

Asa Cristina Laurell
Una opción popular
de salud

**Para que el Paraíso Perdido pueda salir del sombrero,
y la historia se desprenda como una máscara de los rostros de los muertos,
es necesario tomar este escenario por asalto.
Consideremos, por principio, la trama que nos rodea.
Más allá de la lluvia, los árboles del parque se buscan el verano en los
bolsillos,
y el viento es el plumaje de un pájaro que cada vez que existe se marea,
aún a pesar de las ramas de todos esos árboles, que parecen ponerle un
"hasta aquí" al vacío,
más allá o más acá de esta lluvia que sirve de telón al escenario,
donde el mago se quitará el sombrero de copa para inventar que tiene un
sombrero de copa,
para inventar que es el mago que toma por asalto el escenario,
donde los rostros de los muertos resbalan como una máscara de cera, que
arrastra tras de sí
el curso derretido de la Historia.
Pero aún entonces el Paraíso Perdido bien puede quedarse dentro del
sombrero, entre una paloma y un reloj.
La paloma debe salir a investigar si la lluvia ha cesado,
el reloj debe quedarse para marcar el tiempo que la paloma empleará en no
regresar nunca.
Y el Paraíso Perdido entre la paloma y el reloj, se transfigura en el pañuelo
de colores con que el mago,
una vez terminado su número, se sonará las narices.
Delante de los árboles del parque el telón de la lluvia baja lentamente.
Entre el pasto las bestias cabecean embriagadas por la humedad
desconocida que, junto con la ausencia de la paloma,
vuelven al interior del sombrero de copa del mago.
La Historia sopla el cuerno de caza,
y el mago nos saluda desde el escenario.**

—José Carlos Becerra

El presente trabajo intenta asumir las exigencias de la nueva situación política del país, que se gestó durante años de luchas populares y cristalizó en un movimiento político-social de dimensiones inéditas durante el proceso electoral de 1988. Así, por primera vez en muchas décadas emergen como alternativa real de poder las fuerzas democráticas y de izquierda respaldadas por una mayoría popular. Esta nueva realidad obliga a revisar las prácticas de la izquierda sanitarista de crítica al "sistema" o de impulso a proyectos alternativos en salud que, vistos desde el conjunto de las necesidades sociales, resultan marginales.

Sin embargo, estas prácticas han permitido la acumulación colectiva de conocimiento y experiencias que hoy pueden ser la base para avanzar en la formulación de propuestas viables de solución a los graves problemas de salud de las clases trabajadoras; viables, se entiende, no en el marco de la actual política gubernamental sino como parte de un proyecto político democrático de los trabajadores encaminado a satisfacer sus necesidades y realizar sus aspiraciones.

El propósito de este ensayo es, entonces, contribuir a la construcción de un proyecto alternativo de salud pública a través de la problematización de la cuestión sanitaria tal como se presenta hoy en México. Esto implica abordarla en sus distintas dimensiones —como realidad de salud y como quehacer político— y de allí adelantar algunos principios estratégicos que puedan articular las distintas partes de un programa concreto. Se trata, pues, de aprovechar el patrimonio médico-social latinoamericano para desentrañar cuáles son las transformaciones posibles y que es necesario impulsar para transitar de la situación actual hacia el pleno cumplimiento del derecho a la salud, entendido no sólo como el acceso universal e igualitario a los servicios de salud sino sobre todo como control democrático sobre aquellos procesos sociales que determinan las condiciones de desarrollo de las capacidades y los potenciales biopsíquicos de las colectividades humanas.

Por otra parte, la cuestión sanitaria es un terreno privilegiado para revisar cómo las doctrinas neoliberales se expresan en un campo particular. La importancia de ello radica en que, a pesar del repudio masivo al proyecto político-económico neoliberal, el ideario de la Nueva Derecha —su sustento ideológico— se está filtrando en todos los intersticios de la sociedad. De esta manera, planteamientos como la democracia sin adjetivos, que soslaya el problema de la justicia (democracia) social; el antiestatismo a secas, que confunde lo público con lo estatal-burocrático; la creencia de que la iniciativa privada y el mercado son la solución a todos los problemas; la sustitución en el análisis de los conflictos de clase por los intereses ciudadanos abstractos; todas ideas que han penetrado no sólo entre la derecha política y gubernamental sino incluso entre sectores democráticos y de izquierda.

Este clima ideológico tiene implicaciones particularmente graves para la solución de la "cuestión social". En el terreno específico de la salud esto se expresa en el abandono del principio de la salud como obligación del Estado, que se manifiesta en un extremo, en la intención de restringir la responsabilidad estatal al ámbito de asistencia a los indigentes y, en el otro, en la propuesta de una autogestión radical en salud que exima al Estado de toda responsabilidad en el financiamiento y prestación de servicios. Uno de los hilos conductores del presente trabajo consiste en contrastar las implicaciones de los planteamientos neoliberales con las que resultan del principio básico del Estado de Bienestar de la salud en tanto derecho social universal y, por tanto, como obligación del estado y función pública.

PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN SANITARIA

Como paso previo a la formulación del proyecto de salud es necesario hacer un diagnóstico de la realidad sanitaria actual. Para ello debe considerarse tanto la problemática de salud como las respuestas sociales ante ella, particularmente en lo que se refiere a las características del sistema de salud y de la política sanitaria.

a] *Las condiciones de salud: entre la muerte por pobreza y la muerte moderna*

En las estadísticas oficiales de salud se observa —hasta donde llegan los datos— desde hace más de una década un decremento en las muertes por las causas infecto-nutricionales y

en la mortalidad infantil.¹ Junto a ello se está dando un aumento real de la morbi-mortalidad por causas "modernas" como las enfermedades isquémicas del corazón, el cáncer, los trastornos mentales, los accidentes y las violencias en los grupos de edad productiva.² Estos cambios han conducido a las autoridades sanitarias a afirmar que en México se está dando la transición epidemiológica de una problemática de salud típica de los países pobres a una propia de los países industrializados. Incluso en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se llega al exceso de afirmar que "los principales indicadores muestran el mejoramiento de las condiciones de bienestar del país".³

