

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología**



Significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

Casos de hogares que usan los servicios de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (ASEMBIS), sucursal Guadalupe y de hogares que usan los servicios del Hospital Clínica Santa María (HCSM). 2009

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología

Karina Valverde Salas

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Marzo, 2010

Índice de contenidos

Índice de contenidos	2
Índice de cuadros	6
Índice de figuras	7
Índice de gráficos	7
Índice de recuadros	8
Índice de tablas	9
Dedicatoria	10
Agradecimientos	11
Resumen	12
Introducción	14
Justificación.....	18
Capítulo I. <i>Construcción del problema de investigación.</i>	20
1. <i>Investigaciones con enfoques desde las personas:</i> acercamiento a los significados...20	
2. <i>Enunciación del problema de investigación</i>	26
3. <i>Objetivos</i>	27
3.1. <i>Objetivo general</i>	27
3.2. <i>Objetivos específicos</i>	27
4. <i>Estrategia metodológica:</i> enfoque, técnicas, análisis.	28
4.1. <i>Tipo de estudio:</i> enfoque cualitativo.	28
4.2. <i>Definición del espacio-tiempo y de los sujetos de estudio:</i> ubicación trabajo de campo.....	29
4.3. <i>Operacionalización de objetivos específicos:</i> definición de dimensiones, variables e indicadores.....	35
4.4. <i>Fases del proceso de investigación:</i> ejecución de las fases.....	36
I Fase: Revisión de bibliografía y profundización en el análisis.	36
II Fase: Elaboración de los instrumentos y ubicación de los informantes.	37
III Fase: Trabajo de campo.....	39
IV Fase: Sistematización y análisis de los resultados obtenidos.	46

V Fase: Verificación de los componentes del trabajo.....	51
Capítulo II. Marco teórico: fundamentos para la interpretación.	54
1. Salud, enfermedad y medicalización: aportes a su discusión conceptual desde la sociología.....	56
1.1. Salud y enfermedad: ¿dualidad excluyente? Y la medicalización como “cura”.....	56
1.2. Salud y enfermedad: cómo poder pensarlas.	57
1.3. Medicalización: mecanismo de normalización social ante el conflicto.....	61
1.4. Sistemas de creencias: salud-enfermedad como conceptos dinámicos de sociedades históricas.....	65
1.5. Imaginarios sociales: su abordaje en tanto fundantes de significados.	67
1.6. Teoría del mundo social aplicada a la sociología de la salud.	69
1.7. Sana-sano, enfermo-enferma: condición de género sobre la salud y la enfermedad como proceso histórico.....	73
1.8. Los conceptos en tanto propuestas para interpretación de la realidad.	76
2. Salud: determinantes públicos y privados a partir de una visión sociológica.....	78
2.1. Imbricación entre lo público y lo privado: una condición hacia la privatización.....	78
2.2. Procesos de privatización: enfoques y discusiones teóricas en relación a la salud y la enfermedad.	84
2.3. Los conceptos en tanto propuestas para interpretación de la realidad.	95
Capítulo III. Contexto estructural: sistemas de salud, servicios médicos y privatización.	97
1. Dimensión socio-institucional	99
1.1. Transformaciones estructurales: breve referencia a hechos que implicarían rupturas.....	99
1.2. Procesos de privatización: ejes de las transformaciones.....	104
Medicina privada se remoja.....	107
1.3. Reformas de salud en América Latina: algunos aspectos generales.	113
1.4. Reforma del sector salud costarricense: breve análisis y repercusiones concretas. ...	123
2. Dimensión económica	137
2.1. Imbricaciones entre lo público y lo privado a partir de mediciones estadísticas: hogares como agentes de financiamiento	137

2.2. Implicaciones del llamado gasto en salud para los hogares: apreciaciones desde la noción de <i>gasto catastrófico</i>	152
2.3. Aspectos generales sobre la participación del sector privado en el sistema nacional de salud: sus múltiples funciones y las relaciones complejas con el sistema público de salud.....	158
2.4. Conclusiones generales: sistematización de puntos relevantes.....	168
Capítulo IV. Relatos de experiencias como datos: resultados y análisis interpretativo	170
1. Resultados a partir de los cuestionarios aplicados	170
1.1. Caracterización de los hogares que usan servicios médicos privados de ASEMBIS y el HCSM	170
1.1.1. Datos personales: características sociodemográficas.	170
1.1.2. Datos generales de los hogares.....	172
1.1.3 Uso de servicios médicos privados.....	177
2. Categorías de análisis: proceso de sistematización y análisis.....	182
2.1 Relatos sobre elementos estructurales	183
2.1.1 Imbricación estructural: doble rol.	183
2.1.2 Procesos de privatización y sus implicaciones en los servicios médicos públicos	193
2.2 Relatos sobre estrategias.	200
2.2.1 Vínculos complejos a partir de experiencias particulares: ruta crítica de estrategias.....	200
2.2.2 Implicaciones de las estrategias en el presupuesto de los hogares.	208
2.2.3. Servicios médicos de La Caja: ¿para qué sirven entonces?	215
2.3. Relatos sobre significados.	226
2.3.1. ¿Qué significa pagar?: derecho a la salud condicionado.	227
2.3.2. ¿Qué significa usar servicios médicos privados a partir de experiencias particulares?: vacíos de los servicios de La Caja.....	234
2.3.3. Sano (a) y enfermo (a): significados de eventos corpóreos y la atención del proceso salud-enfermedad.	245
Capítulo V. Conclusiones	256
1. Hallazgos a partir del análisis de los resultados.	256

<i>1.1. Conclusiones sobre los relatos de aspectos estructurales.</i>	259
<i>1.2. Conclusiones sobre los relatos de estrategias</i>	261
<i>1.3. Conclusiones sobre los relatos de significados.</i>	264
<i>2. Reflexiones finales</i>	268
Bibliografía	271
Anexos	280

Índice de cuadros

Cuadro 1. Costa Rica: Montos totales anuales de la medición del gasto en salud de los hogares por uso de servicios médicos privados, según año. 1971 – 2006. (Millones de colones)	140
Cuadro 2. Costa Rica: Montos totales de la medición del gasto en salud de los hogares según tres rubros de gasto y año. 1971 – 2006. (Millones de colones corrientes)	143
Cuadro 3. Costa Rica: gasto en salud promedio por quintil de ingreso per cápita del hogar según rubro de gasto. 2006 (Miles de colones)	153
Cuadro 4. Costa Rica: compromisos de gestión firmados entre la CCSS y proveedores externos a agosto. 2008	165
Cuadro 5. Caracterización de las personas a quienes se aplicó el cuestionario según edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia y condición de aseguramiento. 2009	171
Cuadro 6. Caracterización de los hogares según uso de servicios médicos privados en otros centros privados y uso de servicios médicos públicos. 2009	173
Cuadro 7. Caracterización de los hogares según tamaño del hogar, personas mayores y menores de edad, personas que usan servicios médicos privados y personas con trabajo remunerado. 2009	176
Cuadro 8. Uso de servicios médicos realizados en el HCSM y ASEMBIS según persona que se le aplicó el cuestionario. 2009	178
Cuadro 9. Costa Rica: Montos totales anuales de la medición del gasto en salud de los hogares por uso de servicios médicos privados, según año. 1971-2006. (Millones de colones. Cifras absolutas y relativas)	309
Cuadro 10. Costa Rica: Montos totales de la medición del gasto en salud de los hogares según rubro de gasto y año. 1971-2006 (Millones de colones. Cifras absolutas)	309
Cuadro 11. Costa Rica: distribución relativa del gasto en salud por quintil de ingreso según rubros de gasto en salud. 2006 (Cifras relativas)	310
Cuadro 12. Costa Rica: gasto en salud promedio por quintil de ingreso per cápita del hogar ¹ según rubro de gasto. 2006 (Miles de colones)	311

Índice de figuras

Figura 1. Proceso general de análisis de datos cualitativos	46
Figura 2. Costa Rica: Participación del sector privado como proveedor y financiador de servicios de salud. 1986-2001	162
Figura 3. Proceso de ruta crítica para ingresar a los servicios médicos especializados de La Caja	202
Figura 4. Aspectos de comparación según servicios médicos privados y públicos	243

Índice de gráficos

Gráfico 1. Costa Rica: Montos totales de la medición del gasto en salud de los hogares según tres rubros de gasto y año. 1971 – 2006.	144
Gráfico 2. Costa Rica: crecimiento real en los rubros de compra de medicamentos, consulta odontológica y consulta médica según periodo de tiempo. 1971-2006	145
Gráfico 3. Costa Rica: distribución relativa del gasto en salud por quintil de ingreso según tres rubros de gasto en salud. 2006 (Cifras relativas)	154
Gráfico 4. Costa Rica: distribución relativa del gasto catastrófico por quintil de ingreso per cápita del hogar. 2006	155
Gráfico 5. Costa Rica: Composición de las funciones de salud financiadas por el sector público según proveedor. 1998	158
Gráfico 6. Costa Rica: Índice de precios al consumidor, base julio 2006. Series enlazadas del índice general y variación porcentual mensual. 1976-2009.	311

Índice de recuadros

Recuadro 1. Objetivos promovidos por los PAE I, PAE II y PAE III, aplicados a Costa Rica	103
Recuadro 2. Sector privado como proveedor directo de servicios médicos	107
Recuadro 3. Objetivos de las reformas del sector salud en los países de América Latina y el Caribe. 1990	118
Recuadro 4. Algunas experiencias del modelo mixto público-privado en Europa	122
Recuadro 5. Experiencias de algunas contrataciones de la CCSS al sector de servicios médicos privados. El caso de ASEMECO	130
Recuadro 6. Juntas de salud como modelo de participación social para la gestión del nuevo modelo en salud planteado por el Proyecto de Reforma en Salud	134
Recuadro 7. Aclaraciones metodológicas de las encuestas como instrumentos para medir el llamado gasto privado en salud de los hogares.	139
Recuadro 8. Algunas precisiones sobre la medición del gasto en salud: comparabilidad de los datos	142
Recuadro 9. Interpretaciones según ejercicio de regresión logística sobre uso de servicios privados de hospitalización	148
Recuadro 10. Interpretaciones según ejercicio de regresión logística sobre uso de servicios de consulta médica privada	149
Recuadro 11. Variables de incidencia de los gastos de bolsillo en América Latina	157
Recuadro 12. Listas de espera y adecuación de los precios a exámenes especializados en centros médicos privados.	181
Recuadro 13. Breve reseña sobre las encuestas de gasto privado en salud en Costa	305

Índice de tablas

Tabla 1. Costa Rica: Características generales de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social, sucursal Guadalupe y del Hospital Clínica Santa María (HCSM). 2007.	32
Tabla 2. Sistematización del trabajo de campo realizado en ASEMBIS	40
Tabla 3. Sistematización del trabajo de campo realizado en el HCSM	41
Tabla 4. Presentación de las personas que se entrevistaron por cada hogar seleccionado. Cronológicamente	45
Tabla 5. Costa Rica: Modelos de participación del sector privado ejecutados durante el periodo 1974-1994	111
Tabla 6. América Latina y el Caribe*: tipologías de las reformas y modelos de salud	306
Tabla 7. Costa Rica: Índice de precios al consumidor, base julio 2006. Series enlazadas del índice general y variación porcentual mensual. 1976-2009	308

Dedicatoria

A Aixa Daza, porque a pesar de que su sentido de la vida estaba volcado hacia la búsqueda de sí misma y en la comprensión de su existencia, estuvo presente en cada etapa de este proceso.

Para comprender de qué trata la sociología es preciso – como se ha dicho – entenderse a sí mismo como una persona entre otras. (Elias, 1982: 16)

Agradecimientos

Los agradecimientos son muchos, escribir nombres sobre este papel podría causar la omisión de algunas personas, pero muchas ya se dan por aludidas.

Gracias Pablo, por todo, por cada letra, cada palabra y cada frase formada. Por hacer de la magia poética, realidad concreta.

Gracias Luisca, por apoyar cada parte, por acompañarme.

Gracias a la familia Bonilla-Soto, Carballo-Chaves, Chaves Cambronero y Castillo-Porras.

Gracias Ana Terán y Jorge Campos, cada una de sus palabras y de las intenciones trabajadas se reflejan en este documento.

Gracias Clau, vos sos una mujer maravillosa, te agradezco por asumir juntas las improvisaciones del jazz de la amistad.

Jorge, a vos gracias también.

Sami y Juan, toda su energía, su compromiso, su constancia y vitalidad me han provocado la gran alegría de que sean parte de mi vida.

A Pamela, por ayudarme a interpretar las voces de mi cuerpo.

Gracias a Daniel Chaves Huertas por comprometerse con el apoyo de esta investigación.

Gracias también a mis compañeras y compañeros de carrera; a los y las profesoras que me enseñaron más que Sociología.

A mis compas de la Veci, Gus y Pao, llegar ahí fue llegar a un oasis.

Un agradecimiento especial a todas las personas entrevistadas, por hablar en voz alta, por compartir sus angustias, confusiones, decepciones y anhelos. Por todos esos cuerpos que han sido violentados, controlados, intoxicados y que se resienten debido a quedar entre la encrucijada impuesta de morir o vivir.

Muchas gracias al comité asesor que apoyó este trabajo. Aprecio mucho su confianza en mí.

Gracias a mi mamá, Aixa Salas Guzmán, por ser mujer de fortaleza impresionante.

También a mis hermanas, Silvana y Natalia, y mis sobrinas Miranda y Sofía, que muchas veces tuve que negarles un rato de juegos.

A mi papá, Eliécer Valverde Montes, gracias por afirmar la confianza en mis ideas.

Un agradecimiento al Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica, por considerar mi trabajo, por respetarlo y por permitirme compartir con muchas de las personas que allí trabajan. Gracias a Juliana, Koen, Andrés, Carlos, Sindy, Lore y Yorle.

A Courtney Lee y Megan Rehder por nuestro encuentro en común.

Muchas gracias a mi profesor y amigo Randall Blanco Lizano, por su profundo respeto hacia mi proceso y su sensibilidad.

Resumen

Valverde Salas, Karina. Significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos. Casos de hogares que usan los servicios de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (ASEMBIS), sucursal Guadalupe y de hogares que usan los servicios del Hospital Clínica Santa María (HCSM). 2009. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Sociología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2010.

Esta investigación, presenta un estudio sobre el sistema nacional de salud en relación al sector público y privado de servicios médicos.

Su énfasis está sobre los significados que los hogares atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos. Se toma en cuenta el uso de los servicios médicos públicos a los que los hogares tengan acceso, sin embargo, el interés se concentra en el uso de servicios médicos privados: por qué los usan y qué significa dicho uso; considerar el sector público permitió dar cuenta de los vínculos que hacen los hogares entre los servicios que se brindan en cada sector.

Estos significados, se derivan de los relatos de experiencias obtenidos por medio del trabajo de campo realizado, el cual consistió en la aplicación de nueve entrevistas a profundidad.

Uno de los resultados principales que se obtuvieron es que los servicios médicos privados se han convertido en los intermediarios del acceso a los servicios médicos públicos (los de La Caja), esto debido, entre otras cosas, a una expulsión institucional y sistemática hacia el uso de servicios médicos privados; al doble rol que ejercen las y los profesionales en medicina, y finalmente, a los significados que atribuyen las personas a lo privado como la posibilidad de poder decidir sobre su salud mientras en lo público “hay que aceptar lo que haya”.

Palabras clave

Enfermedad-Medicalización-Privatización-Proyecto Reforma del Sector Salud -Salud-
Servicios médicos públicos-Servicios médicos privados-Significados-Vínculos

Siglas

ASEMBIS: Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social

ASEMECO: Asociación de Servicios Médicos Costarricenses

AyA: Acueductos y Alcantarillados

BCCR: Banco Central de Costa Rica

BM: Banco Mundial

CCP: Centro Centroamericano de Población

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CGB: Carga gasto de bolsillo

EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

EHPM: Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples

ENGAS: Encuesta de Gastos en Salud

ENIG: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos

ENSA: Encuesta de Salud

FMI: Fondo Monetario Internacional

HCSM: Hospital Clínica Santa María

IFI: Instituciones Financieras Internacionales

ILPES: Instituto de Planificación Económica y Social

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

INS: Instituto Nacional de Seguros

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAE: Programas de Ajuste Estructural

TAC: Tomografía Axial Craneal

UAM: Universidad Autónoma de México

UCR: Universidad de Costa Rica

Introducción

La pregunta que cualquiera que se ocupe de la sociología ha de plantearse a sí mismo, por tanto, reza: ¿hasta qué punto en la elaboración o en la consideración crítica de las teorías sociológicas no estoy buscando en primer término dar validez a una idea previamente existente de cómo deben ordenarse las sociedades humanas? (Elias, 1982: 185)

El uso de los servicios médicos privados no es un hecho nuevo en Costa Rica, pero el incremento sostenido en relación con la utilización de estos servicios realizado por parte de algunos sectores de la población, ha motivado que se generen análisis en torno a dichos cambios.

Las investigaciones se han centrado en estudios con enfoques económicos y cuantitativistas, por lo que hay escasos estudios con enfoque cualitativo que hayan mostrado las implicaciones de las transformaciones de las políticas de privatización, sobre los servicios médicos, en la vida de las personas.

Este trabajo contribuye, a partir de un enfoque cualitativo, al análisis del objeto de estudio, el cual consiste en los significados que atribuyen las personas al uso de este tipo de servicios, que a su vez permitirá explicar por qué se usan servicios médicos privados y cómo se vinculan con el uso de servicios médicos públicos a los que se tenga acceso.

Como lo muestran los estudios que se presentan más adelante, los hogares se han convertido en la unidad que participa de manera importante en la consolidación del sector privado de servicios médicos, de ahí la razón para trabajar con estos como unidades de estudio. Los hogares se vinculan con los servicios que se brindan en cada sector, son agentes del campo de la salud y se ven implicados en los procesos estructurales de cambio social.

El primer capítulo de la tesis trata sobre tres aspectos: uno que presenta algunas investigaciones previas que aportaron elementos metodológicos y teóricos a esta investigación, el segundo es sobre la estrategia metodológica y diseño de las técnicas

utilizadas definidas para cumplir con los objetivos de investigación; por último se presenta el problema planteado. Este consiste en analizar los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados que hacen hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

El segundo capítulo consiste en el marco teórico propuesto para interpretar y analizar los resultados de la investigación en relación estrecha con el contexto sociopolítico elaborado para ubicar el tema en cuestión. El capítulo se desarrolla según dos puntos principales: uno que da cuenta de la discusión teórica sobre salud, enfermedad y medicalización de acuerdo al tema de los significados y un segundo punto es sobre los determinantes públicos y privados de la salud, en el cual se discute sobre qué es lo público y qué lo privado; así, se propone un análisis de los procesos de privatización en los sistemas de salud y sus implicaciones en el proceso salud-enfermedad.

