilidad, es decir, que si la sociedad tiene el deber de garantizar los derechos a la salud y a la salud pública —como hemos dicho—, si los estados pierden poder para eso, cabe entonces preguntarnos: ¿y entonces quién va a hacerlo; a quién le tocará garantizar el derecho a la salud? Podemos respondernos: en principio serían los organismos transnacionales, pero la realidad es que ellos están al servicio de intereses muy distintos, y ahí dejo entonces la pregunta planteada: si los estados no pueden hacerlo, ¿quién deberá hacerlo?

El profesor Berlinguer en sus escritos ha planteado la importancia de que exista un gobierno global, de que si existe una salud global, ella no es posible sin que exista un gobierno global, pero sabemos las dificultades que esto tiene. Se plantea entonces la posibilidad de un poder democrático universal, y uno pensaría que eso estaría en la dirección correcta, pero como es una construcción de acumulación de fuerza y que se va logrando algo, me parece que es esencial trabajar, como mínimo, en tres direcciones concretas. La primera, en exigirles a los actuales Estados la garantía del máximo posible de todos los derechos en el campo de la salud y de la salud pública; la segunda, incrementar la presión internacional ante los organismos respectivos y ante la acumulación de fuerzas internacionales por la garantía del derecho a la salud en medio de las condiciones que se están viviendo; y, en tercer lugar, es esencial una acumulación de fuerzas que nos permita trabajar en la dirección de convertir la salud y el bienestar humano en una razón de Estado y en un objetivo primario de la globalización.

Creo que esto se encamina hacia lo que Armando de Negri plantea como globalización de la solidaridad. Para el caso colombiano, creo que en este momento juega un papel importantísimo la cuestión de la discusión del TLC. Pienso

que no solo para Colombia, sino para los países andinos y para muchos países de América, la confrontación que demos al TLC que se intenta firmar dará la medida de nuestra capacidad de fuerza para que el derecho a la salud no sea una teoría o un objeto de disertaciones académicas en eventos, sino para que se convierta en una realidad; no podemos pasar inadvertidos quienes trabajamos en salud pública frente a lo que se intenta hacer con el TLC, en el cual una gran cantidad de derechos se van a negar, y no solamente vamos a quedar como estamos, sino peor, o sea, va a haber una regresión real.

El tercer punto, en defensa del agua, es muy sintético. Será una muy breve reflexión sobre el derecho elemental al agua. Conocemos bien desde los aforismos hipocráticos, y tanto en Oriente como en Occidente, los diversos e importantes papeles que tiene el agua en la vida y en la salud de todos los seres vivos. La disponibilidad o no de agua potable, el manejo de aguas residuales, las condiciones higiénicas de las habitaciones, los centros de trabajo y los espacios públicos, las sequías, las inundaciones y los regímenes de lluvias figuran como protagonistas de la historia de la salud y de las enfermedades.

La desagregación del derecho a la salud, contenida en la observación general 14 que ya he citado, es reiterativa en el señalamiento de la necesidad de agua limpia y potable como condición esencial para la salud y el bienestar; por todo lo anterior, resulta escandaloso ver cómo ni siquiera el agua ha escapado a las leyes del mercado. No solo eso: dentro de las políticas denominadas de ajuste, impulsadas por las entidades financieras transnacionales, se ha incluido el ajuste hídrico, ajuste que no se ha quedado en las palabras, sino que se ha traducido en América latina en diferentes modalidades de privatización del agua. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo han estado especialmente activos en esta área y han auspiciado contratos de administración de agua en Cartagena, al igual que en Lara, en Venezuela y que la terciarización del agua en Pereira y las concesiones del agua en La Paz, Buenos Aires y guayaquil.

El caso de Cochabamba, Bolivia, es bien aleccionador: en 1999 se privatizó el agua mediante una concesión por 30 años a una empresa de capital de los Estados Unidos. El precio del agua se incrementó en 200%, lo que llevó al año siguiente a graves y masivas protestas de la población contra la privatización. La concesionaria fue expulsada, pero adelanta hoy un juicio ante una instancia de resolución de conflictos en empresas transnacionales prácticamente controladas por el Banco Mundial y, por lo tanto, con una perspectiva de desenlace sombría.