Sin embargo, el optimismo oficial oculta una serie de hechos que es necesario tomar en cuenta para una comprensión real de la situación de la salud en el país. Así, es preciso preguntarse qué hay detrás de los cambios en las estadísticas de salud que tanto se pregonan. O dicho de otro modo, el hecho de que algunos indicadores han mejorado ¿significa que la población goza de mejor salud? Por varias razones la respuesta es negativa. Una primera es que, a todas luces, se está dando una relación cambiante entre enfermedad y muerte. Es decir, hoy es menos común que hace unos años que algunas enfermedades sean mortales. Esta situación nos plantea una paradoja porque es perfectamente posible que haya menos muertes pero más enfermedad y sufrimiento. Un caso ilustrativo es que en muchos países — probablemente incluyendo el nuestro— se ha registrado un decremento de la mortalidad infantil y simultáneamente un incremento considerable en la desnutrición infantil.⁴ O sea, más niños sobreviven pero una mayor proporción de ellos tiene una salud precaria. La explicación de esta aparente paradoja es el desarrollo e incorporación de tecnologías sanitarias como meras técnicas paliativas en ausencia de una política social promotora de la salud.

El optimismo respecto al éxito del combate contra las enfermedades infecciosas tampoco se verifica plenamente en los hechos de la realidad. Por una parte, es innegable que pese a su decremento siguen teniendo un peso importante en la mortalidad, ya que contribuyen con 20% de las defunciones de la población general y 45% de las infantiles y preescolares.⁵ Por la otra, durante los últimos años se han dado en el país brotes epidémicos, el incremento o la reaparición de enfermedades consideradas bajo control o incluso erradicadas. Tal es el caso del paludismo, el sarampión, la tosferina y enfermedades de extrema pobreza como el tifo.⁶ Además está en desarrollo una epidemia de SIDA que amenaza con asumir un perfil semejante al de los países africanos, donde ha llegado a ser devastadora debido a los patrones de transmisión que la pobreza produce.⁷

Por otra parte, tampoco habría que celebrar la "modernización" del perfil de morbi-mortalidad mexicano presentando las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y las violencias como causas "naturales" de muerte cuando las infecciones retroceden. Estamos ante su incremento real en la población trabajadora, que por tanto está sufriendo un deterioro de sus condiciones de salud y poco se beneficia de caer víctima de lo que se presenta como los males inevitables de la civilización industrial.

Ello nos lleva a la característica más importante de las condiciones de salud en México: la gran desigualdad ante la enfermedad y la muerte, la cual es ocultada en los datos oficiales pero ha sido confirmada en todos los estudios enfocados a analizar los perfiles de morbi-mortalidad de las distintas clases sociales. Ejemplos de esta desigualdad son una mortalidad

1 Información estadística. Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno n. 4, SSA e INEGI, México, 1985.

2 Ibid.

3 Plan Nacional de Desarrollo. 1989-1994, SSP, México, 1989, p. 105.

4 C. Teller et al., *Population and nutrition*, IX International Nutritional Congress, Rio de Janeiro, 1978.

5 Información estadística..., cit.

6 J. Blanco Gil, O. López Arellano, De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis, mimeo, México, 1988.

7 *Salud pública en México. Número monográfico sobre el SIDA en México*, vol. 30, n. 3, 1988; "El SIDA: la epidemia avanza en todo el planeta", *Punto Critico*, n. 165, 1987.

infantil 3.5 veces mayor entre los hijos de los jornaleros y dos veces mayor entre los hijos de los obreros en comparación con los hijos de la burguesía;⁸ la ausencia de desnutrición en las familias acomodadas urbanas, mientras que ésta llega a afectar al 80% de los niños en las comunidades rurales empobrecidas;⁹ una expectativa de vida reducida en trece años entre los jornaleros y en siete años entre los obreros en comparación con los miembros de las clases acomodadas urbanas;¹⁰ frecuencias extremadamente altas de prácticamente todo tipo de patología en distintos grupos obreros insertados en los procesos de trabajo característicos del proyecto modernizador gubernamental.¹¹

Así visto, el panorama de salud resulta poco alentador y revela además cuáles son los determinantes de las condiciones de salud. Por importantes que pudieran ser los servicios médicos para amortiguar las condiciones de salud, resulta evidente que no las determinan. Los problemas de salud que hoy aquejan al país pueden comprenderse como una expresión específica de las condiciones de trabajo y vida imperantes. Las diferencias marcadas entre un grupo y otro en el tipo y la frecuencia de la morbi-mortalidad; la persistencia de un peso importante de la desnutrición y de las enfermedades infecciosas en la morbi-mortalidad y la reaparición de viejas epidemias; el incremento real de la patología "moderna", hablan todos de aspectos de la organización social que destruyen la salud, produciendo la enfermedad y la muerte e impidiendo el desarrollo de las potencialidades biológicas y psíquicas de las colectividades humanas.

De esta manera, en el fondo de la problemática infecto-nutricional están tanto la pobreza pretérita como el proceso de empobrecimiento generalizado de las clases trabajadoras (efecto de la crisis y de la política económica neoliberal del grupo gobernante). La patología "moderna" encuentra sus raíces en la forma de usar a los trabajadores con la sola consideración de generar ganancias; en el malestar social que engendra la violencia y en las distorsionadas prioridades económicas que provocan los accidentes. Por ello, si bien es cierto que estos procesos se expresan como desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, habría que recalcar que antes que fenómenos de desigualdad son, en rigor, formas de explotación que son reforzadas y profundizadas por el proyecto económico-político gubernamental.

b) *La política sanitaria: abarcar más y gastar menos o hacia la destrucción de la institución pública*

El precepto constitucional mexicano de derecho a la protección de la salud, plasmado en el artículo 4, es incompleto, ya que no tiene como correlato explícito el deber del Estado de proporcionarla. A diferencia del artículo 3, sobre el derecho a la educación, el artículo 4 no estipula la producción privada de servicios médicos como una concesión del Estado en la medida en que éste la autoriza y revoca.¹² Es además una constitucionalidad contradictoria, ya que el artículo 4 plantea la protección de la salud como garantía individual mientras que en el artículo 123 —referido a los trabajadores y campesinos— se retoma como derecho social cuyo cumplimiento se concreta estableciendo la Ley del Seguro Social como de "utilidad pública". Esta situación tiene consecuencias prácticas importantes para grandes grupos de la

8 M. Bronfman, R. Tuirán, "La desigualdad social ante la muerte", *Cuadernos Médico Sociales*, n. 29-30, 1984, pp. 5-24.

9 Maestría en Medicina Social, Estudio de la morbilidad de las poblaciones de Las Limas y Lázaro Cárdenas, Chiapas, mimeo, UAM-X, México, 1987.