El tercer capítulo corresponde a un análisis del contexto sociopolítico de los procesos de privatización sobre los sistemas de salud y servicios médicos en particular. La temática se ubica a nivel regional y se hacen algunas precisiones a nivel mundial. Este capítulo se divide en dos dimensiones, una, que versa sobre las políticas de reforma, las transformaciones a partir de estas políticas, implicaciones a nivel estructural y apreciaciones generales, es decir, una *dimensión socio-institucional*. La segunda dimensión, explora las *dimensiones económicas* a partir de un análisis de insumos cuantitativos que permitieron destacar transformaciones en cuanto al sector público y privado de servicios médicos, así como al uso de estos servicios. A partir de este análisis se constató la relevancia de proponer una investigación con enfoque cualitativo para saber cómo se experimentan todas esas transformaciones en la vida concreta de las personas y qué significados les atribuyen.

El cuarto capítulo muestra el análisis y la interpretación a partir de los resultados obtenidos, por medio de los relatos como datos cualitativos. La presentación se divide en las tres categorías de análisis definidas para sistematizar las entrevistas en profundidad y las líneas de análisis que se conforman en cada categoría. Cada una se compone de relatos específicos que se escogieron a través del proceso de reducción de la información. La primera categoría trata de los relatos sobre elementos estructurales, es decir, cómo se explica la gente las transformaciones a nivel estructural en relación a los vínculos públicos y privados de servicios médicos.

La segunda categoría es relatos sobre estrategias, esta involucra los testimonios que muestran cómo hacen las personas para usar los servicios médicos privados, las ventajas y desventajas, expresan cómo se agencian las personas para usar los servicios médicos de uno y otro sector así como cuándo consideran que es mejor acudir a “La Caja” o “afuera”.

La tercera es relatos sobre significados, se compone de los relatos que expresan significado, en otras palabras, que responden al por qué usar servicios médicos privados y cómo se articulan los vínculos público-privado. Dan cuenta de las connotaciones emocionales y afectivas como impotencia, angustia, necesidad, privilegio, confianza, tranquilidad y obligación.

La primera categoría devela las explicaciones que de las complejas relaciones estructurales hacen las propias personas entrevistadas. Esos relatos llevan a la segunda categoría que se compone por relatos a partir de las estrategias, cómo hacen para acceder más rápido a los servicios de la CCSS, esas estrategias no son sólo estrategias calculadas sino que se impregnan de significados entonces, por tal razón, se definió la tercera categoría que da cuenta de los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

Finalmente, el quinto capítulo presenta las conclusiones a partir de los hallazgos del presente estudio, cada conclusión se hace en función de los aportes teóricos para interpretar así como los elementos del análisis de contexto que permitieron ubicar las conclusiones en hechos más amplios. Son resultados que se circunscriben a las nueve entrevistas realizadas para cumplir con el problema de investigación y se presentan a partir de las conclusiones obtenidas según cada una de las categorías de análisis.

Después de las conclusiones, se exponen algunas reflexiones finales que quedan a partir de las conclusiones obtenidas y puntos para futuras investigaciones que se interesen por incrementar un enfoque crítico desde la sociología de la salud.

Asimismo, hay un apartado de anexos a partir de la página 274 en el cual se incluyen la operacionalización de los objetivos, el ejercicio de categorización del cuestionario y la entrevista; los instrumentos aplicados en el trabajo de campo así como cuadros y recuadros que completan o amplían alguna información que se consideró pertinente.

Justificación

...entre las tareas de la sociología se cuenta no sólo la investigación y la explicación de las regularidades específicas a que se encuentran sometidos los hombres en determinadas sociedades o grupos empíricamente observables, o en las sociedades en general, sino también librar al pensar y al hablar acerca de tales regularidades de sus ataduras a modelos heterónomos y desarrollar poco a poco, en sustitución de la terminología y conceptualización acuñadas atendiendo a representaciones mágico-míticas o bien a representaciones científico-naturales, otras que se ajusten mejor a la peculiaridad de las figuraciones sociales formadas por individuos. (Elias, 1982: 19)

¿Por qué uso de servicios médicos privados y por qué significados? Los servicios médicos privados en Costa Rica no son una novedad, a partir del proceso de institucionalización de la salud, estos servicios se “convirtieron” en públicos, de acceso universal y solidario para la población. Sin embargo, el sector privado no desapareció, sino que se adecuó a esas nuevas decisiones políticas y desde el Proyecto de Reforma del Sector Salud propuesto en 1990, se ha impulsado un protagonismo de lo privado para “aliviar” las cargas públicas, en este caso, la llamada crisis de la CCSS.

De este modo, se han ido imbricando relaciones entre lo público y lo privado, provocando transformaciones políticas, económicas y sociales que han repercutido en la vida concreta, es decir, cuando las imbricaciones estructurales son experimentadas por las personas y dichas experiencias son parte de subjetividades que se fundamentan en significados sobre por qué de los cambios, cómo afectan y cómo se viven concretamente.

Por lo tanto, los significados son el objeto de esta investigación que se basa en un enfoque cualitativo, por medio del cual sea posible captar esos significados e interpretarlos a la luz de la teoría.

Los significados permiten conocer lo que sienten las personas, cómo valoran lo que hacen y qué implica para sus vidas. Permiten mostrar las relaciones complejas entre las

prácticas concretas de las personas y el contexto al cual pertenecen esas prácticas y cómo este las puede modificar o condicionar.

Es necesario replantear la idea de que el uso de servicios médicos privados se hace por seguir “la libre elección”, por conveniencia, por la insatisfacción con lo público y porque “La Caja está en crisis”. Esto permite alejarse de enfoques reduccionistas, ya que ese uso depende de una institucionalidad política y económica que provoca el uso de estos servicios y son las personas, desde sus experiencias particulares, las que otorgan significado a las implicaciones de los procesos estructurales.

En Costa Rica, la primera Encuesta sobre Gastos en Salud, que incluía el estudio sobre medicina privada en Costa Rica, indica que las y los costarricenses “gastaron”¹ 80 mil millones de colones en el primer cuatrimestre del 2006, siendo las medicinas y la consulta odontológica los servicios del sector privado más utilizados. Además, como se señala en el Análisis Sectorial del Ministerio de Salud del 2002,

Para el 2001, el 83% de las consultas son públicas y el 17% privadas. Sin embargo, este predominio ha ido disminuyendo en estos ocho años, presentándose en el periodo 1993-1998 la mayor caída del uso del sector público con un 6% menos. (Ministerio de Salud, 2002: 397)

La discusión es actual y necesaria, las complicaciones vividas con los servicios médicos de la CCSS son conversaciones de pasillos, conversaciones en las salas de espera de los EBAIS y hospitales y tema de editoriales y notas de opinión de la prensa nacional, así como de estudios especiales para los informes del Estado de La Nación. Esta investigación contribuye a un análisis reflexivo y a ubicar “la respuesta obvia” en un contexto donde los intereses públicos y privados están altamente imbricados.

¹ Desde la perspectiva de esta investigación, no se considera que se gaste en salud sino que se invierte y no se comparte el enfoque de gasto que utiliza esta encuesta porque se pierde el enfoque de la salud como derecho. Sin embargo, las mediciones que se han hecho para el caso costarricense desde 1970, se argumentan desde el enfoque de gasto en salud.

Capítulo I. Construcción del problema de investigación.

...la convivencia social de los seres humanos está llena de contradicciones, de tensiones y estallidos... La convivencia humana no es, en modo alguno, armónica. (Elias, 1939: 27)

En este capítulo se muestra la estrategia teórico-metodológica que se llevó a cabo, desde las propuestas iniciales hasta lo realizado en las etapas propias del desarrollo y finalización de la investigación. Primero se hace un breve recuento de algunas de las investigaciones empíricas más relevantes que proveyeron de insumos para la definición de técnicas y precisiones metodológicas, asimismo, se rescatan las investigaciones que de alguna u otra forma tomaron en cuenta la perspectiva de las personas, ya que muchos otros estudios revisados no contaban con una perspectiva de análisis a partir de experiencias concretas de las personas. Lo anterior es importante debido a que esta investigación trabaja con las personas y sus experiencias.

Segundo, se hace la formulación y justificación del problema de investigación, se presentan los objetivos y finalmente las estrategias metodológicas para el desempeño de la investigación: fases del proceso.

1. Investigaciones con enfoques desde las personas: acercamiento a los significados.

El objetivo de este primer punto es mostrar algunas de las investigaciones empíricas que se consideraron relevantes con respecto al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

Para iniciar, Adolfo Rodríguez, en La Reforma de Salud en Costa Rica (2006), propone que es necesario que la CCSS establezca un paquete específico de los servicios que pueda brindar en términos de costos. Se discute la hipótesis que plantea que los nuevos estilos de

vida y las nuevas formas de acceder al mercado laboral, por ejemplo, la flexibilidad de horarios hace que ciertos sectores de la población no puedan acudir a servicios médicos públicos en los horarios de atención establecidos, a esto se unen las deficiencias de gestión y la atención de segundo nivel, lo cual provoca que estas personas acudan a servicios médicos privados (Rodríguez, 2006: 19). Además, basándose en los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (2001), hace una regresión logística con respecto al uso de servicios privados de hospitalización y servicios de consulta médica privada, utilizando como variables el ingreso, el género, la zona geográfica, el nivel educativo y la edad (Rodríguez, 2006: 48-49). Los resultados de este ejercicio se amplían en el Apartado 2 del Capítulo III.

En contraste, Luis Rosero Bixby, en “Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental” (2004) lleva a cabo un análisis de los resultados de la reforma en el primer nivel de atención, tomando en cuenta el papel de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), según el “modelo de atención integral” propuesto por la reforma. Según el estudio, un efecto importante de la reforma fue que

La reforma se puso en marcha primero en las zonas menos densamente pobladas y de menor desarrollo socioeconómico. Como resultado, la brecha en la equidad del acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención se redujo significativamente (Rosero, 2004: 94).

Más adelante, en otros capítulos, hay algunas apreciaciones sobre este tipo de logros institucionales.

Herrero y Durán, en “El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica” (2001), hacen un esfuerzo por documentar el incremento en el uso de servicios médicos privados.

Ellos presentan tres hipótesis claves con respecto a lo que puede estar motivando el incremento en el uso de servicios médicos privados por parte de los hogares².

La primera hipótesis propone que son las personas de mayor ingreso las que aportan el grueso de este incremento ya que poseen una mayor capacidad de pago³. Sobre esto se presentan más detalles, a partir de fuentes secundarias, en el capítulo III al mencionar implicaciones preliminares de *gasto catastrófico*⁴ para el caso costarricense y datos generales para América Latina.

La segunda hipótesis planteada por Herrero y Durán es que en Costa Rica, los servicios privados de salud en la modalidad ambulatoria llenan el vacío que deja el sector público en esta misma modalidad. Los resultados de esta investigación arrojan luces que aportan a la corroboración de este tipo de hipótesis, siempre claros que este trabajo se circunscribe a 9 entrevistas en profundidad. Herrero y Durán afirman que:

...la demanda de servicios privados de salud funcionaría como un método para “saltar la cola” o mejorar parcialmente la calidad del servicio (Herrero y Durán, 2001: 25).

Esta afirmación hipotética que hacen los autores coincide con la mayoría de los relatos obtenidos con las entrevistas en profundidad realizadas, así que no es posible generalizar pero sí generar aportes hacia lo que está sucediendo.

² Es necesario aclarar que en el trabajo de estos investigadores no se diferencia entre servicios médicos y servicios de salud, diferenciación metodológica que se hace más adelante para efectos de definir la unidad de estudio. Ellos se refieren a servicios públicos de salud de acuerdo a los diferentes servicios brindados por la CCSS.

³ Como se mostrará en el capítulo de resultados, la capacidad de pago también se ha visto relativizada por el acceso al crédito como vía de pago directo. El problema metodológico es cómo medir la capacidad de pago de un hogar si los ingresos indican que es baja pero si por medio del crédito pagan ciertos servicios médicos que en principio no están a su alcance. Claro está, que los créditos también se regulan por las políticas bancarias.

⁴ La referencia hacia este enfoque sobre gasto en salud se hace como un ejemplo que es parte de un análisis más económico de lo que se conoce como gasto en salud, se menciona como implicación económica en los hogares a partir de los estudios previos pero que en el trabajo de campo de la presente investigación no se pretendía dar cuenta de este tipo de gasto, aunque sí se pueden mostrar algunas luces a partir de los relatos y de la pregunta sobre cómo ha cambiado el presupuesto familiar a partir del uso de servicios médicos privados.

Y la tercera hipótesis plantea que parte de la demanda de servicios de salud que se da por medio de transacciones privadas son provistas en establecimientos públicos (Herrero y Durán, 2001: 23-25). Es decir, que el uso de servicios médicos privados sirve como forma de acceso al sector de servicios médicos públicos. Esta hipótesis también se constata, dentro de los marcos de la presente investigación, y se demuestra además el doble rol del profesional en medicina sobre el tema de las referencias médicas.

A nivel nacional, no se ubica algún estudio concreto sobre utilización de servicios médicos privados desde una perspectiva cualitativa y con aplicación de trabajo de campo. Sin embargo, en México hay un estudio que cuenta con estas características, el cual se denomina “Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios” (1997), realizado por el investigador mexicano-argentino Mario Bronfman Pertzovsky .et.al. Se fundamenta sobre un marco teórico en relación con la utilización de los servicios de salud (públicos o privados), los significados de salud y el sentido de la acción social con respecto a la interacción entre los servicios de salud y las personas que los usan.

Además, profundiza en la perspectiva desde las y los usuarios que dan cuenta de cómo y para qué usan los servicios de salud públicos o privados, para lo cual realizaron grupos focales y entrevistas abiertas.

Otro estudio muestra la perspectiva del gasto (como parte del llamado gasto en salud que realizan los hogares), que se fundamenta en un análisis desde la economía de la salud, visión reflejada en el estudio de las economistas mexicanas Ana Torres y Felicia Knaul titulado “Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000” (2003). Ellas realizan un análisis desde lo que denominan

*gastos catastróficos*⁵ y alegan que el ingreso y la seguridad son condiciones significativas que determinan el “gasto en salud” por parte de las personas. Una conclusión importante de dicho estudio que sostiene el argumento de que no son las personas con mayores ingresos las que más “gastan” en salud es que

Aun cuando los hogares más ricos son quienes tienen un mayor gasto nominal, se observa que son los más pobres quienes gastan en salud una proporción mayor de su gasto disponible. (Torres y Knaul, 2003: 215).

Según el estudio de ellas y para el caso mexicano, las principales variables que inciden en el gasto catastrófico de bolsillo son:

- Hogares pobres gastan en salud una proporción mayor de su gasto disponible
- La presencia de niños y/o personas de la tercera edad en el hogar influyen de forma significativa
- Falta de aseguramiento y vivir en una zona rural

Asimismo, un trabajo de la CEPAL realizado por Marcela Peticara (2008) agrega algunas precisiones sobre la noción de *gasto en salud* y *gasto catastrófico* en salud al aclararse que el gasto catastrófico no sólo depende de serios eventos de morbilidad sino también de la estructura del sistema de seguridad social de cada país, esto apunta a que los análisis a partir de gastos catastróficos (el gasto catastrófico sucede cuando la capacidad de pago se reduce en 40%) se deben analizar según la realidad de cada país.

Según Peticara, los gastos de bolsillo en salud

... son aquellas erogaciones en ítems de salud (hospitalización, procedimientos ambulatorios, medicamentos) netas de cualquier reembolso efectuado por el sistema de salud o seguro al que ese esté afiliado,

⁵ Un ejercicio para Costa Rica, aunque preliminar, sobre gasto catastrófico es el realizado por las economistas Cynthia Córdoba Serrano y María Luz Sanarrusia presentado en las IV Jornadas de Economía de la Salud “Dra. Anna Gabriela Ross” y titulado “Aproximación del Ingreso y Gasto Corriente de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004 a la Encuesta Nacional de Gasto en Salud 2006”, celebradas el 30 y 31 de octubre del 2007.

Por otra parte,

... la capacidad de pago del hogar se define como el ingreso total del hogar menos aquel nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia... (Peticara, 2008: 19)

Estas precisiones son a nivel tanto metodológico como teórico, ya que el objetivo es mostrar la metodología que se usa para medir el gasto en salud y qué se entiende por esto desde los estudios de economía de la salud, aunque en el capítulo teórico sí se hará mención de acuerdo a aspectos más estructurales.

Siguiendo con la misma autora, ella plantea varias preguntas metodológicas relevantes para analizar con precaución el tema de gasto catastrófico en salud, ella plantea:

¿Qué hogares enfrentan GBS considerados catastróficos?, ¿Son aquellos de bajos ingresos que enfrentan gastos de salud relativamente altos, o aquellos de altos ingresos que experimentan eventos de salud sumamente costosos? (Peticara, 2008: 25).

Ella dice que por ejemplo, en Brasil, Chile Colombia y México, el gasto catastrófico parece que está asociado a gastos de hospitalización y medicamentos y no tanto en consultas generales y profesionales.

Por otra parte, y desde un enfoque de género, Julia Medel et al en “Cuidadoras de la vida: Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres” (2006), puntualiza sobre el papel de las mujeres en el cuidado de las “personas enfermas” y la importante labor que tiene lo que ellas llaman el *sistema doméstico* para el análisis de los sistemas de salud, lo cual se relaciona con la reducción de algunos servicios del sistema de salud chileno, específicamente.

Esto es importante debido que parte de las propuestas de reforma de los sistemas de salud, según el análisis del Informe del Banco Mundial de 1993 *Invertir en Salud* que hace Laurell (1994), investigadora de la Maestría de Medicina Social de la UAM, las mujeres

tendrían un papel protagonista como principales responsables de la salud de los miembros de las familias con el fin de sustituir o descargar al sector público.

En síntesis, cada uno de los estudios anteriores fueron relevantes para la elaboración teórico-metodológica desarrollada en la tesis y muestra el esfuerzo por unir ambas dimensiones de los procesos investigativos. Por ejemplo, sobre las mediciones de gasto en salud y cómo se entiende, sobre significados de salud y, bueno, por otra parte se confirma que son pocos los trabajos cualitativos y con perspectiva desde las personas sobre uso de servicios médicos privados en Costa Rica.

2. Enunciación del problema de investigación

La definición de la pregunta de investigación surge en el marco del análisis de contexto del tema que se presenta más adelante y versa sobre la forma en que los hogares hacen uso de los servicios médicos privados, por qué y para qué los usan; qué significa acceder a esos servicios y cómo son los vínculos entre servicios médicos privados y públicos que dichos hogares hacen. El uso de servicios médicos está condicionado por significados, por contextos estructurales que propician una u otra manera de usar cierto tipo de servicios y una manera de combinar lo que se utiliza del sector público y lo que se utiliza del sector privado. Los significados y los contextos no son mutuamente excluyentes, porque ambas dimensiones permiten relacionar eso que es simbólico con lo que está concretamente institucionalizado.