Considero fundamental la necesidad de reafirmar el agua como un recurso público natural, cuyo suministro en condiciones higiénicas debe estar garantizado para todo ciudadano por el Estado; en consecuencia, y en el caso colombiano y de los países andinos, hay que trabajar sin descanso ni

concesiones por excluir el agua del TLC y por revivir la conciencia ambiental dentro de la cual el cuidado, el disfrute y la utilización racional del agua deben ser elementos fundamentales y elementales como el agua misma.

No puedo evitar una última y breve reflexión sobre el derecho a la salud pública en condiciones de guerra, dada la realidad que vivimos y mi dedicación a la investigación de las relaciones y las consecuencias de la guerra sobre la salud, el bienestar y el sector salud de mi país. En el numeral 10, la observación general 14 dice al respecto: "Una definición más amplia de la salud tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado". Lo hace con base, tanto en los convenios de Ginebra de 1949, como en el protocolo adicional de 1977, en particular para el caso que nos ocupa en el apartado A, capítulo 4, del protocolo adicional 2, relacionado con la protección de víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, tal como el conflicto armado interno colombiano.

Esta reflexión quiere llamar la atención en dos direcciones: la primera, advertir sobre el desconocimiento práctico reiterativo por parte del Estado colombiano de esta normatividad internacional, convertida además hace ya tiempo en leyes de la república. El desconocimiento se da, o mediante la negación política de la existencia del conflicto armado interno y su reducción a expresiones aisladas de terrorismo, o mediante la discriminación negativa de los actores armados ilegales, a quienes se considera que no deben recibir atención médica; peor aún: se amenaza y penaliza al personal sanitario que, en cumplimiento de su labor esencial y de sus imperativos éticos, le presta la atención médica requerida a cualquier víctima del conflicto, sin condicionarla a su militancia política o pertenencia a uno cualquiera de los bandos enfrentados. Según mi criterio, en ambos casos el Estado colombiano está violando el derecho internacional humanitario y está excluyendo el derecho a la salud mediante discriminación por motivos políticos a una parte de la población colombiana, con el agravante de que se involucra no solo al personal sanitario que cumple sus funciones, sino

también a la población civil que en alguna medida presta su colaboración humanitaria.

La segunda consideración se refiere a las diferentes y frecuentes limitaciones al ejercicio de varias modalidades del derecho a la salud pública para sectores de población civil, por parte de los diferentes actores armados implicados en el conflicto interno. La imposibilidad de realizar acciones de vacunación en áreas de conflicto, de movilizar en las mismas áreas a pacientes —aún urgentes y en ambulancias debidamente identificadas—, de tener adecuados suministros de medicamentos para enfermedades como la Leishmaniasis o la malaria, de asistir cuando se requiere a los centros asistenciales de los diferentes niveles, de poder adquirir y transportar los alimentos básicos necesarios, de realizar de manera adecuada y éticamente responsable el ejercicio profesional en la salud son algunas de las múltiples limitaciones o negaciones del derecho a la salud pública impuestas casi rutinariamente por los actores del conflicto, en el terreno, ya no solamente del derecho a la salud, sino del supremo derecho a la vida y a la integridad personal. Los homicidios, el secuestro, las desapariciones, las amenazas y el desplazamiento forzoso constituyen flagrantes y cotidianas violaciones, derivadas de la persistencia y degradación del conflicto social y político que enfrentamos.

Con globalización o sin ella, el Estado, los actores armados y la sociedad tenemos responsabilidades distintas y urgentes frente a esta situación, que bien puede catalogarse como crisis humanitaria, dados la gravedad y diversidad de violaciones a los derechos humanos, y entre ellos, del derecho a la salud. Como pensadores y trabajadores de la salud pública, no podemos seguir ajenos a problema; tenemos la responsabilidad de actuar en todas las formas posibles para que, aún en la situación de guerra que vivimos, todos los actores del conflicto respeten los derechos humanos, el derecho a la salud pública, el derecho internacional humanitario y la misión médica. Como ciudadanos, nos compete la misma responsabilidad, además de la de trabajar por hacer posible una solución política negociada del conflicto como parte esencial de la garantía del bienestar y la construcción de la paz.