10 Bronfman-Tuirán, art. cit.

11 Véase por ejemplo, A.C. Laurell, M. Noriega: *Trabajo y salud en SICARTSA, SITUAM*, México, 1987; M. Márquez, J. Romero, "El desgaste de las obreras de la maquila electro-electrónica", *Salud Problema*, n. 14, 1988.

12 *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Comisión Federal Electoral. México, 1988, pp. 11-14.

población que de esta manera no tiene garantizado el cumplimiento de este derecho. Así, esta conquista de la Revolución Mexicana ha sido subsumida en el marco corporativo, lo que ha tenido implicaciones muy importantes en la conformación clasista del sistema de salud partiéndolo en tres: el público-estatal, el de seguridad social y el privado.

En efecto, la creación del Sistema Nacional de Salud el sexenio pasado no debe confundirse con la constitución de un Servicio Único de Salud con cobertura universal y derechos iguales para todos. Por el contrario, significó la consolidación de dos subsistemas divergentes de salud —el de Seguridad Social y el de Población Abierta (la SSA y los servicios estatales y municipales)—, con lógicas de funcionamiento y legislación distintas. Además, oculta la cuestión de la medicina privada ya que la incluye en el Subsistema de Población Abierta junto con los servicios públicos. Así, no significó un paso en el camino de la unificación de los servicios sino la profundización del carácter clasista de la atención y de la desigualdad en el cumplimiento del derecho constitucional de protección a la salud, en tanto crea profundas diferencias entre los que tienen el dinero para acceder a la medicina privada, los que pertenecen a los sistemas de seguridad social, los que se atienden en los servicios públicos y los que quedan al margen de cualquier servicio. De esta manera, el derecho de protección de la salud es letra muerta para once millones de mexicanos y oportunidad incierta para otros treinta millones.¹³

Desde el Plan Nacional de Salud 1974-1976¹⁴ uno de los objetivos principales ha sido extender la cobertura de servicios a toda la población. El Programa Nacional de Salud¹⁵ del sexenio pasado lo vuelve a plantear pero tampoco llega a cumplirlo. Hubo dentro del subsistema público (de la Población Abierta) un incremento lento de cobertura de atención primaria —centrada en programas específicos como el control natal, las campañas de vacunación y de rehidratación oral— en las zonas rurales y suburbanas, pero sin la integración de un sistema de referencia y contrarreferencia con los tres niveles de atención.

Vista en abstracto, la orientación a fortalecer el primer nivel de atención de los servicios destaca como una política correcta, por cuanto privilegia los servicios integrales ubicados en la comunidad o el barrio y tiene costos más bajos. Sin embargo, en el marco concreto de los recortes en el gasto en salud tiende a convertirse en la justificación para proporcionar "medicina barata para los pobres" y dificultar el acceso a la atención hospitalaria y especializada. Además, al recurrir a las cuotas de recuperación como uno de los mecanismos de financiamiento de los servicios, se incrementó su costo en el sistema público. De esta manera, hubo aumentos muy importantes en las cuotas de los hospitales públicos e, incluso, se llegó a cobrar en los servicios médicos del Departamento del DF que anteriormente eran gratuitos.

Otro eje de la política sanitaria respecto a los servicios públicos es su descentralización. Pese al discurso oficial, que afirma que la descentralización "garantizará la participación organizada para consolidar el carácter democrática de la gestión de los servicios",¹⁶ se trata de una concepción vertical, autoritaria y antidemocrática de la descentralización, emparentada con la del Nuevo Federalismo regañiano. Así, su implantación fue una decisión cupular de la SSA. La precipitación y la falta de preparación técnica y práctica para la integración de los Sistemas Estatales de Salud llevó a problemas graves con trastornos en el funcionamiento de los servicios, que en algunos casos quedaron virtualmente paralizados. Mencionemos sólo dos ejemplos: el desmantelamiento del programa vertical de control del paludismo en los estados

13 El dato oficial de población sin acceso a los servicios de salud es de once millones de personas. Sin embargo, si se calcula la cobertura en función de la capacidad instalada de servicios se llega al segundo dato. IMSS-COPLAMAR, *Necesidades esenciales en México: Salud 4, Siglo XXI*, México, 1982; H. Salazar, "Política sanitaria estatal y la lucha por la salud en México", *Salud Problema*, n. 12, 1986, pp. 37-47.

14 *Plan Nacional de Salud, 1974-1976*, vol. II, Secretaría de Salubridad y asistencia, México, 1974, p. 91.

15 *Programa Nacional de Salud 1983-1988*, Secretaría de Salud, México, 1983.

16 *Ibid.*

descentralizados indudablemente jugó un papel en el resurgimiento epidémico de este padecimiento; en Guerrero, los campesinos de la sierra se vieron obligados a ocupar el hospital de campo del ex-IMSS-COPLAMAR para que se reabriera.

Por otra parte, la descentralización ha exacerbado las pugnas entre grupos de poder burocrático —particularmente los de la SSA y del IMSS—, ya que sumada a la nueva jerarquía de mando en el Sector Salud, con el secretario de la SSA a la cabeza, recrudesció la competencia entre estas dos instituciones en vez de armonizar sus acciones. La cuestión de fondo, más allá de las pugnas inmediatas, es si extender los servicios de salud en el marco de la seguridad social o bajo un esquema descentralizado estatal; problema de suma importancia, ya que las dos opciones encierran concepciones distintas del quehacer estatal. Así, la primera, predominante hasta 1983, se inscribe en la concepción del Estado de Bienestar, pues plantea la extensión de las instituciones de seguridad social a toda la población. La segunda, predominante desde 1983, pertenece a la corriente neoliberal, que plantea restringir las funciones del Estado federal como productor de servicios —eximiéndolo de hecho de la obligación de prestarlos— dando libertad operativa y responsabilidad financiera a las autoridades locales.¹⁷ Su cara oculta es que prevé operar esquemas de financiamiento que tendencialmente profundizan la desigual distribución de recursos entre regiones y grupos sociales, como se puede observar donde se ha desarrollado, por ejemplo en Chile.¹⁸ La participación democrática de nuevas fuerzas —los usuarios y los trabajadores— en el proceso de descentralización hubiera podido atenuar el peso de los grupos de poder en pugna y cambiado el contenido y la orientación de los servicios. Sin embargo, la ausencia de organizaciones democráticas de usuarios y trabajadores y de ámbitos de participación con poder real anula toda posibilidad de que influyan en el proceso.