De esta manera, la pregunta se formula así:

¿Cuáles y cómo son los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados que hacen hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos?

De esta manera, se trata de mostrar cómo se expresan los vínculos en los significados que los hogares atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación con los servicios médicos públicos. Los significados se analizarían como relatos subjetivos que develan una forma particular de privatización en los servicios médicos de Costa Rica, particularmente, en la necesidad de que los hogares establezcan vínculos entre servicios médicos de ambos sectores.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados que hacen hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.

3.2.2. Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

3.2.3. Reflexionar sobre los vínculos expresados en los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM atribuyen al uso de servicios médicos privados, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

4. Estrategia metodológica: enfoque, técnicas, análisis.

La estrategia metodológica explica cómo se desarrolló el trabajo de campo así como el resto de las fases de investigación que ya se habían definido, se hacen las aclaraciones pertinentes y la forma en la que se manejó la información recopilada.

4.1. Tipo de estudio: enfoque cualitativo.

Esta investigación es de tipo descriptivo-explicativo con un enfoque cualitativo, aunque se hizo uso de la información cuantitativa que existe, la cual se empleó como herramienta de análisis y como una manera de integrar la aproximación de ambas perspectivas al tema en cuestión. El enfoque cualitativo permitió profundizar en el significado que tienen los hogares sobre salud, sobre uso de servicios médicos privados, sobre las causas y consecuencias de usar ese tipo de servicios, así como ahondar en las estrategias que definen las personas con respecto a la cuestión de los vínculos entre el uso de servicios médicos privados y públicos.

De acuerdo con el problema de investigación propuesto, este tipo de enfoque permite obtener de mejor manera la respuesta o respuestas a dicha pregunta porque

...es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno... buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Hernández. et.al, 1998: 60).

Es decir, se analizó por qué se usan servicios médicos privados y cómo se vinculan con el uso de servicios médicos públicos a los que tengan acceso los hogares o prefieran usar.

4.2. Definición del espacio-tiempo y de los sujetos de estudio: ubicación trabajo de campo.

Con respecto al espacio, el trabajo de campo de la investigación se realizó en la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (ASEMBIS) sucursal Guadalupe, la cual está ubicada detrás de la Iglesia Católica de Purral, Guadalupe. Se escogió esta sucursal porque es la sucursal central y además porque se ha constatado que el uso de estos servicios se da principalmente en zona urbana, y porque es una institución que brinda servicios médicos privados con especialidad en oftalmología, aunque actualmente los servicios se han diversificado, desde hace 18 años.

Además, se dice que es una asociación sin fines de lucro y que busca a población de bajos recursos que no pueda acceder a servicios médicos brindados por “otros sectores del mercado de los servicios médicos” (tomado de su presentación en la *web*). Sin embargo, en el momento de hacer el trabajo de campo, fue posible conocer que no sólo personas de bajos recursos usan los servicios médicos de ASEMBIS.

Además, ASEMBIS cuenta con una unidad de trabajo social que realiza valoraciones para que, de acuerdo a estudios previos, se brinde una ayuda a las personas que soliciten la valoración. Las ayudas se ofrecen en los siguientes servicios:

- Anteojos que no tengan calidades especiales como transición, progresivos, bifocales, invisibles o con aros a un costo mayor de 10 500 colones. Se ayuda a máximo tres personas por familia, si es cirugía máximo dos personas por familia y si es a una sola persona máximo tres ayudas por cirugía.

- Audífonos
- Consultas de oftalmología, otorrinolaringología, medicina general y ginecología
- Tratamientos odontológicos con referencia del odontólogo de ASEMBIS

- Cirugías de la vista: cataratas, plastías, vitrectomías

Además, se caracteriza por promover ofertas y “combos” mensuales de los servicios que se ofrecen, hacen mucha de su publicidad por medio de volantes. Rebeca Villalobos es la fundadora y directora de la junta directiva de la asociación, además, cuentan con apoyo financiero internacional (conversaciones personales con administrativos de ASEMBIS).

También, se hizo trabajo de campo en el Hospital Clínica Santa María (HCSM), ubicado en San José, avenida ocho, calle catorce y fundado en el 2006. Se tomó este lugar porque también está ubicado en una zona urbana y se creó con el objetivo expreso de atraer a población de sectores medios, otorgando diversos servicios a diferentes precios; además, porque a la larga, no se encuentre diferencia en la forma de participar en el mercado de servicios médicos entre una asociación concebida sin fines de lucro y una clínica con una lógica abierta a la competencia de mercado, específicamente de servicios médicos.

El HCSM se creó como un hospital privado para los veteranos de guerra de Estados Unidos residentes en el país; sin embargo, la infraestructura hospitalaria y administrativa consideró a población costarricense en general para recibir atención en ese lugar, este hospital es dirigido por el Dr. George Webb. En el 2007 adquirieron el edificio central de La Cruz Roja por 2 millones de dólares con el fin de ampliar sus instalaciones.

Es necesario dejar claramente dicho que el trabajo de campo no es sobre ninguno de los dos centros anteriores, únicamente se utilizaron para acceder a los hogares y hacer una escogencia aleatoria de las personas que serían entrevistadas en profundidad. Sin embargo, sí es importante decir también que la principal diferencia entre ambas instituciones es que la primera no se considera dentro del mercado de servicios médicos al ser una institución sin fines de lucro, en cambio, la segunda sí es considerada (por el sector de servicios médicos

privados) explícitamente como un hospital que compite dentro del mercado de servicios médicos privados.

Lo requerido era seleccionar los hogares ya que además, se pudo dar cuenta que las personas no usan únicamente los servicios de un mismo hospital o clínica privada, sino que de uno pasan a otro y así sucesivamente. Asimismo, el interés no está en los centros médicos privados *per se*, sino en el uso que de estos hagan las personas. La escogencia fue pues por conveniencia para abrir así las posibilidades de entrevista, seleccionando a las personas en pleno uso de los servicios médicos privados.

En la siguiente tabla se muestran algunos de los servicios que se ofrecen tanto en ASEMBIS como en el HCSM.

Tabla 1. Costa Rica: Características generales de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social, sucursal Guadalupe y del Hospital Clínica Santa María (HCSM). 2007.

Centro Médico	Misión	Visión	Servicios que ofrece	Ubicación
ASEMBIS ¹	Satisfacer las necesidades de salud, generando beneficio a la población en general, ofreciendo confiabilidad y calidad en nuestros servicios a través de colaboradores altamente calificados.	Ser líderes en el área de especialidades médicas, trascendiendo los estándares de atención, buscando el mejoramiento continuo de la calidad de vida del ser humano.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiología ▪ Especialidades del oído ▪ Especialidades de la vista ▪ Fisioterapia ▪ Gastroscoopia ▪ Ginecología ▪ Laboratorio clínico ▪ Medicina general ▪ Nutrición ▪ Odontología ▪ Oftalmología ▪ Ortodoncia ▪ Optometría ▪ Otorrinolaringología ▪ Rayos x ▪ Ultrasonidos 	San José: Detrás de la Iglesia Católica de Purral, Guadalupe
HCSM	Brindar a todos nuestros afiliados un excelente servicio, con insuperable calidez humana, que garantice una atención Médica de calidad.	Situarnos dentro de las mejores opciones en Servicios de Salud, con una excelente atención, profesionalismo y calidez humana; bajo los mejores niveles económicos que permita brindar una asistencia especializada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiología ▪ Centro de vacunación ▪ Farmacia ▪ Gastroenterología ▪ Hospitalización ▪ Imágenes Médicas ▪ Laboratorio clínico ▪ Medicina de Emergencias ▪ Medicina general ▪ Medicina Familiar y Comunitaria ▪ Nutrición ▪ Observación ▪ Pediatría ▪ Sala de Operaciones ▪ Terapia respiratoria 	San José: Avenida 8 - Calle 14

^{1/} ASEMBIS tiene otra sucursal en San José, la cual se ubica en Barrio Aranjuez. Además una en Alajuela, en Cartago, en Heredia y en Nicoya, Guanacaste.

Fuente: Elaboración propia. Tomado de la direcciones electrónicas de cada uno de los centros médicos.

ASEMBIS: www.asembiscr.com

HCSM: www.hospitalcsantamaria.com

Con respecto a la definición de los sujetos de estudio, se trabajó con hogares (como unidades de estudio) que usan servicios médicos privados y públicos, y así definir el objeto de estudio como los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

Los hogares construyen relaciones con el campo de la salud en general y con el sector de servicios médicos privados y públicos en particular, ya que son instituciones definidas social y políticamente, además, dentro de los hogares se establecen espacios en los cuales se acentúan las diferencias de género. Por lo demás, se trabajó únicamente con servicios médicos como una forma de delimitar la investigación, ya que el campo de los servicios privados de salud exigiría de un abordaje muy amplio porque se compone de múltiples actores. De acuerdo con eso, se hizo el abordaje desde la atención médica, sabiendo de antemano que la atención a la salud no se limita a los servicios médicos (por ejemplo los ofrecidos en clínicas, consultorios, laboratorios con enfoque biomédico positivista) ni al uso de medicamentos alopáticos.

En principio, se seleccionarían cinco hogares de cada uno de los centros mencionados, es decir, cinco que usaran los servicios de ASEMBIS y cinco que usaran los servicios del HCSM. De todas formas, en el hacer, resultó claro que si un hogar usa algunos servicios en ASEMBIS u HCSM usa otros en algún consultorio privado o clínica, como se menciona en algunas entrevistas: “depende de lo que necesitamos”, por lo tanto, si en algunos hogares se usaban servicios médicos privados de otro lugar no se descartó la entrevista, más bien, fue de mayor enriquecimiento con respecto a los relatos de experiencias narrados por las personas.

En total se escogerían diez hogares y la entrevista en profundidad se realizaría a un solo miembro del hogar, se consideraron únicamente diez hogares porque de acuerdo con la técnica de entrevista a profundidad es conveniente para lograr investigar lo suficiente

(Hernández. et.al, 1998: 563). También es importante tener claro que el trabajo de campo a realizar es exploratorio (no así el resto de las fases de investigación), por lo que no es relevante tener una muestra representativa, sino trabajar las entrevistas con personas específicas de un hogar específico y profundizar cuanto sea posible de acuerdo a los objetivos del estudio, por lo tanto, el reto fue obtener profundización cualitativa y no representación cuantitativa.

Como lo plantea Hernández et.al (1998), el muestreo cualitativo es propositivo, donde la muestra se determina durante o después de la inmersión inicial, se puede ajustar en cualquier momento del estudio, no es probabilística y no busca generalizar resultados.

La definición de hogar que se utilizó se limitó a una perspectiva operativa, tomándose como referencia principal la Encuesta Nacional de Salud, 2006. De esta manera, hogar se entendió como

...a la persona sola o grupo de personas, con o sin vínculos familiares, que residen habitualmente en una vivienda individual y atienden sus necesidades vitales sujetas a un presupuesto común (CCP, 2006).

La temporalidad del estudio, específicamente con respecto al trabajo de campo, se define según el momento actual (año 2009, según el momento que se aplicaron los cuestionarios e hicieron las entrevistas), ya que se está estudiando el uso de servicios médicos privados que hacen los hogares en estos momentos.

De esta manera, se precisan los sujetos de estudio por medio de las unidades de estudio que se constituyeron por los hogares que utilizan servicios médicos privados y públicos y el objeto de estudio que consiste en los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos, que hacen las unidades de estudio, es decir, los hogares.

4.3. Operacionalización de objetivos específicos: definición de dimensiones, variables e indicadores.

El proceso operativo de investigaciones con un enfoque como el que se plantea en esta investigación, amerita un abordaje particular debido a que lo que se busca son datos cualitativos. Sin embargo, la operacionalización se convierte en una estrategia para la definición clara de los instrumentos de estudio, aunque cualitativos, que se aplican.

Rodríguez y García (1999) presentan un modelo general de análisis de datos cualitativos, el cual se utilizó como una herramienta que va más allá de lo presentado en el cuadro de los anexos sobre la operacionalización de cada objetivo. Este modelo se compone de tres etapas: la primera es sobre la reducción de datos y se relaciona con la construcción de las categorías de análisis; la segunda es sobre la disposición y transformación de datos que busca organizar la información de acuerdo con el marco teórico de análisis. La última etapa versa sobre la obtención y verificación de conclusiones con la que se obtienen resultados y conclusiones contextualizadas.

¿Cómo se hizo? Primero, la reducción de datos se hizo a partir de lecturas preliminares de las entrevistas a profundidad que se realizaron, posteriormente, se definieron las categorías de análisis que permitieron definir la forma en la cual se presentarían los resultados de la investigación. Dichas categorías se relaciona estrechamente con los conceptos teóricos principales que se vinculan, además, con aspectos del contexto histórico-político donde se ha ubicado el problema del presente estudio.

Por lo tanto, es así como puede afirmarse que, durante el desarrollo de la investigación se dio lo que se conoce como triangulación, es decir, que hay vínculos entre capítulo teórico, capítulo de contexto y ambos retroalimentando las elaboraciones interpretativas de los resultados obtenidos.

4.4. Fases del proceso de investigación: ejecución de las fases.

Las fases de investigación fueron definidas previamente para guiar la forma posible de cumplir con los objetivos planteados, no obstante, en el desarrollo propio del trabajo de campo y a medida que muchas lecturas fueron re-leídas, se fueron replanteando decisiones y elecciones, como se cita en Rodríguez y Gil (1999),

Toda la investigación cualitativa, incluyendo la evaluación cualitativa, es y debe ser guiada por un proceso continuo de decisiones y elecciones del investigador. (Pitman y Maxwell, 1992: 753 en Rodríguez y García, 1999: 63).

Lo cual significa que las fases de la investigación cualitativa son flexibles a los cambios que el mismo quehacer exige.

Teniendo esto en cuenta, se presentan a continuación las fases de investigación, las cuales explican qué se hizo en cada momento, cómo se hizo y con qué fin se hizo.

I Fase: Revisión de bibliografía y profundización en el análisis.

Esta es parte de una actividad reflexiva constante de todo el proceso de investigación y elaboración de la tesis. Con el desarrollo de esta primera parte se logró elaborar el capítulo teórico, y el capítulo contextual de la tesis, así como también una caracterización cuantitativa del tema en estudio por medio de la información estadística ya existente a partir de las encuestas sobre el llamado gasto en salud.

Cabe aclarar que el hecho de que dichas actividades se muestren en la primera fase no implica que todas hayan estado listas primero, se trabajaron de manera paralela con las otras actividades, teniendo en cuenta que en algunos momentos se hará más énfasis en unas que en otras porque, de acuerdo con el enfoque cualitativo, "...no siempre se establece una sucesión en el tiempo..." (Rodríguez y García, 1999: 76). Además, eso se relaciona con la capacidad de análisis que se tenga para cada momento de la investigación y cómo se quiera ir articulando la coherencia lógica del documento.

II Fase: Elaboración de los instrumentos y ubicación de los informantes.

Los instrumentos se elaboraron de acuerdo a cada uno de los objetivos y fueron los insumos a aplicar en la fase de trabajo de campo del proceso de investigación. Cada instrumento se categorizó por medio de una tabla (Ver Anexos 3 y 4), esta categorización fue de gran apoyo metodológico porque permitió explicar qué se quería lograr con cada ítem que componía el cuestionario y cada pregunta de la guía de entrevista a profundidad, asimismo, permitió develar si cada ítem o pregunta realmente respondía al problema de investigación planteado.

Por lo tanto, este ejercicio de categorizar pasó a ser una guía para ubicar cada componente de los instrumentos dentro de los intereses de la investigación así como durante la fase de aplicación de las entrevistas, ya que facilitó la dirección de las preguntas porque ya se tenía claro qué se quería obtener con cada una.

Por otra parte, la ubicación de los hogares que participaron de la investigación, se hizo por medio de la aplicación de un cuestionario breve con preguntas cerradas sobre uso de servicios médicos privados y públicos, así como sobre aspectos generales del hogar como tamaño, lugar de residencia, relaciones de parentesco, entre otros. Además, se hacían preguntas de información personal de la persona que respondía el cuestionario, al final, de acuerdo a ciertos criterios, se le preguntaba a la persona si aceptaría una entrevista para ampliar la información.

Los criterios para preguntarle a una persona, que se le aplicaba el cuestionario, si aceptaba una entrevista fueron los siguientes:

- Tamaño del hogar: esta variable influye en qué tipo de servicios se usan y cómo, además permite mostrar cuántas personas del hogar usan servicios médicos privados.

- Cantidad de personas mayores de 65 años o menores de 5 años: esta variable condiciona, por lo general, mayor uso de servicios médicos privados. Si no, por lo menos hay mayores posibilidades de ser usados, los primeros debido a padecimientos crónicos y los segundos debido al control pediátrico.

- Uso de servicios médicos públicos: esta variable permite mostrar cómo son los vínculos que hacen los hogares entre uso de servicios médicos públicos y privados. Es decir, cuáles son los servicios médicos públicos que usan y cómo pasan a usar servicios médicos privados.

- Uso de otros servicios médicos privados que no fueran de ASEMBIS ni de HCSM: muestra dinamismo en el uso de servicios médicos privados y con la posibilidad de narrar mayores experiencias en cuanto al uso de servicios médicos privados.

- Cantidad de servicios médicos privados utilizados: es importante porque permite dar cuenta de cuánto representa este tipo de servicios en los hogares y muestra experiencias en varios niveles de atención.

- Frecuencia en el uso de servicios médicos privados: esta variable es muy importante porque se escogieron a personas que hicieran uso frecuente de servicios médicos privados para que sus relatos no fueran de experiencias esporádicas sino de experiencias constantes.

Los criterios de selección a partir del cuestionario aplicado funcionaron como un puente para pasar a las entrevistas porque mucha de la información se amplió, precisó o surgió nueva información.

III Fase: Trabajo de campo.

El trabajo de campo se centró principalmente en los hogares que usan servicios médicos privados de ASEMBIS y del HCSM. Primero, se comenzó por la identificación de ambientes propicios, en este caso ASEMBIS y HCSM, luego por grupos (hogares que usan servicios médicos privados) y finalmente por las personas específicas a las cuales se les aplicaría la entrevista, en la cual se incluyeron preguntas sobre dinámicas propias del hogar con respecto al uso de este tipo de servicios y sobre experiencias más personales si el caso lo ameritaba.

De esta manera, y de acuerdo con los objetivos, se aplicaron las siguientes técnicas:

1. *Cuestionario*: con esta técnica, como se mencionó antes, se ubicaron a los hogares que participaron en la investigación, además se utilizó como una forma de obtener características generales y como captador de aspectos clave que luego serían profundizados por medio de las entrevistas. Este instrumento responde al primer objetivo específico de la investigación. (Anexo 5)

El ingreso al campo, a los ambientes propicios ya seleccionados, se hizo primero en ASEMBIS debido a que respondieron primero y de forma precisa a la solicitud de los permisos para ingresar a sus instalaciones en Purrál de Guadalupe. Dichos permisos se presentaron en enero del 2009, en ese mismo mes se presentaron los permisos en HCSM pero se obtuvo una respuesta clara hasta el mes de marzo. En la siguiente tabla se muestra el control de trabajo de campo en ASEMBIS.