La política de "abarcar más y gastar menos" también fue aplicada en el subsistema de Seguridad Social y lo ha afectado gravemente. Hay que recordar que los ingresos del seguro social tienen relación directa con los salarios. La depresión salarial en por lo menos un 50% significa, entonces, automáticamente una baja similar en los ingresos de las instituciones de seguridad social. A esto se añade el incremento de la población cubierta con la incorporación de nuevos grupos como los estudiantes, taxistas, ferrocarrileros y mineros sin una expansión correspondiente de los recursos materiales y humanos. El resultado no puede ser más que uno: el deterioro acelerado de los servicios prestados; cuestión palpable en el hecho de que las carencias y la pobreza, antes características de la SSA, hoy han invadido los servicios otrora prósperos del IMSS y el ISSSTE. Presenciamos, pues, el deterioro vertiginoso de estas instituciones del Estado de Bienestar Mexicano; si bien eran selectivas, no dejaban de ser logros palpables de años de lucha de los trabajadores.

El mayor peso de la situación generada por la política de incrementar la cobertura y bajar el presupuesto recae sobre los trabajadores de la salud. Así, una buena parte de los recortes presupuestales se ha hecho a costa de sus salarios. A ello se suma un empeoramiento notable de sus condiciones de trabajo, ya que han visto aumentadas sus cargas de trabajo debido a la expansión de la cobertura sin los recursos correspondientes. Y como si fuera poco, carecen de los medios necesarios para realizar satisfactoriamente su trabajo. La racionalización de los recursos se basa, además, en la profundización del control vertical en las instituciones y en técnicas de parcialización y normatización del trabajo que redundan en su degradación y real descalificación. Esta "atención a pacientes en cadena", a imagen y semejanza de la cadena de producción fabril deja pocas posibilidades de prestar un servicio de calidad.¹⁹

Todos estos elementos han desplazado artificialmente la contradicción básica de la política

17 S.S. Haignere, "The application of the free market model in Chile", *International Journal Health Services*, vol. 13, n. 3, 1986, p. 389.

18 R. Contreras et al., *Salud pública, privada y solidaria en el Chile actual*. PET, Santiago, 1986, pp. 1-36.

19 B. Gardell, A. Gustavsson, *Sjkuard pa lopande band*, Prisma, Estocolmo, 1979.

de austeridad en salud a un espacio donde no pertenece: el de la relación entre los trabajadores de la salud y los pacientes. El encuentro entre solicitantes de servicios que no alcanzan y prestadores de servicios sin condiciones para proporcionarlos tiende a hacerse cada día más amargo y agresivo, ya que la causa de la impotencia de ambos permanece invisible. Sin embargo, tanto las insistentes luchas de los trabajadores de la salud contra sus deterioradas condiciones de trabajo como las protestas organizadas de los trabajadores contra las carencias en los servicios muestran una creciente conciencia respecto a cuál es el problema de fondo.

La poca capacidad de respuesta de los trabajadores de la salud ante el deterioro de sus condiciones de vida y trabajo y su virtual ausencia en el debate sobre la política sanitaria indudablemente se deben a la estructura y antidemocracia de las organizaciones sindicales del sector. Sin embargo, como ninguna otra época la última década se ha caracterizado por las luchas constantes de estos trabajadores por la democratización sindical y el mejoramiento de su relación salarial. No parece exagerado afirmar que, incluso, tuvieron algunos éxitos al lograr impedir la fragmentación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA a raíz de la descentralización, ya que el entonces secretario de Salud, Guillermo Soberón, mejor que nadie entendió los peligros para su proyecto de un conflicto sindical importante. Asimismo, desempeñaron un papel importante, junto con otros sindicalistas del Apartado B del artículo 123, en frenar la ley de Servicio Civil de Carrera.

El problema de fondo de la política sanitaria de los dos últimos gobiernos es la orientación neoliberal de su proyecto político-económico general. En lo inmediato se ha expresado en el financiamiento del sector, ya que el gasto en salud ha caído vertiginosamente de 1983 a la fecha, pese a todas las declaraciones respecto al carácter prioritario de este sector. Así, se calcula que ha disminuido un 50% en términos reales. La disminución per capita es todavía mayor debido al incremento de la cobertura en el marco de la política de "abarcarse más y gastar menos".²⁰

Otra vertiente de las políticas neoliberales en salud consiste en abrir el campo de producción de servicios médicos al capital privado.²¹ A primera vista no se está dando en México, entre otras cosas porque el encarecimiento de los servicios privados y el empobrecimiento de los sectores medios imponen restricciones serias al mercado. Incluso se ha registrado que la demanda de los servicios de seguridad social ha incrementado a raíz de esta situación. La única manera de expandir la demanda de servicios privados sería, entonces, recurrir a formas de prepago como son los seguros médicos colectivos contratados por grupos con ingresos estables. Si a esto se añade que otra piedra angular de la doctrina neoliberal en el sector salud en todas partes ha sido el debilitamiento de las instituciones públicas, particularmente las de Bienestar Social, mediante procesos de privatización,²² se aprecia que la situación mexicana encierra signos ominosos.

Nadie más que la derecha recalcitrante se atrevería a plantear abiertamente hoy la desaparición del IMSS. Sin embargo, el hecho de que no se diga no impide que se estén preparando cambios sustanciales. En esta perspectiva el retiro del Estado del financiamiento del IMSS adquiere gravedad si se añade al deterioro de los servicios. Es decir, en este nuevo esquema la prestación de los servicios médicos a los trabajadores queda como un problema a resolver en la negociación entre la patronal y el sindicato. Y ante las múltiples dificultades y carencias enfrentadas por los trabajadores en el IMSS, es de suponer que una propuesta patronal de asegurarlos en un servicio privado sería aceptado sin mucha resistencia, por no

20 S. Vázquez et al., "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido en las instituciones que conforman el sector salud 1980 y 1987", *Salud Problema*, n. 15, 1988, pp. 37-46

21 Véase por ejemplo, P. Taylor-Gooby: "The politics of welfare privatization", *International Journal Health Services*, vol. 19, n. 2, 1988, pp. 209-20; D. Whities, J. W. Salmon: "The proprietarization of health care and the underdevelopment of the public sector", *International Journal Health Services*, vol. 17, n. 1, 1987, pp. 47-63.

22 Contreras, op. cit.; Taylor-Gooby, op. cit.

decir que gustosamente. No sería la primera vez que se vacía de contenido a una institución pública para hacer socialmente aceptable su desaparición.

De esta manera, intencionalmente o no, los efectos de la política de salud están poniendo al alcance de la medicina privada el único mercado explotable hoy en México: el de los seguros colectivos de los trabajadores organizados. Es ése el gran impulso al complejo médico-industrial privado por parte de los modernizadores en el poder. Para despejar las dudas sobre si esta perspectiva es real o no, habría que anotar que el esquema de seguros colectivos privados de atención médica ya está en marcha en Monterrey —bastión de los grupos empresariales agresivamente antiestatales— y en sectores estatales como el Metro, la UAG y la banca nacionalizada. Además varios dirigentes charros, como Rodríguez Alcaine del SUTERM, han planteado esta posibilidad ante la ineficiencia y mala calidad de los servicios del IMSS. Si esta tendencia se cumpliera, sólo quedarían en el IMSS los sectores obreros más pauperizados. En la medida en que éstos representan una base de recursos muy precaria, los servicios del IMSS se deteriorarían todavía más. Así, está en curso un grave debilitamiento de esta institución del Estado de Bienestar.

Los argumentos contra la alternativa de servicios de salud privados son de peso. Son más caros para los usuarios y para la nación; incrementan la desigualdad en la atención; su lógica no permite una orientación preventiva y comunitaria; y son de peor calidad dado que el criterio de ganancia fomenta prácticas terapéuticas de alto costo y baja eficacia. El mejor ejemplo para demostrar los dos primeros hechos son los Estados Unidos, el país que más insistentemente ha optado por resolver la cuestión sanitaria con la producción privada de servicios. El resultado de esta política es que ningún otro país gasta tanto en salud —el 11% del PIB— sin lograr siquiera dar la cobertura universal que un Servicio Nacional de Salud garantiza: carece de cobertura estable el 16% de la población o 38 millones, y en el transcurso de un año el 6% (13.5 millones) necesitó de atención médica pero no la recibió. La proporción del gasto en salud que se destina a ganancias y administración es, además, el más alto del mundo.²³ Un cálculo de costo-beneficio concluye que la implantación de un Servicio Nacional de Salud con cobertura y acceso universal en los Estados Unidos salvaría entre 47 mil y 106 mil vidas y disminuiría el gasto total en salud en un 2.4% (\$10.2 mil millones US) principalmente por medio de la eliminación de los costos administrativos erogados para controlar el acceso a los servicios.²⁴

Asimismo, está ampliamente documentado que el motivo de lucro trastorna gravemente las prácticas terapéuticas e incrementa las iatrogenias, sea bajo la forma de una alta frecuencia de intervenciones quirúrgicas innecesarias, el uso de medicamentos caros con efecto terapéutico dudoso o métodos diagnósticos tan sofisticados como inútiles.²⁵ Ya lo observaba Bernard Shaw²⁶ en 1906:

No es culpa de nuestros médicos que los servicios médicos prestados a la comunidad, tal como se suministran hoy en día, constituyan un disparate de índole asesina. El hecho de que una nación en sus cabales tras observar que se garantiza el abasto de pan dando a los panaderos un interés pecuniario en hornear pan parada gente, haya decidido dar a los cirujanos interés pecuniario en cortar-le la pierna a la gente, es suficiente para desesperanzarse de la humanidad política. Pero es eso precisamente lo que hemos hecho. Y cuanto más atroz es la mutilación, más se paga al mutilador [...]

Entonces, ¿qué hacer?

23 V. Navarro, "The arguments against a national health program: science or ideology", *Internacional journal Health Services*, vol.18, n. 2, 1988, pp. 179-89.

24 S. Woolhandler, D. Himmelstrand, "Free care: a quantitative analysis of health and cost effects of a national health program for the United States"; *Internacional journal Health Services*, vol. 18, n. 3, 1988, pp. 393-400.

25 H. Waitskin, *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Nueva Imagen, 1981.

26 Bernard Shaw, *The Doctor's Dilemma*, Penguin Books, Londres, 1975.

Afortunadamente no tenemos que empezar absolutamente desde el comienzo: ya contamos, en el *Medical Officer of Health*, con el tipo de médico que está libre de las peores privaciones, y por consiguiente de los peores vicios, de los médicos privados. Su posición no depende del número de gente que se encuentra enferma, y a la que puede mantener enferma, sino del número de gente que está sana. Se le juzga —como a todo médico y todo tratamiento debe juzgarse— conforme a las estadísticas vitales de su distrito. Cuando la tasa de mortalidad aumenta, su prestigio disminuye. Dado que todo incremento de su salario depende de un debate público respecto al estado de salud de la comunidad a su cargo, tiene todos los incentivos para empeñarse en aproximarse al ideal de una cuenta limpia de salud.

PARA UN PROYECTO ALTERNATIVO DE SALUD

Partiendo de una concepción social de la salud colectiva y de los elementos del diagnóstico de la situación sanitaria es posible formular algunos principios estratégicos para un proyecto alternativo en salud encaminado a atacar los principales problemas en este campo. El primer principio sería asumir, y no sólo proclamar, la necesidad de partir de una nueva concepción de la salud colectiva, que tome en cuenta sus determinantes sociales. El segundo principio sería postular el derecho a la salud no como garantía individual sino como derecho social universal, extrayendo su protección del ámbito de lucro. Esto tiene como correlato la obligación del Estado de garantizarla en cuanto función y bien públicos. De allí sigue el último principio, que es la defensa y transformación de la institución pública de salud sobre la base de un proceso de democratización y movilización de la capacidad colectiva de los trabajadores. Así planteada, la solución del problema depende de una combinación de lineamientos generales de política económica y social y particulares de política sanitaria.

a] *Elementos de política general*

Una concepción del proceso salud-enfermedad que ubique como los principales determinantes de las formas de enfermar y morir a las condiciones resultantes de la inserción específica de cada una de las colectividades humanas en la producción social,²⁷ plantea la necesidad de formular propuestas de acción que van más allá del sector salud. Esto es, si los problemas de salud son una expresión específica de las condiciones de trabajo y vida de los distintos grupos sociales, su solución no puede separarse de la transformación y el creciente control democrático sobre estas condiciones.