Tabla 2. Sistematización del trabajo de campo realizado en ASEMBIS

Visitas	Cuestionarios aplicados	Hogares seleccionados para entrevistas
12/02/2009	9	2
16/02/2009	5	1
17/02/2009	7	1
19/02/2009	9	1
Total	30	5

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo en ASEMBIS

En total se hicieron cuatro visitas, se aplicaron 30 cuestionarios y se seleccionaron a los cinco hogares como muestra planteada previamente. Era necesario aplicar varios cuestionarios para ir escogiendo a los hogares de acuerdo a los criterios definidos previamente, no se tenía un número exacto de cuántos se aplicarían, en el transcurso de las visitas, y conforme se iban eligiendo los hogares, se decidió aplicar sólo 30 porque la información era cada vez más repetitiva y ya se había completado la cuota de los cinco hogares para las entrevistas.

Por su parte, el trabajo de campo en el HCSM inició en el mes de marzo, en la siguiente tabla se muestra lo realizado.

Tabla 3. Sistematización del trabajo de campo realizado en el HCSM

Visitas	Cuestionarios aplicados	Hogares seleccionados para entrevistas
17/03/2009	2	0
18/03/2009	0	0
20/03/2009	6	0
21/03/2009	2	0
27/03/2009	1	1
03/04/2009	3	0
04/04/2009	2	0
15/04/2009	5	0
16/04/2009	1	0
Total	22	1

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo en HCSM

En total se hicieron nueve visitas, se aplicaron 22 cuestionarios ahí más los tres que corresponden a las tres entrevistas contactadas mediante conocidos, y sólo fue posible seleccionar a un hogar para entrevista. La principal razón fue que llegaban muy pocas personas a consulta o usar los diferentes servicios del lugar entonces la cantidad de visitas se extendió. En conversación telefónica con el gerente de operaciones del HCSM en ese entonces, el Sr. George Webb hijo, comentaba que desde el comienzo de la crisis mundial ha habido una baja en la cantidad de gente que solicita los servicios médicos del hospital, dijo: “antes de la crisis era un llenazo, ahora ha disminuido”⁶.

⁶ Ver “Hospital Santa María respiró apenas tres años”. El Financiero. Sección Negocios, edición # 732. En la noticia se dice que dicho hospital tenía muchos problemas financieros y que la idea inicial era convertirse en el cuarto hospital privado del país. Los dueños eran Roberto, George y Federico Webb Choiseul.

Lo anterior permite justificar por qué sólo se aplicaron 25 cuestionarios (se contaron también los tres que se hicieron con los contactos conocidos) y no 30 como en ASEMBIS (se aplicaría la misma cantidad tomando como experiencia el trabajo previo en ASEMBIS), el principal problema fue que tres personas que cumplían con los criterios de selección para la entrevista dijeron no aceptar y sólo otra persona se seleccionó y sí aceptó. Debido a eso, y para cumplir con la cuota de cinco entrevistas, se optó por solicitar ayuda a personas conocidas a través de correo electrónico, de esta manera se concretaron tres entrevistas a personas que usaran servicios médicos del HCSM y en total sólo se hicieron cuatro: una que se obtuvo en el trabajo de campo directamente y tres por medio de contactos conocidos.

Lo anterior demuestra que lo propuesto para realizar en un trabajo de campo de una investigación cualitativa debe ajustarse a los imprevistos y en algunas circunstancias sea mejor reformular la muestra (Hernández et.al, 1998: 564).

Por otra parte, con el ingreso al campo y después de aplicar varios cuestionarios en ASEMBIS, fue posible determinar que el hecho de que cada centro médico se dirija a población de cierto nivel de ingreso no limita que personas de otros ingresos los usen. Es decir, en ASEMBIS los servicios no se usan, necesariamente, por personas de bajos ingresos.

Asimismo, cuando se aplicaron los cuestionarios en el HCSM, se encontró que ahí acuden tanto personas de bajos como de medios y altos recursos. Por ejemplo, una señora que venía desde Esparza, Puntarenas para una mamografía, esta mujer se dedica medio tiempo a trabajar en un taller de mecánica naval y el resto del tiempo es ama de casa, no está asegurada así que no se considera, con facilidad, si es una persona de medios o de altos recursos. Por su parte, en ASEMBIS muchas de las personas que contestaron el cuestionario tienen grado universitario, con profesiones estables y están aseguradas (ver información completa en capítulo IV).

Con la situación anterior, se da cuenta de la flexibilidad que debe caracterizar a una investigación con enfoque cualitativo, además de las circunstancias que solo se conocerán cuando se comienza con el trabajo de campo.

En total entonces se aplicaron 55 cuestionarios, la información obtenida se ordenó en el programa Microsoft Office Excel versión 2007, se usó una hoja para los cuestionarios correspondientes a cada centro médico y luego se unificaron en una sola hoja. Posteriormente, se realizaron los cuadros que describen la información obtenida y se establecieron las relaciones entre algunas variables (todo esto se presenta en el capítulo de resultados).

2. *Entrevista en profundidad*: esta técnica permitió captar lo que las personas quieren decir con respecto al tema en estudio, en este caso, a los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos. Se elaboró una guía de entrevista (Anexo 6) que contempló los siguientes temas:

- Uso de servicios médicos privados y sus significados: consistió en preguntas abiertas y enfocadas a lograr relatos de experiencias concretas para lograr captar por qué y cómo usan los servicios médicos privados.
- Uso de servicios médicos públicos y sus significados: estas preguntas fueron muy similares a las que se hicieron para trabajar la temática anterior pero especificándose que deberían ser contestadas a la luz de las experiencias concretas en el sector público de servicios médicos, es decir, en los servicios de La Caja, como las mismas personas lo decían.
- Comparación entre servicios médicos privados y servicios médicos públicos: este último consistió más que todo en un ejercicio final de la entrevista, donde la persona decía su primera opinión, sin elaborarla, de los servicios médicos públicos y privados de acuerdo a una lista de elementos definidos previamente.

Como se mencionó antes, la guía de entrevista se categorizó, es decir, se justificó qué respondía cada pregunta de la entrevista. Previo a eso, se elaboró una guía temática (Anexo 2) que permitió redactar la guía de preguntas para lograr hacer interrogantes claras y por último su categorización para después aplicar la entrevista.

En total se hicieron 9 entrevistas en profundidad, cinco de ASEMBIS y cuatro del HCSM. Cada entrevista se hizo con una duración de máximo 2 horas y mínimo 40 minutos. Se hizo a la persona jefe de hogar o cónyuge del o la jefe si se trataba de una pareja debido a que esta persona conoce la información del resto de miembros del hogar y experiencias familiares sobre el uso de de servicios médicos privados y públicos. Para el caso del hogar compuesto por tres miembros que no son familia, la entrevista se hizo a uno de los tres y fue una de las entrevistas contactadas por medio de correo electrónico a personas conocidas; sin embargo, él contó algunos de los comentarios que se hacen a lo interno del hogar sobre uso de servicios médicos privados y públicos. En la siguiente tabla se muestra la presentación general de cada persona entrevistada.

Tabla 4. Presentación de las personas que se entrevistaron por cada hogar seleccionado. Cronológicamente

Entrevista	Pseudónimo	Lugar de entrevista	Lugar de residencia	Ocupación	Nivel educativo	Condición de aseguramiento	Tamaño del hogar	Duración
1 HCSM	Vilma	Casa habitación	Higuito, Desamparados	Profesora secundaria	U.C ¹	Seguro directo	2	1 hora
2 ASEMBIS	Isabel	Casa habitación	Purrál, Guadalupe	Ama de casa	S.C	Seguro familiar	7	1 hora y 35 min
3 ASEMBIS	Sergio	Casa habitación	Villas de Ayarco	Serigrafista, propio	S.C ³	Seguro familiar	7	2 horas
4 ASEMBIS	Diana	Casa habitación	Sabanilla, Montes de Oca	Maestra de preescolar	U.C	Seguro directo	4	1 hora y 40 min
5 ASEMBIS	Lucía	Casa habitación	Purrál, Guadalupe	Ama de casa	S.C	Seguro voluntario	4	2 horas
6 HCSM	Gustavo	Universidad de Costa Rica	Nicoya, Guanacaste	Consultor, antropólogo	U.C	Seguro directo	3 (no son familia)	1 hora
7 HCSM	Catalina	Casa habitación	Guadalupe	Pensionada	U.I ²	Seguro directo	1	1 hora
8 HCSM	Luis	Guápiles, Limón	Guápiles, Limón	Taxista, propio	S.I ⁴	Seguro voluntario	5	1 hora y 45 min
9 ASEMBIS	Diego	Casa habitación	Pueblo Nuevo, Alajuela	Contador, propio	U.I	Seguro directo	7	1 hora y 30 min

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del trabajo de campo

¹/ U.C: Universitaria completa

²/ U.I: Universitaria incompleta

³/ S.C: Secundaria completa

⁴/ S.I: Secundaria incompleta

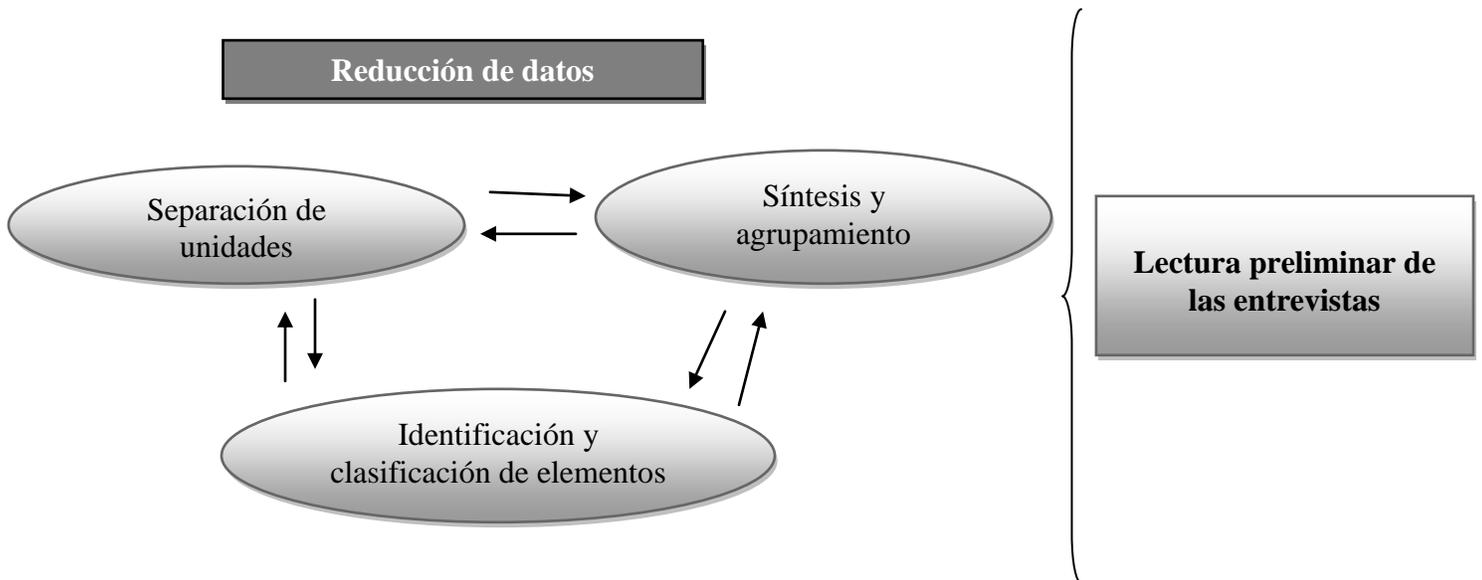
IV Fase: Sistematización y análisis de los resultados obtenidos.

Esta es la fase en la cual se ordenan y analizan los resultados del trabajo de campo. Es, en resumidas cuentas, la fase analítica del proceso investigativo, la cual debe integrar las propuestas teóricas y elementos de contexto a los resultados empíricos obtenidos.

Para cumplir dicha fase, fue necesario elaborar categorías de análisis, las cuales no se hicieron previo al trabajo de campo sino después de este, es decir, de acuerdo con la información obtenida y se contrastaron con los argumentos teóricos para así dar cuenta, finalmente, de los resultados generales de la investigación; contextualizando, además, los resultados.

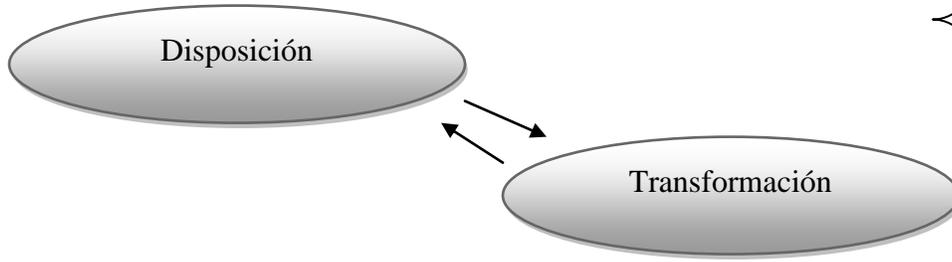
Figura 1. Proceso general de análisis de datos cualitativos

Momento 1.



Momento 2.

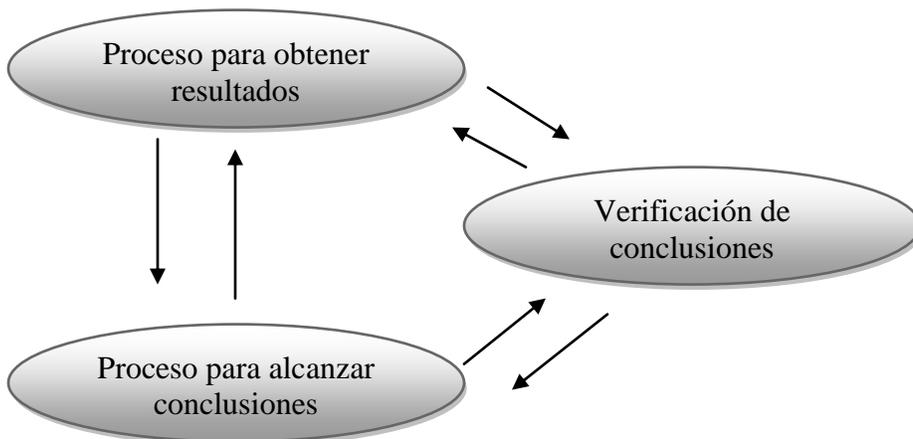
Disposición y transformación de datos



Definición de las tres categorías de análisis

Momento 3.

Obtención y verificación de conclusiones



Análisis de relatos como datos para obtener resultados

Fuente: Hernández y García, 1999: 206. Con adaptaciones para esta investigación.

Las categorías de análisis se definieron en estrecha relación con los relatos de experiencias obtenidos después de las entrevistas. Los relatos se constituyen como las narraciones hechas por las personas, se conciben como relatos porque así fueron respondidos. Las personas relataron sus experiencias, recordaban, relacionaban hechos, explicaban lo que hacían y cómo lo hacían hasta formar un relato completo sobre el uso de servicios médicos privados en relación con los servicios médicos públicos que hacen ellas y sus hogares.

Los relatos serían entonces los datos, la referencia a datos se relaciona con la definición de *datos cualitativos*, los cuales se explican como

...elaboraciones de naturaleza descriptiva que recogen una amplia y diversa gama de información, ricos y densos en significados, polisémicos, difícilmente reproducibles dada su vinculación a contextos y momentos determinados... (Rodríguez y García, 1999: 200).

De los datos obtenidos en el campo, es decir los relatos, fueron surgiendo los resultados por medio de la construcción de categorías de análisis que facilitaron la interpretación y la “extracción de significados”, ya que las categorías permitieron organizar conceptualmente los relatos.

En ese sentido, los relatos fueron el principal resultado del trabajo de campo y se convirtieron en los elementos para ser sistematizados y analizados. Como lo explican Rodríguez y García:

Los datos recogidos en el campo constituyen las piezas de un puzle que el analista se encarga de ir encajando, utilizando la evidencia recogida para orientar la búsqueda de nuevas evidencias susceptibles de incorporarse a un esquema emergente de significados que da cuenta de la realidad estudiada... (Rodríguez y García, 1999: 197)

Una primer sistematización fue la lectura completa de cada entrevista para ir marcando hechos relevantes de cada relato, posterior a eso se definieron las tres grandes categorías para ordenar la información en cuadros específicos e ir incorporando lo que se mencionaba en cada relato sobre cada una de las tres categorías.

Las categorías definidas fueron las siguientes:

- Relatos sobre elementos estructurales: en esta categoría se agruparon todos los relatos relacionados con las explicaciones y/o análisis que hacían las propias personas entrevistadas sobre la obligación de usar servicios médicos privados, sobre el sistema nacional de salud y sobre los servicios de la CCSS. Son relatos que se vinculan con las instituciones y estructuras que no están al alcance de implicaciones individuales.
- Relatos sobre estrategias: para esta categoría se usaron algunos planteamientos de la metodología sobre ruta crítica, únicamente para mostrar las estrategias que definen los hogares para acceder a servicios médicos privados y públicos. Permitió dar cuenta de una ruta crítica, principalmente, para acceder a los servicios médicos públicos especializados de manera más rápida.

La ruta crítica es un proceso metodológico utilizado en procesos administrativos con el fin de dar cuenta de las estrategias necesarias que se llevan a cabo para conseguir objetivos o resultados específicos. Son las estrategias y medidas realizadas que permiten llegar al punto requerido. En esta investigación, se toman algunas ideas de esta metodología, con el fin de mostrar una categoría específica de los resultados obtenidos a partir del trabajo de campo realizado.

Dicha categoría consiste en mostrar las muchas estrategias que han desarrollado las nueve personas entrevistadas y sus hogares para utilizar tanto los servicios médicos privados como los públicos. De esta manera, la ruta crítica que se describe en los resultados, es la ruta no unidireccional hacia ambos sectores de atención médica y a su vez, se demuestran los estrechos vínculos entre servicios médicos privados y públicos, los cuales se reflejan en las estrategias que se analizaron.

Una definición formal de este método es

El método de ruta crítica es un proceso administrativo (planeación, organización, dirección y control) de todas y cada una de las actividades componentes de un proyecto que debe desarrollarse durante un tiempo crítico y al costo óptimo. (CENIDET, s.f:1).

La utilidad de este método es que permitió mostrar las estrategias interrelacionadas, el tiempo crítico en este caso, es la atención médica que las personas consideran necesaria según las sensaciones y manifestaciones corporales o mentales, y el costo óptimo es su posibilidad económica desde el momento es que se considera acudir a los servicios médicos privados.

Cabe aclarar que este método supone un nivel de planeación para obtener lo que se busca. Para este caso el método se utilizó a manera de presentación de los resultados obtenidos de acuerdo a esta categoría de análisis, y la planeación consiste en la construcción de estrategias lógicamente relacionadas; no se trata de una planeación rígida, sino una que se ajusta a las eventualidades cotidianas.

- Relatos sobre significados: en esta categoría se ubicaron todos los relatos que narraran aspectos con implicaciones específicas de significados personales o a nivel del hogar. Por eso las categorías se presentaron en ese orden: lo estructural lleva a definir estrategias que se impregnan de los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados y públicos. La respuesta a por qué usan servicios médicos privados respondió, en algunos casos, a una cuestión utilitaria y “sin salida” (por obligación) pero se arraiga en lo que para las personas entrevistadas y sus hogares significa salir hacia lo privado.

Cada categoría muestra una manera de haber priorizado la información obtenida, la disposición de la misma y su transformación para sistematizarla de acuerdo a las tres categorías (Rodríguez y García, 1999: 75). Después que cada relato fue organizado según las tres categorías, es que se obtuvieron los resultados, es decir, los relatos que expresan

significados, por lo tanto ya no eran relatos como datos sino como resultados analizados y ubicados en el marco de la investigación.

A partir de las tres categorías de análisis se hicieron comparaciones o contrastes entre relatos de experiencias sobre uso de servicios médicos privados y públicos. Los elementos para hacer el contraste de experiencias son:

- Tipos de consulta realizados según situación de salud-enfermedad de cada hogar.
- Estrategias utilizadas para hacer uso de servicios médicos privados.
- Causas de acudir al uso de servicios médicos privados
- Experiencias específicas propias o de algún miembro de la familia en cuanto al uso de servicios médicos privados o públicos.
- Repercusiones a nivel de presupuesto económico familiar

Esta parte comparativa no se hizo al margen de las tres categorías que permitieron sistematizar los relatos sino paralelas a estas, es decir, los relatos que componen cada categoría dan cuenta de estos contrastes y así se presentaron en el capítulo IV de resultados.

V Fase: Verificación de los componentes del trabajo.

Esta fase es muy importante porque en este momento se verificaron las partes del documento, se hicieron las revisiones y correcciones pertinentes, se reformularon algunas propuestas y se precisaron los aspectos como subtítulos, títulos, citas, referencias y presentación en general del documento.

Uno de los cambios relevantes fue con respecto a lograr una clara presentación del problema de investigación y objetivos en relación a los resultados obtenidos. Al ser una investigación con enfoque cualitativo, este tipo de cambios se hacen necesarios para lograr

coherencia y evitar ambigüedades. Se hizo un esfuerzo para que estuviera directamente expresado el interés de la investigación en los significados.

Otra de las verificaciones más importantes consistió en el peso que tendría el análisis estructural, como parte del contexto y la interpretación de los resultados obtenidos en el trabajo de campo. En un primer momento, el análisis de contexto opacó el objetivo principal que es analizar por qué y para qué las personas usan servicios médicos privados y su vinculación con los servicios médicos públicos.

Este reto se resolvió sistematizando aún más la información para mostrar un capítulo coherente, claro, bien estructurado, que fuera coherente con los significados a la luz del problema de investigación planteado. Por ejemplo, hacía falta hacer más énfasis en los significados, entonces la idea fue mostrar más claramente las implicaciones de las transformaciones estructurales en la vida de las personas para que así hubiera coherencia entre este capítulo y el análisis de los resultados.

En tercer lugar, con respecto a los resultados, hacía falta conceptualizarlos a la luz de la teoría. Para esto, se estudiaron varias veces los relatos teniendo en mente la pregunta: ¿qué sugieren los resultados con respecto a la teoría? Conforme se fue respondiendo, se elaboraron las interpretaciones y análisis en el marco de las nueve entrevistas a profundidad que se aplicaron, lo importante estuvo en ir definiendo un esquema de análisis para que no gobernara la información “suelta” sino analizada.

A partir de las observaciones de fondo, se delimitaron líneas para las conclusiones que fueran coherentes con todos los apartados que componen el informe de investigación.

En síntesis, esta última fase es una de las más complejas porque es dar finitud a un largo proceso de investigación, es lograr discernir las líneas de análisis pertinentes, es respetar

lo que dicen los resultados y no pretender y más allá de lo que estos puedan otorgar a los intereses planteados en la investigación.

Esta fase exige mucha concentración y claridad interna para lograr un documento sin ambivalencias, consistente, riguroso y también sensible a la temática estudiada.

Capítulo II. *Marco teórico: fundamentos para la interpretación.*

...en el esfuerzo por lograr un dominio conceptual del universo observable se alcanza la comprensión de una articulación específica del universo en diferentes planos de integración. (Elias, 1982: 125)

Como ya se ha dicho, esta investigación se interesa por conocer lo que puede significar para las personas utilizar servicios médicos privados y cómo vinculan estos con los servicios médicos públicos: por qué, para qué y cómo se usan. Por lo tanto, el énfasis de la investigación está en los significados analizados desde una doble dimensión, a saber, una dimensión simbólica y una dimensión estructural-institucional sin ser excluyentes entre sí.

Se presentan a continuación los conceptos, enfoques y propuestas que han definido los fundamentos conceptuales y las líneas de análisis a partir de éstos. Si bien no se usa una teoría específica, sí se ha hecho un esfuerzo por trazar una línea que ha unido el hilo de los argumentos, para de esta manera, proponer líneas de análisis consistentes y lograr las interpretaciones de los resultados.

Los conceptos y enfoques que se discuten en el punto uno del capítulo son: medicalización del proceso salud-enfermedad vinculado a los términos salud-enfermedad como procesos dialécticos e históricos a partir de los cuales se crean y recrean significados.

Se hace pues, una reflexión teórica sobre las construcciones sociales sobre salud y enfermedad en relación con la utilización de servicios médicos, un acercamiento a las nociones simbólicas de dichas construcciones sociales para la comprensión de los significados del uso de servicios médicos y cómo interviene la dimensión estructural-institucional, ya que esta se considera como determinante del proceso.

El debate conceptual que se hace de los términos público y privado es con el fin de introducir los argumentos sobre privatización que se han elaborado para esta investigación, así como la influencia que los enfoques privatizadores han tenido sobre la definición ideológica de las políticas públicas. Esto se expone en el punto dos del capítulo.

En general, la discusión de cada concepto o enfoque se ha elaborado en el marco del contexto socio – político de la Reforma del Sector Salud costarricense en particular y en general sobre lo revisado para América Latina con respecto a las políticas de reforma y los procesos de reestructuración con el fin de establecer acciones privatizadoras.

Por tal motivo, se apoya la perspectiva analítica (ver Bustelo 2000, Laurell 1994, Selva Sutter 2003-2004 y Valverde 2001, sólo por mencionar algunos) con respecto a que las propuestas de reforma de los sistemas de salud (impulsadas por el BM) incentivaron la participación de los sectores privados en la provisión y administración de servicios de salud y al mismo tiempo, se promovió que ciertos sectores de la población consideraran la posibilidad de vincularse con centros privados (desde laboratorios clínicos, hasta consultorios de especialidades, clínicas y hospitales), fortaleciéndose así los vínculos entre “lo público” y “lo privado” y la privatización concretamente.

De esta manera, los vínculos se han reflejado tanto en las prácticas concretas de las personas como en las estructuras políticas y económicas de decisión. Así, los significados entendidos a partir de construcciones sociales permiten mostrar, por medio del trabajo empírico, los vínculos estructurales entre público y privado que se reflejan también en experiencias subjetivas arraigadas en significados particulares: los significados como expresión de los vínculos.

1. Salud, enfermedad y medicalización: aportes a su discusión conceptual desde la sociología

1.1. Salud y enfermedad: ¿dualidad excluyente? Y la medicalización como “cura”.

La salud y la enfermedad podrían considerarse como otra “gran dicotomía”, según lo que se discute en el apartado dos, que ha estado presente a lo largo de la historia, a cada parte de la dicotomía se le ha dado un significado y una representación particular según el momento histórico del que se trate. Por eso es pertinente proponer una discusión de carácter social de esta dicotomía, la cual se convierte en proceso social desde el momento que condiciona prácticas específicas de individuos y colectividades, y desde el momento en que a tal proceso se le asigna un carácter político y económico.

Esto significa que tal proceso no es individual, ni se reduce a un enfoque biológico (aunque este tampoco se descarta), sino más bien es parte del carácter conflictivo de las sociedades. La pregunta aquí es: ¿cómo una persona que se considera enferma (irrupción somática en el cuerpo⁷) y que además se piensa que se trata de “su enfermedad” puede considerarse también como una persona que es parte de una colectividad y “su enfermedad” es parte de un colectivo? Este proceso se ha reducido a la persona, a la familia (como institución privada) y al control social ejercido desde las instituciones o élites médicas (que son las que definen la salud y la enfermedad).

¿Cómo definen la salud y la enfermedad?, según un paradigma biomédico occidental⁸ medicalizante. Para esta investigación, medicalizar⁹ se refiere a lo que esto significa en el

⁷ Así como cuando se irrumpe en el orden de la vida cotidiana, así se irrumpe en el orden (normalidad) que hace “funcionar” al cuerpo.

⁸ Se aclara que aquí se forma otra dualidad y es la dualidad de la de un paradigma occidental y otro oriental que definen de forma muy distinta la existencia humana en general.

⁹ La palabra medicina se deriva del latín *mederi* que significa curar, medicar y que estas dos acciones se han otorgado en occidente y desde una dimensión académico-científica a quienes han estudiado “el curar y el

ejercicio de la práctica médica alopática¹⁰, científica, legitimada e institucionalizada de acuerdo al paradigma biomédico positivista occidental. Por lo tanto, cuando se hable de medicalización, se estará hablando de la extensión de la práctica médica hacia otras muchas dimensiones de la vida, de la existencia humana.

Es importante aclarar también que podría entenderse que cuando se habla de “medicina alternativa”, se estaría cayendo en algún nivel de medicalización porque, a fin de cuentas, se medica o receta por medio de dosis específicas, seguir ciertas pautas de ingesta de algún producto y así por el estilo, sin embargo, se considera que más bien es que el lenguaje, monopolizado por la práctica médica alopática, ha sido extendido hacia las prácticas alternativas y algunas veces podría generarse confusión.

1.2. Salud y enfermedad: cómo poder pensarlas.

Cada momento histórico ha construido el concepto y significado de la salud y la enfermedad, así que la salud-enfermedad no se representa igual en diferentes tiempos y espacios. Sin embargo, Parsons define a la persona enferma de la siguiente manera:

...si una persona es considerada enferma, en la incapacidad de cumplir sus funciones sociales “no es culpa suya” y se le concede el derecho a la excepción y a la atención. Al mismo tiempo, de todos modos, se desea que la persona enferma acepte la definición de su estado como no deseable y la obligación de recuperar su salud lo más rápidamente posible. (Parsons, citado por Donati, 1994: 6)

Parsons está diciendo que la persona enferma debe ser excluida, debe concedérsele el “derecho” de recuperarse para que vuelva a cumplir con su puesto funcional y además, esta persona debe aceptar la definición socialmente designada y experimentar el proceso salud-enfermedad de forma lineal, porque está obligada a recuperar su salud debido a la condición

medicar”, es decir, la carrera socialmente legitimada, políticamente conveniente y económicamente rentable denominada medicina.

¹⁰ Considerando los significados y acepciones históricas de este concepto, para este caso, se entenderá “medicina alopática” como la que se practica convencionalmente y la reconocida científicamente que se denomina también como “medicina científica”. Esta se contrapone, desde el lenguaje científico-médico, a lo que hoy se llama “medicina alternativa” que se define por el uso de terapias homeopáticas, terapias con “medicina natural”, tarjetas de protección o curación, magnetoterapia, flores de Bach, entre otros.

de exclusión en que permanece si continua enferma. Así entonces, y como planteamiento de esta investigación, el proceso salud-enfermedad ha sido la construcción social de una dualidad excluyente e individual, la cual da por sentado que cada quien debe buscar los medios para regresar a la normalidad, a un “estado normal de salud”¹¹.

Salud: etimológicamente, la palabra salud se deriva del latín “salus”- salud-, “salutis”- salvación- que en latín eclesiástico se llevo a la expresión “salutare”, que significa salvación o acción de salvar. La raíz es el adjetivo “salvus”-intacto o a salvo, que a su vez tiene otra raíz presente en el sanscrito “sárvah”-entero- y en el griego “holos”-entero, total-. Los romanos usaban la expresión “salve!” como saludo cotidiano que significa – ¡que estés bien!- Así es como el concepto se ha relacionado con un significado religioso de salvación, la sanación como salvación y la enfermedad como producto del pecado y la salud como un estado de bienestar para servir a Roma.

La salud como concepto representa una abstracción y la angustia que se genera por el desconocimiento que se tiene del cuerpo físico, pero también de lo que manifiesta cuando se sienten preocupaciones, miedos, nervios, enojo, etcétera y se ha creado una dependencia de quienes dicen sí saber, de quienes se han adjudicado el monopolio del saber sobre los cuerpos.

Alcira Castillo (2000) plantea que hay una red conceptual de la autonomía médica, en la cual el poder es el centro de dicha autonomía médica que a su vez se desagrega en tres formas de autoridad. Primero, una autoridad de la profesión que se ancla por medio de la legitimidad y la dependencia, segundo una autoridad social que se ancla por medio de la legitimidad también y actores sociales; tercero, una autoridad cultural anclada por medio de

¹¹ Mucho de esto es lo que se supone que ocurra si la salud se entiende como mercancía, ya que cada quien, de acuerdo a su capacidad de pago, atenderá el proceso salud-enfermedad. Es decir, cada quien sería responsable de su normalización.

hechos y valores, así, estas tres formas de autoridad constituyen el monopolio del saber y del hacer médico.

Los cuerpos se transforman entonces en elementos de poder, de apropiación y de control, además se circunscriben a una institucionalidad única: los hospitales, los de gabacha blanca, las de zapatos blancos y la medicación farmacéutica.

Como cualquier concepto, la salud ha adquirido múltiples significados a lo largo de la historia, a continuación se mencionan algunos ideales y distorsiones sobre el concepto salud según la versión de la medicina occidental, como lo señala el investigador argentino, Eduardo Bustelo. Los ideales y/o distorsiones los define como:

- *el mito de la eterna juventud y la abolición de la muerte*: eliminación del dolor, del sufrimiento, de la llegada de la muerte. Eso hoy se observa con la publicidad de estilos de vida saludables, alimentos saludables, cremas que eliminan arrugas, y tratamientos que aseguran más años de vida huyendo de la muerte y la vejez porque han sido representadas como situaciones vitales negativas. El concepto salud se ha utilizado en el mercado publicitario para consolidar esta clase de mitos y hacer alucinar con una juventud eterna aunque medicalizada.

- *salud y bienestar desde el pensamiento utópico*: perseguir una vida mejor: ¿quién la dicta, quién define lo que es vida mejor?, “El rol del médico no es “remendar” sino que se le exige ser un previsor, un innovador, liberando la “carne” de su innata debilidad.” (Bustelo, 2000: 184)

- *concepto científico de salud*: aquí el concepto de salud se identifica con la idea de la ciencia como preeminencia de la “Razón”. Por lo que: “La ciencia se construye empíricamente mediante la constitución de regularidades que luego se convierten en leyes. Se instaura aquí el criterio de salud como “normalidad” y la terapia como un regreso de lo “desviado” a la

“norma”. (Bustelo, 2000: 185). Esto es importante porque permite fundamentar el argumento en cuanto a la medicalización de la existencia humana, que implica una normalización.

- *medicina natural*: esta se fundamenta en la influencia del pensamiento estoico, el cual propone que hay un curso “natural de las cosas”, aquí la salud es lo natural.

- *las relaciones entre salud y sociedad*: ¿cómo se define un estado de salud, es siempre el mismo?, se pregunta Bustelo: “... restaurar la salud, de nuevo significa llevar a un enfermo a la clase de salud que es reconocida en una sociedad particular y la que se conformó en esa sociedad”. (Bustelo, 2000: 188), por lo tanto, el concepto de salud es relativo a la sociedad que lo construye.

Enfermedad: De igual manera que el concepto de salud, el de enfermedad se condiciona de acuerdo a un momento histórico concreto, por eso:

En la historia, la enfermedad ha sido algunas veces concebida como un estado que posee, en su génesis, algo oculto y maléfico. Así surgió, por ejemplo, la asociación entre enfermedad-mal, la magia como método curativo y la movilidad en los roles de las personas que curan: el médico, el curandero, el hechicero, el chaman, etc. (Bustelo, 2000: 181).

¿Será entonces que sólo hay una diferencia cultural entre estas personas que curan?

Cada una de estas figuras representa poder de saber y de hacer, ya sea a través de la magia o de la ciencia.

Si la enfermedad es pecado significa que estar enferma/o es de responsabilidad única de la persona y se eximen los elementos políticos y económicos que generan la “morbus”, es decir, todas aquellas decisiones político – económicas que inciden en las formas de vida y en la vida como expresión de la existencia.

Por lo tanto, y siguiendo al sociólogo italiano Donati, él dice que

...la salud-enfermedad es y sigue siendo un problema de control social, en cuanto que los estados patológicos son siempre entendidos como problemas derivados de una falta de integración de los distintos subsistemas sociales, que deberían funcionar según precisos imperativos funcionales... (Donati, 1994: 15)

De esa manera, la salud y la enfermedad se entienden como construcciones sociales apegadas a un orden social particular; la salud como una manera de mostrar la estabilidad del orden social y la enfermedad como una manera de irrumpir en dicho orden y cuestionarlo.

Según lo anterior, Donati se refiere al problema del control social como una condición *ad hoc* del proceso salud-enfermedad, el cual, va más allá de estados biológicos, es decir, la salud y la enfermedad se conciben aquí más allá del cuerpo físico, porque además esos “estados patológicos” surgen desde lo social y no solo desde eventos ajenos al control humano¹². Por eso también, con la idea de control social, una población con “buena salud” supone personas normales, acordes al orden social, que van por “buen camino”, mientras tanto, una población “enferma” supone una sociedad conflictiva, desviada, des-ordenada.

1.3. Medicalización: mecanismo de normalización social ante el conflicto.

Valga preguntarse ahora: ¿cuál conflicto es el que se medicaliza?, se considera que es el de las dualidades sociales y culturales, impregnadas de muchos elementos simbólicos que han hecho de la dualidad un conflicto y provocado la deshistorización de cada elemento de la dualidad construida. Se caería en lo que aquí se denomina como *conflicto en la dualidad...* algunos ejemplos: salud/enfermedad, normalidad/anormalidad, poder/subordinación, vida/muerte, occidente/oriente, público/privado y así muchos más.