Como se vio arriba, se puede agrupar la principal problemática de salud hoy presente en México en dos grandes conjuntos: aquel que es determinado por las características del consumo y aquel relacionado con las características de los procesos de trabajo. De esta manera, cualquier proyecto en salud que pretenda resolver de raíz los problemas del primer conjunto requiere contemplar cuestiones como las políticas de salario y empleo; de vivienda y saneamiento básico; de nutrición y política agraria, y de ecología. Por otra parte, para atacar los problemas del segundo grupo es obligado contemplarlos en la política laboral e industrial.

Casi todos los programas de salud reconocen esta situación y pretenden resolverla con el planteamiento de la coordinación intersectorial. Sin embargo, en la práctica no se analiza sistemáticamente cuál pudiera ser el impacto de las distintas políticas en la salud colectiva, sea porque esté considerada, de hecho, como una prioridad secundaria o porque se tiene una

27 Véase por ejemplo, J. Breilh: *Epidemiología: economía, medicina y política*, Fontamara, México, 1987; A. C. Laurell, M. Noriega, *La salud en la fábrica*, ed. Era, México, 1989.

idea mecánica, por ejemplo de la relación entre crecimiento económico y salud.²⁸ Por ello, es necesario resaltar el problema introduciendo una especie de "contabilidad sanitaria" de modo que toda planeación económica y social contemple el problema de forma sistemática. Es factible hacerlo, ya que el conocimiento básico requerido existe e, incluso, ha servido de base para legislación concreta.²⁹ Además, si se asumiera como práctica sistemática daría un impulso a la investigación con esta orientación. La "regla de oro" sería que no se justifica ninguna racionalidad productiva que tenga altos costos humanos de desgaste, enfermedad y muerte, ni que se constituya en una amenaza a la salud de grandes grupos de población, como el uso de energía nuclear. En esta perspectiva resulta particularmente importante analizar tres aspectos de las condiciones de trabajo: la tecnología empleada, las sustancias químicas utilizadas y la organización y división del trabajo, ya que son los determinantes principales de las nuevas epidemias —las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer— que hoy afectan a la población productiva del país.³⁰

La "contabilidad sanitaria" adquiere particular importancia en el contexto de la reestructuración productiva tanto porque las nuevas tecnologías, la organización del trabajo y la relación salarial impuestas conllevan problemas importantes para la salud,³¹ como porque está cristalizando una nueva normatividad laboral para los años por venir. Puede argumentarse que la proposición de realizar una contabilidad sanitaria es inviable, ya que disminuiría la competitividad de los productos mexicanos en el mercado internacional. Sin embargo, en principio es socialmente inaceptable basar el crecimiento económico en el desgaste prematuro de algunos trabajadores y el empobrecimiento acelerado de otros y, por ello, es una exigencia democrática mínima proporcionar la suficiente información para que se puedan analizar las implicaciones económicas y sociales de distintas opciones productivas. Además, este tipo de análisis se ha mostrado viable cuando existe voluntad para realizarlo y fuerza política para instrumentalizar sus resultados.³²

b) *La política sanitaria: defensa, fortalecimiento y transformación de la institución pública*

Aunque los determinantes principales de la salud se encuentran en la organización productiva y social, son necesarias medidas específicas de política sanitaria para profundizar y avanzar en la solución de los problemas de salud. Su centro debe ser explicitar y hacer realidad la obligación del Estado de garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. El punto de llegada es, entonces, la integración de un Servicio Único de Salud gratuito y con cobertura y acceso universal. Alcanzar este objetivo pasa hoy por eliminar los obstáculos que impiden su inmediata integración y construir las condiciones que lo hacen posible.

La condición más importante, o en todo caso indispensable, es una condición política: la democratización de las instituciones. Para fortalecer y transformar las instituciones estatales de salud es una condición necesaria recuperar la experiencia y el conocimiento de sus trabajadores en un proceso real de democratización. Necesitamos además restablecer el

28 Véase por ejemplo, A. Sonis, *Salud, medicina y desarrollo socioeconómico*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1968.

29 B. Gardell, "Workers' participation and autonomy: a multilevel approach to democracy at the workplace", *International Journal Health Services*, vol. 12, n. 1, 1982, pp. 527-58.

30 J. Narro et al., "Evolución reciente de la mortalidad en México", *Revista Comercio Exterior*, vol. 34, n. 7, 1984.

31 Véase por ejemplo, M. Echeverría: *Enfermedades de los trabajadores y crisis económica*, PIPSAL, Santiago, 1983; R. A. Karasek et al., "Job decision latitude, job demands and coronary heart disease", *American Journal Public Health*, vol. 71, 1981, p. 694-705.

32 G. Dahlgren, F. Diderichsen, "Strategy for equity in health: a report from Sweden", *International Journal Health Services*, vol. 16, n. 4, 1986, p. 517.

vínculo primario entre ellos y los usuarios de los servicios en un proceso de discusión y participación para fijar prioridades y formas de acción. Sólo movilizándolo las fuerzas básicas interesadas en la salud será posible construir la capacidad colectiva para plantear y resolver los complejos problemas en este campo. Además esto permitirá contrarrestar a los grupos de poder burocrático y económico que históricamente han mostrado una gran capacidad para sabotear las reformas sanitarias.³³ Para decirlo de algún modo, lo que se buscaría es establecer un nuevo pacto social institucional que descansaría, por una parte, sobre la democratización de las instituciones y, por la otra, sobre la satisfacción de los intereses específicos y legítimos de los trabajadores de la salud.

La democratización de las instituciones de salud implica establecer formas efectivas de participación de los trabajadores y usuarios en la formulación de políticas y en la gestión institucional. Junto con ello se instrumentarían mecanismos que permitan el nombramiento democrático de los cuadros directivos de las instituciones sobre la base de su probada competencia técnica y el conocimiento de los problemas a resolver. Tendrían la obligación de instrumentar las políticas fijadas por los organismos democráticos de gestión y responder ante ellos.

La satisfacción de los intereses específicos de los trabajadores significa en un inicio restablecer sus condiciones salariales y laborales. Asimismo, es indispensable garantizar la democracia sindical para recuperar las instancias de lucha y de negociación y acuerdo de los trabajadores, sin las cuales un pacto institucional es imposible ya que reproduciría el esquema de decisiones populares verticalmente impuestas que es un elemento importante en el proceso actual de deterioro institucional. Por la misma razón, no se puede lograr una real democratización institucional sin sindicatos representativos.

Sólo con el cumplimiento de estas dos condiciones se puede lograr lo que sería el motor de la transformación de las instituciones, a fin de que pasen de ser aparatos dominados por grupos de poder burocráticos, representantes de intereses particulares (los suyos propios y los de los grupos hegemónicos), a ser instituciones públicas comprometidas en la solución de los problemas colectivos de salud: la movilización de la capacidad y creatividad de los trabajadores en el cumplimiento de este cometido. Este patrimonio institucional público ha sido destruido sistemáticamente durante las últimas décadas con la administración vertical y autoritaria, la normatización estricta y la parcialización de las tareas; ello no sólo ha impedido el desarrollo de cualquier iniciativa de los trabajadores sino además, como ya se señaló, ha generado una descalificación del trabajo de todas las categorías de trabajadores, incluyendo a los médicos. La movilización de la capacidad colectiva significa, por una parte, recuperar sus conocimientos para hacer frente creativamente a las necesidades de promoción y atención a la salud de la población. Por la otra, es necesario impulsar un proceso de recalificación del trabajo institucional, con formación y capacitación continua que proporcione los elementos para transformar la orientación de los servicios y actualizar e incrementar la capacidad técnica. Permitiría, también, lograr una mayor movilidad laboral institucional. La suposición de esta propuesta es que a todos, o casi todos, les gusta hacer bien su trabajo a condición de que tengan responsabilidad y capacidad de toma de decisiones. A ello se suma como elemento positivo que el trabajo en salud es universalmente visto como socialmente útil.

La cuestión de la participación real de los usuarios en la gestión de los servicios de salud (a diferencia de la tan publicitada como inexistente "participación comunitaria" actual) requiere de algunas consideraciones particulares. Plantea problemas en México tanto por la supresión sistemática de todas las formas de participación democrática en el conjunto de la sociedad

33 Véase por ejemplo, G. Berlinguer; *Gli anni difficili della riforma sanitaria*, De Donato, Bari, 1982; E. Villaca Mendes, "El sistema unificado y descentralizado en el actual contexto de la Reforma Sanitaria brasileña", *Cuadernos Médico Sociales*, n. 47, 1989, pp. 19-26.

como por la fragmentación del sistema de salud. Así, la manera de adoptar lineamientos generales de política sanitaria en las democracias parlamentarias pasa mínimamente por opciones programáticas partidarias (que expresan intereses de clase) y procesos electorales competitivos; su discusión y aprobación parlamentaria; su instrumentación bajo la responsabilidad gubernamental y su aprobación, rectificación o revocación, si no antes, al término del mandato de gobierno en un nuevo proceso electoral. A ello se añade en la mayoría de los casos mecanismos de participación y control ciudadano sobre los servicios a nivel local.³⁴ Como es obvio, nada de esto ocurre en México, donde la política sanitaria — independientemente de su contenido— no es más que una decisión autoritaria del Ejecutivo que instrumentan grupos burocrático-institucionales que sólo responden ante él. Ciertamente, como ha sido ampliamente analizado,³⁵ ni la política sanitaria fijada con el procedimiento parlamentario ni la política sanitaria del Estado mexicano son ajenas a una serie de determinaciones económicas y políticas derivadas, en última instancia, de la relación de fuerza histórica y actual entre las clases.³⁶

La participación democrática en la formulación de la política sanitaria en México empieza, por ello, con la democratización de los procesos políticos formales, pero no se agota en ella. La fragmentación del sistema de salud obliga a pensar estrategias de democratización institucional distintas, pero confluyentes en el largo plazo, para el subsistema de Seguridad Social y el subsistema de Población Abierta (la SSA y las secretarías estatales de salud), ya que tienen usuarios distintos y con formas de organización diversas. La clave para el primero que tiene como derecho habientes a trabajadores sindicalizados sería la estructuración de órganos tripartitos (administración, trabajadores y derechohabientes) y con amplias funciones a todos los niveles de decisión y evaluación institucionales. Esto tiene viabilidad a condición de que se dé un proceso de democratización en los sindicatos para que puedan representar auténticamente a sus apremiados derechohabientes.

Dentro del subsistema de Población Abierta, que en principio está descentralizado, los órganos de gestión naturalmente se ubicarían a nivel municipal, pero su representatividad, de nuevo, depende del proceso de democratización electoral y el fortalecimiento de la capacidad de toma de decisiones en este nivel. En un periodo de transición habría que convertir la necesidad en virtud. Es decir; mientras que no haya una representación definitivamente democrática dentro del sistema de administración política, sería obligada la participación de las organizaciones sociales populares, que hoy son las únicas que garantizan la expresión real de los intereses de los usuarios.

Finalmente, sería necesario establecer un sistema de información sobre salud pensado en función de la gestión democrática de la salud. Es decir, se requiere de un sistema que pueda ser manejado a nivel local y con capacidad para proporcionar oportunamente los elementos de conocimiento necesarios para la toma de decisiones. Esto significa ante todo poder medir el impacto en las condiciones colectivas de salud de las distintas acciones emprendidas, a fin de no seguir con la práctica viciada de fijar metas en función del número de acciones realizadas y no en función de los impactos que se quieren alcanzar.³⁷

Pero tampoco se trata de resolver problemas y satisfacer necesidades sólo con democracia, voluntad e información, sino que se requiere incrementar sustancialmente los recursos del

34 G. Berlinguer, *Una riforma per la salute*, De Donato, Bari, 1979 (Apéndice legislativo).

35 Véase por ejemplo, S. Fleury, "Las ciencias sociales en salud en el Brasil", en E. Nunes (ed.), *Ciencias sociales y salud en la América Latina*, OPS-CIESU, Montevideo, 1986, pp. 91-102; L. Doyle, *The political economy of health*, South End Press, Boston, 1981.