Los conflictos, al presentarse como una ruptura o un proceso de transición que conlleva cambios, han sido medicalizados para así normalizar y restablecer hacia el orden social establecido en un momento histórico particular. La normalización se lleva a cabo por medio de

¹² Por ejemplo, falta de agua potable en ciertas comunidades provoca estados patológicos que se entienden como derivados de una falta de integración social, cuando muchas veces se trata de decisiones políticas que permiten el padecimiento de esos estados patológicos. Por tanto, podría decirse que hay un control social sobre quiénes están sanos (as) en una sociedad y quiénes están enfermos (as). Es decir, ¿quiénes deciden cuántas y quiénes son las personas sanas y cuántas y quiénes las enfermas?

una receta dictada, es decir, por medio del seguimiento de unos únicos pasos señalados por una única institucionalidad que dice cómo es que se restablecen, entiéndase normalizan, los conflictos, los cuales son inherentes a toda existencia humana porque son la confirmación de que la vida humana es contradicción permanente, incertidumbre y cambio constante, permite recordar que, entre muchas otras cosas, la existencia es histórica.

La medicalización se representa entonces por medio del uso y abuso del lenguaje característico del paradigma biomédico positivista, así lo plantea Mainetti del Instituto de Bioética y Humanidades Médicas. El plantea que la extensión del lenguaje médico – científico ha hecho que muchos procesos vitales y sociales se medicalicen y tanto su abordaje como su explicación han sido de dominio y manipulación médica, por eso él habla de un lenguaje medicalizado:

La medicina [institucionalizada científicamente según el paradigma biomédico positivista-occidental y legitimada socialmente] medicaliza la vida a través del lenguaje y de la manera en que esta organiza la experiencia y construye el mundo (Mainetti, 2006: 78).

Por ejemplo, ¿cuál es la enfermedad actual de la sociedad costarricense?, “la crisis económica”, y ¿cuál es el tratamiento?: el Plan Escudo, el cual se receta como medicamento que restablecerá la sociedad, que la curara de esta enfermedad casi crónica. Pero claro está que la sociedad no es un cuerpo orgánico que funciona de acuerdo a una naturalidad establecida, y aún más, es preciso hablar de sociedades, todas complejas, particulares y tan dinámicas que medicalizarlas es destruir su condición heterogénea, es eliminar la existencia de otras y otros posibles.

Es además, una medicalización que pretende unificar las experiencias sobre salud, sobre enfermedad y sobre su abordaje. Se generalizan los conceptos a cualquier sociedad pero nuestras sociedades se definen en la desigualdad, por lo tanto, se pretende una normalización en la desigualdad: la sociedad indica cuando se está enferma (o) y cuando no pero la

distribución de las enfermedades definidas es desigual y desigual es el acceso de los grupos sociales hacia el restablecimiento y normalización que se pretende. Se medica a partir de síntomas y así silenciar los cuerpos.

Asimismo, esta imposición paradigmática es una forma de violencia de la práctica médica¹³, la cual irrumpe en los cuerpos manipulándolos como objetos descontextualizados, dominando los cuerpos para llevarlos hacia una normalidad socialmente construida y conveniente al control social. Decir, por ejemplo, “esa persona está enferma”, es atribuirle una etiqueta que aísla, que excluye, que reduce a las personas con síntomas que representan algo malo, una prueba que se debe superar individualmente, aislando a la persona con su enfermedad.

Por lo tanto, se constituye un orden social medicalizado que envuelve muchas actividades cotidianas, que envuelve relaciones sociales, que envuelve y define la vida en colectividad de acuerdo a lógicas que se han naturalizado.

Desde la perspectiva de derecho a la salud, se argumenta que la salud es un derecho humano universal; sin embargo, este derecho parece que se entrega a una institucionalidad médica que controla dicho derecho. Se entrega tal derecho a una institucionalidad que dicta recetas, pautas, normas únicas para curar o restablecer, que desde una perspectiva medicalizante, estas dos cosas - curar y restablecer - conllevan a una normalización y estandarización de los cuerpos y de quienes personifican esos cuerpos.

Así es como en el mercado de la salud y en la experiencia concreta de las personas, la salud adquiere una dimensión simbólica, es la dimensión *simbólica del producto*, simbólica

¹³ Michel Foucault, fue uno de los precursores de un análisis crítico y muy reflexivo en relación a las instituciones médicas como poseedoras del saber y poder sobre los cuerpos. No fue incluido en este trabajo debido a que ya se tenía un desarrollo teórico elaborado y porque su obra es muy compleja y por respeto a la misma no puede citarse por citarse, así que se menciona como un autor que provocó este tipo de análisis y que se reconoce su extraordinario aporte.

desde el punto de vista de la salud como derecho pero también desde el punto de vista de la salud como mercancía, para el primero se trata de un valor no “corrompido” por el precio, mientras que para el segundo su valor por excelencia es el precio. De acuerdo a esto es que otros (as) autores (as) han afirmado que

...el mantenimiento de la salud, propia o ajena, se ha convertido en buena parte en un asunto económico y las decisiones que afectan a su cuidado se toman con criterio de rentabilidad, aún cuando en el plano legal se reconozca el derecho a la salud como un bien fundamental, cada sujeto económico, sea individuo, familia, empresa, como, unidad local, institución o sistema político-administrativo nacional, incluye el cuidado de la salud en sus cálculos de riesgo, costes y beneficios. (Durán, 1988: 83. Citado por Medel, J. et.al., 2006: 29)

Si la salud es un derecho, enfermarse, ¿no lo es?, es decir, derecho a sentir el cuerpo y tomarse el tiempo necesario para percibir las sensaciones corporales y no sentir el riesgo abrumador de “caer en la enfermedad”. Si es que se puede hablar de un derecho a enfermarse ese derecho consistiría en la no medicalización, en un no al silenciamiento de los cuerpos.

También consistiría en romper con la dicotomía creada alrededor de salud-enfermedad porque es por medio de esta que se ejerce control, ya que desde el poder se asumen las manifestaciones del cuerpo hacia nuestro ambiente social y condición natural como una situación que quiebra la normalidad, que cuestiona el orden social. El planteamiento consiste en que lo que se denomina como las enfermedades, se pueden empezar a mirar como elementos de análisis para dar cuenta de nuestra realidad. Cualquier reacción corporal se cataloga como enfermedad, al ser una enfermedad se está quebrantando el orden social y por lo tanto se debe normalizar aquel cuerpo que cuestiona la normalidad controlada.

La pregunta es entonces, ¿de qué debemos curarnos? No se trata de estar sana o estar enferma, sino de cuerpos, cuerpos naturales y sociales, es decir, humanos que reaccionan, que sienten, que perciben... cuerpos manifestantes. ¿Quién dice que estamos enfermos y por qué se supone que estamos enfermos? El consumo desmedido de medicamentos, los muchos

hospitales, clínicas y consultorios privados, el colapso de los servicios médicos públicos, ¿indica eso que hay tanta gente enferma? O, ¿será que hay mucha gente enferma o mucha gente enfermada?

En síntesis, se plantea que la salud-enfermedad no son excluyentes y que son conceptos históricos. Mientras tanto, que una noción medicalizante de ambos conceptos los deshistoriza y no permite cuestionar la *sistemática somatización histórica de lo social* (planteamiento de Alvarez-Larrauri que permite complementar la idea de medicalización de la vida) que, por medio del campo de la salud, se estandarizan los *habitus* y los cuerpos. Esta autora define el campo de la salud como el lugar

...donde se definen los problemas a investigar, lo caracterizamos como un espacio político, ya que en todas las sociedades la salud mete en juego relaciones de poder movilizadas dentro del espacio público para controlar las decisiones y las acciones que tienen por objeto los bienes considerados como colectivos. (Alvarez-Larrauri, 2004: 201)

Es un campo con suficiente poder, tanto que tiene la potestad de medicalizar la vida, define la curación, define la experiencia de la salud y la enfermedad violentando a las personas como vulnerables al campo.

En el siguiente apartado se amplía más la discusión sobre salud con el apoyo del concepto de *sistemas de creencias y la teoría del mundo social* aplicada a la sociología de la salud.

1.4. Sistemas de creencias: salud-enfermedad como conceptos dinámicos de sociedades históricas.

Los sistemas de creencias pueden estar fundamentados en imaginarios, construcciones sociales y significados, los cuales disponen el contexto para la constitución de un *sistema de creencias relativo a la salud*. En esa dinámica de construcción, se configuran las creencias sobre diferentes acontecimientos sociales en un espacio y tiempo determinados. Por tanto, un *sistema de creencias relativo a la salud* se entiende como

...un conjunto más o menos relacionado -pero no necesariamente coherente o científicamente fundado, sin ser a su vez necesariamente erróneo- de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud. (Di Nicola, en Donati, 1994: 35)

De esta manera, podría decirse que los sistemas de creencias mantienen y legitiman las prácticas con respecto al proceso salud-enfermedad. Por tanto, los sistemas de creencias son importantes para un acercamiento al estudio del uso de servicios médicos: por qué, para qué y cómo se usan.

Asimismo, Di Nicola identifica *subculturas de la salud* y advierte sobre el sentido que los sujetos dan a este proceso y cómo pueden variar las formas en que se puede atender el mismo. Esta autora afirma que

La diversificación de las estrategias, de la cual sólo ahora se está tomando nota lentamente, mientras ha inferido un duro golpe a todo análisis simplista del recorrido salud-enfermedad-salud que pasase sólo a través del sistema institucional de la atención sanitaria (funcionalmente especializado en la curación y la rehabilitación del enfermo y en cuya dirección se canaliza tendencialmente la demanda de intervenciones y servicios sanitarios), ha demostrado además que, tratándose de estrategias, se esté frente, no ya a comportamientos irracionales, sino a comportamientos que adquieren una unidad y una lógica respecto al sentido que los sujetos les atribuyen. (Di Nicola, en Donati, 1994: 42-43)

Estas subculturas y estrategias pueden tomarse como elementos de análisis para un acercamiento hacia los significados que las personas atribuyen al uso de servicios médicos públicos y cómo y por qué se crean los vínculos con servicios médicos privados. Las estrategias que definen las personas, como se leerá en los relatos de experiencias, son parte de su *habitus* en el campo de los centros médicos de atención, en los cuales se definen estrategias por parte de las personas para acceder, de manera más rápida, a servicios de especialidades de los servicios médicos públicos y se define así una ruta crítica (elemento que sólo se utiliza como herramienta para presentar los resultados sobre cómo hace la gente para ingresar más rápido a servicios médicos especializados de la CCSS).

1.5. *Imaginario sociales*: su abordaje en tanto fundantes de significados.

Según las diferentes concepciones, enfoques, construcciones y perspectivas que existen con respecto al proceso en discusión, es importante señalar la importancia del “imaginario médico”¹⁴ de lo que es salud y lo que es enfermedad. Este imaginario médico tiene relación dialéctica con los imaginarios cotidianos que dan soporte a la experiencia del proceso salud-enfermedad. El imaginario médico se fundamenta en la perspectiva medicalizante; los segundos imaginarios son plurales y se fundamentan muchas veces en una perspectiva también medicalizante pero relacionada con mitos y tradiciones.

El primero es un imaginario científico, político y social legitimado estructuralmente y los segundos son imaginarios sociales constituidos y legitimados localmente, a nivel micro, que ordenan el ser y el hacer de las personas (su *habitus*), en este caso, respecto a la atención del proceso salud-enfermedad, son, las razones subjetivas que justifican las acciones y las formas en que las personas se explican a sí mismas muchas de las cosas que hacen.

Por lo tanto, para comprender el uso de servicios médicos (privados o públicos) es necesario saber que el uso de estos servicios está permeado por *la dialéctica entre estos dos imaginarios*: por un lado imaginarios socialmente construidos y legitimados estructuralmente, y por otro, imaginarios socialmente construidos desde las subjetividades. Los significados atribuidos al uso de este tipo de servicios son los imaginarios que proporcionan sentidos debido a que

Los imaginarios sociales serían precisamente aquellas representaciones colectivas que rigen los sistemas de identificación y de integración social, y que hacen visible la invisibilidad social. (Pintos, 1995: 7).

A su vez, son los que establecen el orden social de una sociedad en un momento y tiempo específicos. Cada uno de estos imaginarios construidos define quién es una persona

¹⁴ Se aclara que se trata, únicamente, del imaginario médico occidental.

sana y quién es una persona enferma (y cómo se define y se atiende), construidas en oposición la una de la otra.

De esta manera, se puede pensar en una realidad cotidiana de dicho proceso, una experiencia cotidiana, y una elaboración cotidiana que permite la explicación de un fenómeno social que abarca desde el cuerpo hasta lo social, en donde el cuerpo se controla por medio de instituciones establecidas para proveer la curación y restablecer la normalidad.

En esa medida no es sólo un proceso biológico, químico o físico del cuerpo (aunque sí se toman en cuenta), sino un proceso múltiple, histórico, no paralelo, ni en una sola dirección.

Pintos aclara que,

... más allá del aspecto instrumental, los imaginarios sociales proporcionan a los ciudadanos de una sociedad dada las categorías de comprensión de los fenómenos sociales. (Pintos, 1995: 7).

Considerando esta afirmación, los imaginarios sociales como fuentes de significado, dan paso a prácticas concretas comprendiendo que los cambios a nivel estructural no se quedan en lo jurídico, político o económico, sino que afectan las prácticas individuales de las personas en una sociedad histórica concreta.

En este sentido, una sociología de la salud escudriña sobre los imaginarios, las construcciones sociales de esos imaginarios, sobre los sistemas de creencias relativos a la salud, así como sobre los significados que se asignan, a partir de estos, al proceso salud-enfermedad y que dan sentido a las prácticas concretas. Pero también escudriña los aspectos estructurales que permiten ver más allá de experiencias subjetivas.

1.6. Teoría del mundo social aplicada a la sociología de la salud.

En concordancia con lo anterior, la salud se puede definir desde la teoría del mundo social, según la lectura que hace Alvarez-Larrauri a partir las propuestas de la *teoría de la práctica* de Bourdieu, como:

...parte del proceso de socialización en condiciones objetivas, interpretaciones simbólicas y prácticas no reductibles a las terapéuticas, las representaciones del cuerpo, al cuerpo como una objetivación del poder, a lo biológico, o al centro inalienable de la conciencia individual. (Alvarez-Larrauri, 2004: 179)

Sin embargo, esto no quiere decir que se individualice el proceso sino más bien que este es

...el resultado de la somatización histórica de relaciones sociales de dominación dentro del campo de la salud. (Alvarez-Larrauri, 2004: 179)

Por lo que pensar en un rol social de la persona enferma y el comportamiento de la persona enferma (Parsons), atribuyendo un ser y hacer a quienes están enfermos (as), es la individualización del proceso y la construcción de una posición social de la persona sana o enferma que la margina y ubica según edad, género, clase o estrato social en un determinado “estado de salud”; eso es lo que se propone denominar, para esta investigación, como *distribución desigual de la experiencia del proceso salud-enfermedad*.

Esto significa que no todas las personas usan de la misma manera los servicios médicos porque se tienen conceptos diferentes de salud y enfermedad, acceso diferente a los servicios, condiciones de vida distinta. El *habitus*, al ser histórico, social y subjetivo, genera diversas experiencias del proceso salud-enfermedad, por otra parte, una concepción naturalizada y estática como la que sugiere Parsons, normaliza las experiencias y estandariza *habitus*, concepciones de los cuerpos y los *eventos corpóreos*.

Estos últimos, Alvarez-Larrauri los define como procesos corporales desarrollados en contextos socioeconómicos particulares no separados de las construcciones simbólicas (Ver

más en anexo 7 sobre Aceptaciones de algunos conceptos en el contexto de los proyectos de reforma de los sistemas de salud). Es así como los eventos corpóreos se asimilan de acuerdo a un *habitus*, social e históricamente construido, sobre lo que se entienda por salud y enfermedad en una sociedad determinada. Cómo se interpretan los cuerpos y los propios eventos corpóreos, la urgencia y el riesgo son aspectos fundamentales para un acercamiento a los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación con los públicos.

Por su parte, Bustelo permite fortalecer este argumento cuando afirma que

...los perfiles de morbilidad y mortalidad y sus determinantes varían, ampliamente, según se trate de estratos altos o de bajos ingresos. (Bustelo, 2000: 210-211).

Estas son las condiciones externas, pero no se trata sólo de eso, sino también de la experiencia subjetiva del proceso salud-enfermedad, de ese proceso social que por ser proceso no se está sano ni enfermo sino que son condiciones de momentos específicos. Por lo tanto, la distribución de las experiencias se hace desigual desde el momento en que se vive en una sociedad de desiguales.

La distribución del proceso también es desigual porque lo que se supone es que el proceso se experimente igual y se normalice la situación de enfermedad por lo que, más bien, se produce una especie de violencia simbólica que

...constituye estados de salud específicos dados por la regularidad de la correspondencia entre el *habitus* y el campo de la salud, produciendo vivencias y efectos corporales derivados de prácticas y estrategias biológicas también. (Alvarez-Larrauri, 2004: 179).

Por lo tanto,

La violencia simbólica está en aceptar que estos son problemas individuales y que las víctimas son las responsables, aún por parte de las víctimas. (Alvarez-Larrauri, 2004: 208).

Este concepto es muy valioso para analizar por qué las personas usan servicios médicos privados y se ejemplificará más adelante con los relatos de experiencias.

Es preciso aclarar que no se utiliza directamente a Pierre Bourdieu porque lo valioso es la aplicación de lo que Alvarez-Larrauri llama la teoría del mundo social al estudio de la salud como objeto de estudio sociológico. De esta manera,

Los conceptos de capitales, *habitus* y campo, al igual que el de violencia simbólica, son instrumentos que permiten pensar teóricamente al cuerpo y a la salud de los agentes. La salud puede así ser concebida como resultado de interpretaciones y prácticas en determinadas posiciones sociales, en relación con el campo de la salud, en el cual, se lucha por definir el contenido mismo de la noción de salud. (Alvarez-Larrauri, 2004: 186)

Esto es precisamente lo que permite un acercamiento al análisis de los significados, los cuales se analizarán en relación con el *habitus* de las personas y cómo eso da paso a la definición de las estrategias y, a la vez, a vincular los servicios médicos privados con los públicos.

Por eso, es necesario repensar la forma como las personas buscan atender ese proceso y cuál es el contexto político-económico que podría condicionar esas estrategias. La diversificación puede ser tanto a nivel institucional-estructural (como la diversificación en la atención que se proponía en el Proyecto de Reforma del Sector Salud con la propuesta del “modelo integral de salud”¹⁵), como buscada por la población de determinado contexto histórico, de acuerdo a las necesidades, a cambios en los estilos de vida y a nuevas lógicas respecto al sentido que las personas le atribuyen a la atención del proceso salud-enfermedad.

Por lo tanto, nuevas necesidades suponen nuevas estrategias y ambas suponen nuevas concepciones de salud y de enfermedad.

Alvarez-Larrauri concluye entonces que

El *habitus* es entonces una subjetividad socializada. Se trata de una doble relación entre el *habitus*, como sistema durable y transformable de esquemas de percepción, de apreciación y de acción, que resultan de la institución de lo social en el cuerpo (o de los individuos biológicos), y los campos, sistemas de relaciones objetivas que son los productos de la institución de lo social en las cosas y en los mecanismos que están en la *quasi* realidad de los objetos físicos. (Alvarez-Larrauri, 2004: 191)

¹⁵ Para ampliar sobre algunas acepciones del concepto salud en el contexto del Proyecto de Reforma del Sector Salud, ver el anexo 7.

Siendo el *habitus* una subjetividad socializada es que puede pensarse en un análisis de los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos como significados contextualizados, imbricados. Es decir, la subjetividad de los significados en relación con contextos estructurales.

Asimismo, es posible aplicar este concepto al análisis de las estrategias porque

Las estrategias son las líneas de acción objetivamente orientadas, que los agentes sociales construyen sin cesar dentro de la práctica, y en la práctica, y que se definen en el encuentro entre un *habitus* y una conjunción particular del campo. Las estrategias no son intencionales ni tienen objetivos conscientes, no son acciones congruentes con intereses específicos, no están conducidas racionalmente ni organizadas y deliberadamente dirigidas hacia metas claramente trazadas. (Alvarez-Larrauri, 2004: 194)

La primera parte de la cita ilustra bien el análisis que se hará sobre las estrategias que definen las personas y sus hogares a la hora de poder acceder más rápido a los servicios de especialidades de la CCSS, es muy importante esto porque se definen pocas estrategias para usar servicios médicos privados pero sí suficientes para acceder rápido, sin hacer fila, a los servicios médicos públicos. Sin embargo, ¿qué pasa cuando el campo obliga a realizar ciertas estrategias?, ya que algunas veces usar servicios médicos privados se siente, por la mayoría de las personas entrevistadas como una necesidad inevitable que el mismo sistema público la provoca, entonces no podría decirse que son estrategias deliberadas sino más bien estrategias con la meta clara de ingresar a los servicios médicos públicos, habiendo pasado antes por los servicios médicos privados.

1.7. Sana-sano, enfermo-enferma: condición de género sobre la salud y la enfermedad como proceso histórico.

Este sistema de creencias, imaginarios, estrategias y significados se construye diferencialmente de si quien está “enfermo” es hombre o mujer. Las construcciones sociales de la salud-enfermedad se generan de acuerdo a una clara diferenciación de género, se habla de enfermedades del hombre y enfermedades de la mujer y así también es como se establecen las políticas de salud, se organizan los servicios médicos y las ofertas que se generan a partir de estos; además, también se relaciona con las prácticas en relación a este proceso.

Por su parte, las construcciones sociales de la mujer permean las construcciones sociales en relación a la mujer cuando se trata de servicios médicos, ya que se enfatiza en la “salud reproductiva”, en la “salud familiar”, y la mujer es la encargada de ambos aspectos porque se supone que hay una

...elasticidad infinita y gratuidad del tiempo de las mujeres y en la expectativa de que ellas estén siempre disponibles, dispuestas y moralmente obligadas a proveer su asistencia en el hogar a los dependientes, enfermos, ancianos y discapacitados. (Medel et.al, 2006: sin página).

Todo esto, en oposición a las construcciones sociales respecto al hombre, nótese además que la cita se refiere (irónicamente) a enfermos, ancianos y discapacitados, todos en masculino, porque son los hombres los que necesitan el cuidado que “sólo las mujeres saben dar”. Además, estas ideas también se reflejan en el personal que trabaja en el campo de los servicios médicos, los doctores (médicos) como responsables de curar y las enfermeras como las responsables de cuidar.

En este mismo sentido, en La Crisis Cultural de la Medicina Moderna (editado por Ehrenreich¹⁶), se dice que se ha dado un proceso de *feminización de la enfermedad*, el cual se ha sostenido por una mirada médica que configura (construye) las enfermedades, esta (la

¹⁶ The Cultural Crisis of Modern Medicine

mirada médica) identifica todas las funciones femeninas con enfermedad, se racionaliza el mito de la “fragilidad femenina”, que según el libro, los médicos lo usan con dos propósitos: descalificar a las mujeres como enfermas y potenciales pacientes, y cultivar las enfermedades en sus pacientes¹⁷ (Ehrenreich, 1978: 126-128). Esto da pie para concluir, que el uso de servicios médicos es tácitamente diferente entre hombres y mujeres, por lo tanto, es también un indicador que permite conocer la oferta y demanda de estos servicios por parte de la población y actualmente, las estrategias del mercado de la salud para buscar “clientes seguros” con respecto a los servicios médicos.

Desde esta perspectiva, también se puede retomar la importancia de los hogares y del sistema doméstico en salud que se genera dentro de ellos. Los hogares, son lugares donde se desarrollan determinadas acciones que definen la forma como ese hogar atiende el proceso salud-enfermedad y el papel de cada persona que es parte de ese hogar con respecto al proceso en mención. Por eso,

...el modelo de atención en salud no se puede explicar adecuadamente si se considera sólo como un elemento de la institucionalidad de la salud pública. Por el contrario, la articulación entre el sistema institucional y el doméstico en salud es una clave sociológica para comprender el funcionamiento del modelo de atención, pudiendo afirmarse que una condición indispensable para su viabilidad es el sistema doméstico de salud, el que a su vez descansa hoy en la división de roles sexuales que opera en la familia y la sociedad. (Provoste y Berlagosky. Citado por Medel, J. et.al, 2006: 2)¹⁸

Con la cita anterior, se sustenta el argumento de que este proceso es conflictivo y en el cual intervienen varios actores que lo hacen complejo y de interés para el análisis y discusión sociológico. La interacción que se da entre el sistema institucional y el doméstico, es parte también del conflicto entre una construcción social oficial del proceso y otra que se da a lo

¹⁷ Nótese que se refiere a “sus pacientes”, es decir, las personas como posesión de las y los médicos, que están en condición de dependencia y paciencia, siendo violentadas y dominadas.

¹⁸ Estas autoras hacen la afirmación refiriéndose al sistema de salud chileno. Sin embargo, hay que considerar que el sistema nacional de salud costarricense tampoco puede comprenderse sino se considera la dimensión doméstica o familiar.

interno del sistema doméstico, la cual puede ser igual a la oficial, ser reconstruida o ser diferente respecto a las proposiciones centrales de la construcción social oficial.

En síntesis, el “estar sano”, desde la perspectiva de género, se relaciona o se evidencia en los roles sociales de género, los cuales deben ajustarse a los establecimientos (órdenes) sociales y culturales (Pittman y Hartigan, 1995: 21). Además, es una forma en la cual se establece la división sexual del trabajo y la división entre trabajo productivo y trabajo improductivo (esto desde el punto de vista económico), dejando a las mujeres en desventaja y otorgándoles la obligación de cumplir con esos quehaceres¹⁹.

¹⁹ Esta noción de sistema doméstico de salud es importante porque muchos familiares se encargan de parientes que están, por ejemplo, hospitalizados. En muchos casos, las responsabilidades médicas se reducen a rondas médicas de visita y aplicación de medicamentos por parte del personal de enfermería.

1.8. Los conceptos en tanto propuestas para interpretación de la realidad.

En síntesis, las construcciones sociales simbólicas, subjetivas y estructurales ordenan y dan sentido a la realidad, justifican las prácticas y condicionan las interacciones con procesos estructurales. La discusión vincula construcciones sociales simbólicas interactuando con procesos estructurales cargados de significados y poder que hacen de las sociedades espacios complejos, multidimensionales y conflictivos.

De esta manera, la discusión sobre salud-enfermedad permitirá interpretar los significados que las personas entrevistadas atribuyen a ambos conceptos, los cuales pasan a ser condiciones de experiencias concretas. Permite un acercamiento crítico hacia las nociones de normalización, por medio de procesos medicalizantes que obligan a la búsqueda del restablecimiento, es decir, los parámetros de medicalización exigen la normalización y mientras más difícil sea ingresar a los servicios médicos públicos para lograr esa normalización más aumentará la necesidad de usar servicios médicos privados.

Dicha medicalización, que implica normalización como mecanismo de control y negación de los conflictos sociales como inherentes a las sociedades, es parte de lo que se ha analizado como la *sistemática somatización histórica de lo social*. Esta somatización ha hecho que cada sociedad, según momento histórico, defina quién está enfermo y quién sano.

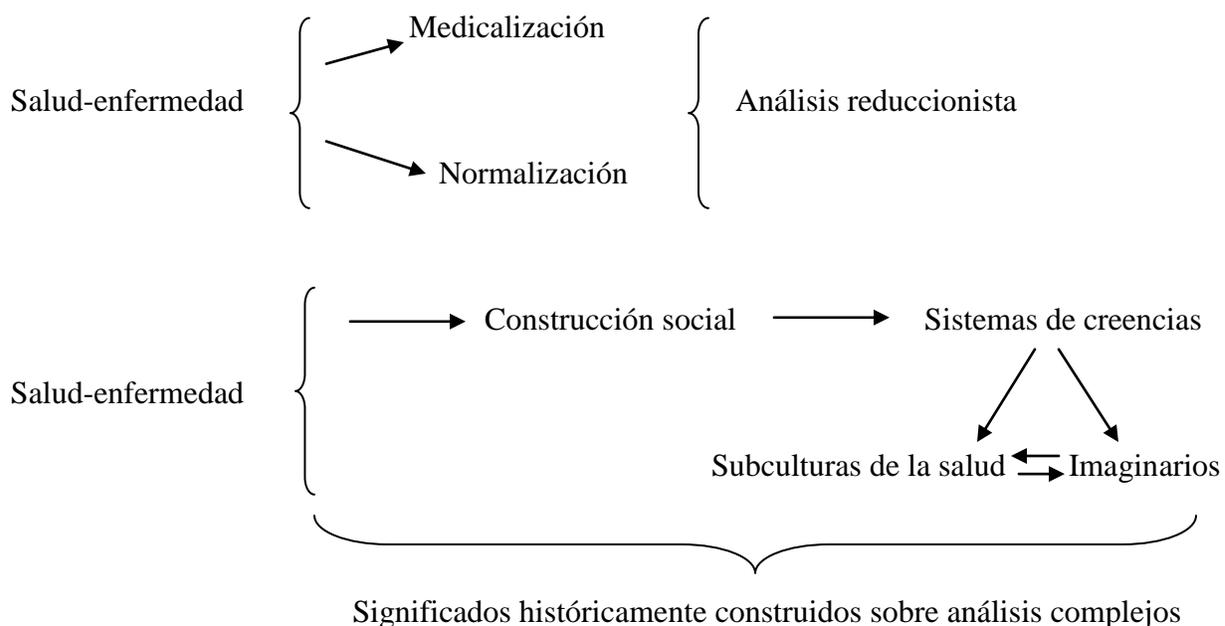
Estos significados se desarrollan como construcciones sociales ancladas en sistemas de creencias, que a su vez, se fundamentan en imaginarios sociales que establecen subculturas de la salud constituyendo los *habitus* en tanto condición para desarrollar estrategias en cuanto al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

Los significados, serán entonces analizados, como relatos que expresan el sentido de los vínculos entre ambos servicios y las discusiones sobre proceso salud-enfermedad, sistemas

de creencias relativos a la salud, subculturas de la salud, imaginarios y *habitus* posibilitan interpretaciones de los vínculos a partir de experiencias subjetivas. Por eso es que a partir de estos conceptos se precisó una *dimensión simbólica* que permitiera interpretar el uso de servicios médicos privados en relación con el uso de servicios médicos públicos.

Es preciso mencionar de una vez que, si bien los sistemas de creencias relativos a la salud se refieren específicamente a nociones subjetivas que explican el por qué y para qué se usan servicios médicos según los significados de salud y enfermedad, son sistemas de creencias que se construyen a partir de un contexto estructural, en este caso la realidad de la imbricación estructural entre servicios médicos privados y públicos.

Dicho contexto también se refleja en las explicaciones, que desde sus subculturas de salud, se hacen a sí mismas las personas de la condición, estructuralmente necesaria, que les obliga a usar servicios médicos privados para ingresar a servicios médicos públicos especializados.



2. Salud: determinantes públicos y privados a partir de una visión sociológica.

2.1. Imbricación entre lo público y lo privado: una condición hacia la privatización.

Lo público y lo privado son aquí usados como dos conceptos separados pero, como se desarrolla más adelante, la separación sólo puede ser teórica para lograr analizar la redefinición que de estos conceptos se hace en el contexto de Reforma del Sector Salud costarricense particularmente, pero también en las propuestas a nivel mundial impulsadas por el Banco Mundial.

Se habla de redefinición porque inducen a un cambio en la forma como lo llamado público y privado serán incluidos en las políticas de reforma, de esta forma, los conceptos han sido politizados y adecuados a los intereses impulsados por las políticas de reforma. Por ejemplo, en Costa Rica, antes de la creación de la CCSS el servicio médico privado se ejercía de manera general ya que para otras personas el servicio de beneficencia era la posibilidad de recibir servicios médicos.

Posteriormente, con la institucionalización de la seguridad social es que se hace pública la atención médica, ahora, con las políticas de reforma se pretende mejorar la institucionalidad pública por medio del reforzamiento del sector privado de acuerdo a sus características actuales al son de la eficiencia, competitividad y productividad. Por eso, los procesos de privatización pueden también interpretarse como procesos de desinstitucionalización (Laurell, 1994: 3)

Por tales motivos muchas veces se piensan ambos conceptos como duales, sin embargo, otras propuestas sugieren una reflexión que muestre la dualidad pero dialéctica que induce a la anulación de la separación real entre lo público y lo privado. Esto permite

introducir una de las propuestas de esta investigación, la cual consiste en analizar la no separación público-privada y hablar de una relación imbricada argumentando sobre la falsa ilusión de que por un lado está lo público y por otro lo privado²⁰.

Tanto lo público como lo privado ha sido discutido en muchas disciplinas y por lo tanto desde múltiples perspectivas. Incluso desde las ciencias sociales es difícil delimitar cuando se hace referencia a uno y otro, especialmente cuando se trata de los vínculos entre ambos. Nora Rabotnikof, filósofa política, se refiere al par conceptual público-privado como clave en las observaciones del pensamiento político y social de Occidente, ella aclara que

...la distinción público-privado no es utilitaria, ni comprende una oposición única sino una familia compleja de oposiciones, no carentes de vinculación pero tampoco mutuamente reductibles (Rabotnikof, 2000: 604).

Por supuesto, los análisis sobre ambos conceptos dependen del contexto y tiempo histórico a los cuales se estén haciendo las referencias. Por ejemplo, en un mercado de la salud como el costarricense, los médicos (as) que trabajan en el sector público también lo hacen en el sector privado, entonces ¿cuándo pasan de servidores públicos a trabajadores profesionales por cuenta propia dueños de sus negocios (consultorios, clínicas, laboratorios)? Esto es fundamental, ya que se demuestra que la separación es casi imperceptible y en este caso, se ejemplifica con el doble rol que puede ejercerse por medio de la profesión médica en las condiciones actuales.

Vale entonces, introducir la pregunta analítica de Rabotnikof que dice así:

¿A qué se apela cuando se nombra lo público? ¿Cómo se construye la otra parte de la distinción, la parte privada? (Rabotnikof, 2003: 19).

Si se adecua la pregunta para esta investigación sería así: ¿a qué se apela cuando se nombran servicios médicos públicos? Una respuesta rápida es a los servicios que otorga la

²⁰ Sin embargo, es prudente aclarar que la negación de la separación y por ende la imbricación no es indistinta, es decir, usar servicios médicos públicos y no privados, o viceversa, no tiene las mismas implicaciones, en otras palabras, no da lo mismo.

CCSS y ¿cómo se construye la otra parte, los servicios médicos privados?, una posible respuesta es que se construyen por los servicios que se ajustan a las leyes del mercado.

Esta autora ordena el análisis según tres sentidos tradicionales asociados a la distinción público-privada, que se presentan según criterios heterogéneos. El primer criterio es la referencia al colectivo o a la dimensión individual,

Así, público alude a lo que es de interés o utilidad común a todos, lo que añade al colectivo, lo que concierne a la comunidad, en oposición a lo privado, entendido como aquello que se refiere a la utilidad e interés individual (Rabotnikof, 2000: 604).

Servicios médicos públicos son entonces de interés colectivo, que interesan a la comunidad en general y se otorgan por medio de una institucionalidad que debe promover dicho interés colectivo (autoridad que podría ser Estado), mientras tanto, los servicios médicos privados se promueven de acuerdo a intereses individuales, se accede a ellos según la capacidad e interés individual de quien quiera y pueda acceder a ellos (sustracción del poder público, del Estado). Un ejemplo son los paquetes de servicios que se promueven específicamente desde las aseguradoras particulares, donde las personas se afilian al paquete que puedan y de acuerdo a las necesidades que quieran cubrir (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE, en Chile son un ejemplo).

El segundo criterio al que hace referencia Rabotnikof es sobre lo visible versus lo oculto, lo ostensible y manifiesto versus lo secreto. Se relaciona principalmente con aspectos de orden cultural e interaccional.

Público parece designar, en este segundo sentido, lo que es visible y se despliega a la luz del día, mientras que lo privado se entiende como aquello que se sustrae a la mirada, a la comunicación y al examen y que parece conectar históricamente con lo sacro. (Rabotnikof, 2003: 19).

Como ella misma explica, alguien como un actor o actriz es público en el sentido de que es manifiesto, conocido (personaje público) sin embargo, su espacio de acción o decisión

no se vincula necesariamente con la colectividad. Por su parte, el poder público, la gestión y autoridad pública puede ejercerse en secreto, es decir, de manera privada.

Por último, el tercer criterio, es el de la apertura-clausura.

En este caso, “público” designa lo que es accesible, abierto a todos, en oposición a lo “privado”, entendido como lo que se sustrae a la disposición de los otros... público es aquello que al no ser objeto de apropiación particular se encuentra abierto, distribuido. (Rabotnikof, 2000: 604).

Algunas veces este criterio se confunde con el primero, sin embargo, según este tercer criterio privado alude más a la apropiación, a la división entre apropiados y no apropiados.

Tomando en cuenta los tres criterios, lo público y lo privado sigue siendo difuso y aquí no se pretende esclarecer la complejidad intrínseca de ambos conceptos, sino más bien afianzar la complejidad para argumentar que la división de opuestos a nivel teórico ha ocultado los vínculos a nivel concreto, a nivel de la vida social.

La complejidad se refiere a la pluralidad de sentidos que, como afirma Rabotnikof, ... también se relaciona con el hecho de que, si bien tales significados no pueden considerarse en sí mismos términos evaluativos (como “justo”, “bueno”, “democrático”, etc), a menudo son utilizados en contextos evaluativos, tanto para defender la primacía de lo público sobre lo privado como para reivindicar la autonomía del ámbito privado frente al escrutinio público (en sus distintas acepciones o contextos de debate). (Rabotnikof, 2000: 605).