36 Véase por ejemplo, G. Therborn, J. Roebroek, "The irreversible welfare state", *International Journal Health Services*, vol. 16, n. 3, 1986, p. 322; V. Navarro, "Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the U.S. has neither", *Social Science and Medicine*, vol. 28, n. 9, 1989, pp. 887-98.

37 Andersson, N. et al., *La epidemiología y la descentralización de la planeación*, CIET-UAG, Acapulco, 1986.

sector salud con una clara intención de redistribución de la riqueza social. Por ello, el aumento de los recursos no es sólo un problema cuantitativo, sino que su distribución debe reflejar los cambios cualitativos en la política sanitaria; viabilizar las prioridades fijadas en función de los determinantes de las condiciones de salud y tender a homogeneizar las condiciones de funcionamiento entre los dos subsistemas públicos como un paso necesario en su proceso de unificación. Esto significa priorizar el incremento real y acelerado del gasto público en salud a fin de alcanzar sus niveles históricos en el corto plazo y a partir de allí iniciar el crecimiento real. Volver al nivel histórico significa incrementar el gasto en salud del 2.5% al 6.5% del gasto público,³⁸ o sea, menos del 7% del monto que hoy se destina al pago de la deuda.

Caben sobre este problema otras dos consideraciones. Primero, el resultado de una política de descompresión salarial sería automáticamente un aumento en los ingresos de las instituciones de seguridad social, ya que están fijados como un porcentaje de éstos. Esto nos lleva a la segunda cuestión: la distribución de los recursos públicos entre los subsistemas estatal y paraestatal. La tendencia de la última década, particularmente durante el anterior sexenio con el retiro del Estado del financiamiento al IMSS, ha sido transferir recursos del subsistema de seguridad social al subsistema de población abierta (SSA y las secretarías estatales de salud). Aunque se argumente una razón redistributiva —la de disminuir el subsidio estatal a la atención a los trabajadores asegurados transfiriendo estos recursos a la SSA para la población más desprotegida—, es una estrategia neoliberal de retiro de la responsabilidad estatal en salud que asume tan sólo la asistencia a los depauperados. Se inscribe, pues, en la lógica de cargar los costos de la atención a los usuarios que también está detrás de los aumentos en las cuotas de recuperación en las instituciones públicas. En contraste, una política redistributiva de la riqueza social (no de la menguada masa salarial) en salud tendría por lo menos tres ejes: el incremento del porcentaje del NB destinado al gasto en salud; una distribución diferencial del gasto público entre los distintos subsistemas a fin de igualarlos pero sin eliminarlo en ninguno; y la supresión de los mecanismos de pago que condicionan el acceso a la atención a la capacidad económica del necesitado.

El primer paso en la construcción del Servicio Único de Salud, en términos de reordenamiento institucional, sería la unificación de los institutos de seguridad social (ISSSTE e IMSS) en una sola institución y juntar a ésta con la SSA en una Secretaría de Salud y Seguridad Social. Es decir, se trata de ir construyendo una estructura administrativa unificada que permita garantizar el proceso de homogeneización de los distintos servicios con vistas a su eventual unificación. Esto pasa por la inmediata reconstrucción y fortalecimiento institucional en el marco de la democratización de su gestión y el incremento de los recursos. El reto consiste en revertir el deterioro de los servicios y mejorar su calidad; eso es, mostrar a los usuarios que los servicios públicos son la mejor solución a los problemas de salud.

La contraparte de la política de fortalecimiento de la institución pública y otra vertiente de la construcción de un Servicio Único de Salud es la disminución del peso del complejo médico-industrial privado en el sector salud. Ello involucra una regulación precisa de los seguros colectivos privados y de la producción de servicios médicos, medicamentos y equipo médico. En un inicio se trataría de establecer un estricto control de precios y de calidad con mecanismos sistemáticos de auditoría médica. Simultáneamente, habría que avanzar en la expansión del sector público en estas actividades. Es, además, un campo propicio para introducir nuevos mecanismos fiscales que graven las sobreganancias del complejo médico-industrial y establezcan un impuesto especial para los hospitales privados que no cumplen con su obligación de destinar el 5% de sus camas a la atención de la población necesitada; medida que sin duda tendría legitimidad social por el carácter del sector.

Se avanzaría en la descentralización estatal y municipal de los servicios públicos (la Secretaría de Salud y Seguridad Social) pero cambiando sus principios fundamentales. De

38 Vásquez et al., op. cit.

esta manera, los lineamientos de política sanitaria nacionales se basarían en la gestión democrática de los servicios y en un esquema de financiamiento que garantice la distribución igualitaria de recursos a nivel nacional independientemente de la capacidad local para captar recursos. Asimismo, habría que preparar la descentralización con la debida planeación y la preparación técnica de los recursos locales para evitar el deterioro de los servicios. Finalmente habría que señalar que este ordenamiento de los servicios no es incompatible con un sindicato nacional del sector, por lo que es posible instrumentarlo sin menoscabo de los derechos sindicales de los trabajadores de la salud.

Respecto al contenido y la orientación de los servicios públicos de salud, su énfasis estaría en la prevención y promoción de la salud y en el fortalecimiento del nivel de atención primaria. Esto significa atender integralmente problemas claves como la salud materno-infantil (incluyendo la legalización del aborto), la desnutrición, el saneamiento básico y el alcoholismo, mediante el establecimiento de programas a nivel municipal y comunitario con la participación efectiva de los organismos democráticos en su planeación y gestión. Por otra parte, significa la promoción de las medidas de protección de la salud en el trabajo, mediante la participación de los trabajadores de base y sus sindicatos y, además, con el establecimiento de una inspección del trabajo técnicamente competente y con suficiente equipo.

Sin embargo, el pleno cumplimiento del derecho a la protección de la salud no admite restringir el acceso al primer nivel de atención, como hoy ocurre. Por ello, se requiere de un crecimiento armónico de los tres niveles de atención y la construcción de un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia sobre la base de la regionalización de los servicios.

Hoy una parte de la solución a los problemas de salud de las clases trabajadoras se logra con prácticas populares de salud y con las iniciativas de grupos populares organizados para la autogestión de la salud. La institución pública deberá promover, apoyar, respetar y aprender de estas prácticas en el entendido de que ello no invalida el principio del cuidado de la salud como obligación del Estado y derecho de la población.