Este fue el dilema (y es todavía) que definieron las discusiones en torno a las reformas estatales en general y a las reformas de los sistemas de salud en particular. La pregunta de debate sobre qué había que hacer: dar espacio a lo privado en lo público, reducir lo público; y cómo, qué significaba eso, cómo pues se redefinirían los roles que definían en ese momento lo público en contraposición (supuestamente) a lo privado. Estas cuestiones se presentan en el capítulo III.

Por otra parte, Norberto Bobbio, otro filósofo político, plantea lo público y lo privado como una dicotomía, él dice que

...se puede decir que los dos términos de una dicotomía se condicionan mutuamente, en cuanto se reclaman mutuamente uno a otro: en el lenguaje jurídico, el léxico público remite inmediatamente por contraste al léxico privado y viceversa; en el lenguaje común, el interés público se determina inmediatamente en relación y en contraste con el interés privado y viceversa. (Bobbio, 1992: 13)

Señalado así, lo público y lo privado también son parte de las construcciones sociales, las cuales (en relación a estos conceptos) se consolidan políticamente en el contexto mundial del surgimiento y desarrollo del *Welfare State* y las llamadas políticas sociales²¹. En ese sentido, la dicotomía se ha extendido para formar una nueva que es: derecho público y derecho privado, cuya diferenciación original

...es acompañada por la afirmación de la supremacía del primero sobre el segundo... (Bobbio, 1992: 14).

De esta dicotomía, y en el contexto específico de la economía o forma de producción capitalista, surge la economía política, de la cual

...proviene la diferenciación entre relaciones económicas y relaciones políticas, entendidas las relaciones económicas como relaciones fundamentalmente entre desiguales a causa de la división del trabajo, pero formalmente iguales en el mercado; la dicotomía público/privado aparece bajo la forma de distinción entre sociedad política (o de desiguales) y sociedad económica (o de iguales)... (Bobbio, 1992: 16-17)

Esta es una delimitación específica de ambos conceptos, y es posible complementar la idea de dicotomía con otras apreciaciones de Rabotnikof, que además afirma que esta “gran dicotomía” debe tomarse con cautela y reflexión para que sea posible que constituya un instrumento hasta indispensable del análisis sociológico, moral y político.

Ella dice que hay cuatro contextos de discusión, siguiendo planteamientos de Weintraub (sociólogo político), que establecen a su vez líneas de análisis particulares. Se podría hablar entonces, según ella, de

...la invocación a la distinción público-privada en el debate en torno al alcance del sector público y las privatizaciones, de la reivindicación de una esfera de lo público en la tradición participacionista o cívica; del análisis de las transformaciones de la vida privada (entendida como la esfera de la intimidad, la familia, la sexualidad, las relaciones afectivas) y de la vida pública (entendida como el

²¹ Ver Barba, Carlos “Paradigmas y Regímenes de Bienestar” (2005).

espacio de la sociabilidad), y de la crítica a la distinción público-privada en la literatura feminista. (Rabotnikof, 2000: 605).

Para el caso de esta investigación sólo interesa ahondar en el primer contexto, es decir, en la distinción público-privado entendida como “oposición entre Estado y mercado”. Interesa sólo esta porque se relaciona con el tema de los servicios y se vincula con la referencia específica a sector de servicios médicos privados y públicos; los privados como los “de afuera”, “particular” y los públicos como los de “La Caja”. Entonces, de manera inicial parece que calza la oposición Estado-mercado: “La Caja” del Estado, los “de afuera” del mercado.

De todas formas, como se viene argumentando, dicha oposición es aparente ya que en la práctica concreta, el uso de servicios médicos privados y públicos se vincula hasta imbricarse.

Esta oposición es pues sólo una versión de la dicotomía (que en tanto elemento teórico aporta para un análisis reflexivo) que suele “...identificar un sector “público” ligado básicamente a la administración y el gobierno, y un sector privado asociado en general al modelo de mercado”. De acuerdo con esto, público y privado se pueden asumir como conceptos adjetivados, en este caso, se adjetivan los servicios médicos en servicios públicos y privados.

Entonces, siguiendo un análisis cauteloso de Bobbio y para introducir lo concerniente a la privatización o procesos de privatización, lo público y lo privado trata de dos procesos paralelos: uno la “publicitación de lo privado” y otro la “privatización de lo público”, esto se interpreta aquí como hacer visible lo privado de acuerdo a la privatización de lo público, dándose así la privatización. Otro concepto con plurales significados que

...se tiende a identificar, siguiendo una larga tradición teórica, lo público con las agencias estatales, de modo que sector público y sector privado se equiparan a gubernamental y a no gubernamental... [Entonces]...las primeras reformas del estado, los debates en torno a las privatizaciones y la rígida

oposición Estado-mercado tendió a recurrir a este uso de la dicotomía público-privado (Rabotnikof, 2000: 605).

Por lo tanto, según este análisis, los procesos de privatización se fundan, teóricamente, sobre esta dicotomía, y es en el proceso donde la dicotomía se disuelve.

2.2. Procesos de privatización: enfoques y discusiones teóricas en relación a la salud y la enfermedad.

Para el caso costarricense, la diferencia entre los servicios médicos públicos y los privados se basa en elementos discursivos: los primeros se brindan con una lógica de derecho que se fundamenta en los discursos de **universalidad** (accesibilidad), **solidaridad** (afiliación obligatoria por parte de trabajadores/as del sector formal) y **equidad** (no se toma en cuenta capacidad de pago, condición social, estatus ni cualquier otro aspecto que dé ventaja a una persona sobre otra).

En cambio, los segundos, se brindan según lógicas de mercado, ofreciendo paquetes de acuerdo a la capacidad de pago de las personas, vendiendo servicios que buscan curar enfermedades y “normalizar” a los y las “enfermas”. Ahora, ¿es esta una diferencia? Se tiene la noción entonces que las cotizaciones a la CCSS no son pagos porque se supone que lo público no se paga. Para efectos empíricos, la división se mantiene según sector público y privado, donde lo público es “La Caja” y lo privado “lo de afuera”, “lo particular”.

Para esta diferenciación, es importante tomar en cuenta que la dicotomía público-privado como proceso de privatización ha llevado a pensar la salud, expresada en la provisión de servicios médicos, como mercancía. Huaylupo, economista y sociólogo, afirma que

Los procesos de privatización no sólo constituyen la transferencia de los activos nacionales, sino también la privatización de la práctica estatal, sea convirtiendo a los entes institucionales de la práctica social del Estado, en auténticas empresas rentables, excedentarias y generadoras de recursos no reinvertibles, así como también significan poner a disponibilidad y beneficio privado la inversión, los recursos nacionales y los propios ingresos impositivos del Estado. (Huaylupo, 1999: 7)

Esta apreciación se justifica claramente con los proyectos de reforma impulsados inicialmente para los sistemas de salud en general y sus particularidades para los países latinoamericanos, ya que se generaban a partir de un cambio ideológico internacional hacia el neoliberalismo dominado por instituciones financieras internacionales (Collins y Barten, 2006: 47).

Ahora bien, como se muestra en el siguiente capítulo, se dice que hay privatización de servicios cuando se da el traslado total de la institucionalidad pública al sector privado, pero no es privatización si el rol que cumple el sector privado es de administración, gestión o proveedor de servicios médicos.

Asimismo, los procesos de privatización pueden ser nacionales o transnacionales, quiere decir que los procesos de privatización serán muy diferentes si el traslado del financiamiento, provisión, gestión y administración de los servicios médicos es hacia sectores privados nacionales o si es a sectores privados transnacionales. Estos procesos pues, no garantizan la real eficiencia que se buscaba con las reformas para “aliviar” la carga pública (Smith, 1993: 101).

En relación con esto y en contraste con la “gran dicotomía” público-privado, vale ahora presentar algunas de las reflexiones que ha hecho Selva Sutter, investigador salvadoreño de la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”, sobre el modelo mixto público-privado (Ver recuadro 4 para el caso europeo) impulsado por los procesos de reforma de los sistemas de salud. El discute sobre el contenido ideológico de esta propuesta y afirma que

...el modelo mixto de público y privado no funciona, pues no es más que entregar dinero público al sector privado para su propio beneficio... la privatización de la salud hace de la vida una mercancía, comprada y vendida por las grandes compañías de seguros y los planes de salud. (Selva Sutter, 2004: 549).

Por ser ideológica, la combinación entre público y privado, en el contexto de los procesos de reforma, se dirigen hacia favorecer una combinación donde el sector privado es uno que busca afán de lucro y la aplicación de las leyes del mercado. Esta es, como se irá argumentando, la particularidad de las políticas de privatización actuales que se vinculan al periodo neoliberal expresados en los Programas de Ajuste Estructural.

Según este carácter ideológico, lo privado se podría relacionar con el segundo criterio mencionado antes en relación con los planteamientos de Rabotnikof, ya que una de las premisas del Banco Mundial, en este contexto, es que la salud pertenece al ámbito privado, de la vida privada, de la familia, impulsándose, por otra parte, políticas de prevención de la enfermedad, las cuales atribuyen única responsabilidad a las personas, circunscritas a su entorno de la vida privada (Selva Sutter, 2004: 551) . Así, la salud y la enfermedad serían asunto de las personas individuales con lo que se niega el carácter colectivo, histórico, cultural y político tanto de la salud como de la enfermedad, aludiéndose el respeto a la “libre elección”.

Por tales motivos, esta investigación, siguiendo a Selva Sutter (2004 y 2003), Bustelo (2000), Tamez y Valle (2005), principalmente, concluye que desde los PAE, hasta las propuestas de reforma sectoriales, los organismos financieros internacionales (Banco Mundial y FMI) han impulsado enfoques de mercado hacia espacios de política pública en sectores específicos, en este caso, el sector salud, a pesar que se haya definido en décadas anteriores la salud como derecho. El *enfoque de mercado*, según la perspectiva analítica de Selva Sutter, consiste en:

... una asistencia regulada por el afán de lucro del sector privado, cubierto por el beneficiario o por el seguro también privado. Desde este enfoque el servicio público incluye sólo aquel que el sector privado no ofrece o no puede ofrecer porque no los considera rentables... En la práctica, en la reforma de salud impulsada por el Banco Mundial, el mercado privado releva al Estado de su responsabilidad de brindar atención primaria universal en salud. (Selva Sutter, 2004: 559)

Si bien no se pretende decir que esto es lo que se ha constituido en Costa Rica porque el sector público sigue con mayor autoridad política, sí asumir la realidad con respecto a lo que se espera que haga el sector privado y los resultados que se mostrarán, reflejarán de manera concreta cómo es que las personas usan esos servicios y a raíz de cuáles debilidades del sector público, debilidades que estructuralmente se han ido instaurando desde las políticas de reforma.

Paralelo al enfoque de mercado se ha hablado de un enfoque mixto, que según Selva Sutter no se puede hacer, en la práctica, división de ambos enfoques aunque teóricamente sea posible. De esta manera, este segundo enfoque consiste en que

... presupone que la introducción de elementos del mercado aumentará la eficiencia del sistema público, mientras que una intervención gubernamental reforzada mejorará la equidad del mercado.” (Selva Sutter, 2004: 559).

A diferencia del primer enfoque, este sí es el que se ha fomentado para Costa Rica y todavía hoy el reto es fortalecer la intervención gubernamental para que regule el sistema mixto en la provisión de servicios médicos, que dicho sea de paso, está maleado por los intereses médicos surgidos de la asignación del doble rol profesional: la práctica médica “afuera” y la práctica médica en la CCSS²².

La crítica fundamental al modelo mixto público-privado en los sistemas de salud es que se evaden discusiones sobre salud y enfermedad, se niega su condición histórica y cultural cargada de múltiples significados; se enmarcan en una definición de economía política que ubica los servicios médicos en la economía de la rentabilidad, la libre elección y el costo-beneficio. Tanto así que

²² Para el caso europeo, Selva Sutter lo resume así: “La experiencia europea documenta el llamado fenómeno de la parasitación, es decir, los profesionales contratados por el subsistema público también ejercen en el sector privado, lo cual hace que no cumplan sus obligaciones laborales en aquél.” (Selva Sutter, 2004: 563). Relatos sobre esta situación podrán leerse para la experiencia costarricense según las entrevistas realizadas para esta investigación.

Cuando se propuso introducir el mercado libre en el sector salud se advirtió también que cierto tipo de atención de salud transgredía los presupuestos de la competencia perfecta, hasta el punto que estaba fuera del alcance del sector privado. (Selva Sutter, 2004: 553).

Esto es precisamente lo que se relaciona con los paquetes de salud, se cubren “ciertas enfermedades”, mientras otras de mayor costo de atención, se pasan al sector público porque el mercado trata con “enfermedades rentables”, mientras el sector público se encarga de “enfermedades caras” que implican tratamientos prolongados o de por vida.

En relación con eso, lo que llama la atención es que a pesar de que el sector privado busque tomar para sí “enfermedades rentables” requiere crear necesidades artificiales y en lugar de promoverse la “seguridad social”, se venden “seguros de enfermedad”, podría describirse así:

El sistema debe crear necesidades artificiales en cantidad cada vez mayor y más diversificadas; para cumplir este objetivo, el sistema de salud dirige las necesidades de la población en el sentido conveniente al mayor consumo; este consumo está ligado, por otro lado, al lugar que ocupan cada individuo en la sociedad y en el sistema de producción. (H. San Martín, 1986: 113)

Esto se ha hecho, como se desarrolla más adelante, por medio de la fragmentación de los cuerpos, es decir, la fragmentación de los cuerpos (cuerpos físicos) permite la diversificación del mercado, que se afianza en una perspectiva medicalizante.

Según Homedes y Ugalde (2002), el sector privado puede participar en:

- La financiación (impuestos, seguros o pagos directos)
- En la gestión (gestión de la financiación, gestión de la atención, gestión de programas, entre otros)

- Y en la provisión (provisión de servicios ambulatorios, especializados, técnicos, de hostelería, auxiliares de apoyo, entre otros) de servicios de salud dentro de un mercado de salud²³.

Estas formas de participación crean las facilidades para otorgar mayor protagonismo al sector privado en un contexto histórico y político determinado. Por otra parte indican la complejidad que caracteriza actualmente el sector salud, además, este “juego” genera sutilmente el hacer de la salud una mercancía, un producto que se compra y se vende. Sobre esto mismo, es importante retomar la idea de que el mercado de la salud es un mercado imperfecto. Según los mismos investigadores, hay cuatro características principales de ese mercado imperfecto:

- La diferencia del conocimiento entre la oferta y la demanda
- La tendencia monopolística, sobre todo de los hospitales y los servicios de alta tecnología
- La tendencia del sector privado de excluir a los grupos de alto riesgo y a los que presentan enfermedades costosas
- La falta de asociación entre el uso de alta tecnología y el aumento de la productividad, ya que con frecuencia la alta tecnología de salud emplea más personal (Homedes y Ugalde, 2000: 55).

Por lo tanto, si con la privatización los servicios médicos pasan a ser una mercancía, el derecho que se puede ejercer no es el derecho a la salud sino el derecho de consumidor. Y es que paralelo a la constitución de los derechos sociales y la protección de la salud por medio de la seguridad social, los mercados (Siglo XVIII) se

²³ Herrero y Durán hacen un señalamiento más puntual diciendo que la concentración de actividades del sector privado en Costa Rica, se compone de la atención ambulatoria y apoyo en salud, productos médicos y aparatos terapéuticos (2001: 39).

...autonomizan de todo principio de contención moral e irrumpen en el área de la salud inaugurando su fase comercial (Bustelo, 2000: 193).

La privatización, por consiguiente, implica una vinculación diferente con un mercado de la salud que es muy complejo, compuesto por múltiples intereses, por industrias médicas y farmacéuticas, ligado a sectores financieros que promueven la investigación médica con propósitos comerciales (que se apropian del conocimiento generado) y, además, es una privatización

...que define el bien público desde criterios tan ideológicos como el de la no exclusividad y la no rivalidad. Según esta definición, la atención de salud y la curativa son bienes privados o bien públicos y privados al mismo tiempo... es difícil que esta tendencia se detenga, porque no está motivada por razones de orden académico, sino políticas, aunque disfrazadas de ciencia. (Selva Sutter, 2004: 554)

Para este autor, lo que él llama combinación de lo público y lo privado²⁴, es una maniobra que conduce, indudablemente, a la privatización. En Costa Rica hay varios ejemplos de esta combinación (vinculación que supone *imbricación*²⁵) y se presentan en el próximo capítulo como vínculos que se traslapan y los límites de lo que pueda ser público o privado se distinguen menos. Para el análisis empírico, esta combinación se llamará vinculación.

Siguiendo con estas ideas, muchas de las implicaciones de los procesos de privatización se analizan desde las políticas gubernamentales ya que estas son necesarias para el impulso de la privatización.

... las políticas gubernamentales impulsan la privatización pese a que fomenta el tratamiento paliativo y curativo, cuando lo importante es prevenir, y promueve el debilitamiento del sector, cuando éste debe ser fortalecido. (Selva Sutter, 2004: 557).

²⁴ Otro concepto que se ha manejado en relación a la combinación (vínculos) entre lo público y lo privado es el de *complicidad*. Se refiere a la complicidad entre Estado y mercado, que busca la superación de este dualismo contradictorio, se entiende Estado y mercado como público y privado, respectivamente. (Germà, 2004: 231). El autor entiende complicidad como una relación entre dos que debe permitir cumplir lo que a cada uno le corresponde, de ahí la idea de superación y no de rivalidad sino de colaboración y aquí no se apoya esa idea.

²⁵ El concepto imbricación surge en la formación de lo que se llamó Sociología Económica. Enfoque sociológico que se desarrolló en Estados Unidos como una crítica a la falta de análisis sociológico de la acción económica. Permite ilustrar las relaciones entre público y privado y hacer a un lado la “gran dicotomía” de Bobbio y plantear más bien una vinculación imbricada, es decir, superpuesta donde no es que lo público está de un lado y lo privado de otro, sino que son conceptos dinámicos, como todo concepto historizado.

Ejemplos de estas políticas son las de descentralización que se llevaron a cabo por medio de la Ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS N^o 7852, que en este caso, coinciden con los procesos de privatización, ya que esta ley permitió desarrollar políticas institucionales para la consolidación de las cooperativas, las cuales funcionan con equipo y financiamiento (el presupuesto se asigna de acuerdo a la cantidad de población que atiendan y a los resultados de la evaluación por medio de los compromisos de gestión) de la CCSS en tanto son administradas por el sector privado para proveer los servicios médicos correspondientes.

En este punto es importante mencionar el concepto de cuasi-mercado²⁶, que es definido así,

En un cuasi-mercado... los precios no están determinados por la interacción entre la oferta y la demanda... sino más bien precios negociados o administrados. En cuanto a la demanda, los consumidores finales no influyen en el precio, que ha sido regulado por la agencia gubernamental... Respecto de la oferta... los proveedores (son) sometidos a límites presupuestarios (Bartlett y Le Grand, 1993: 23-24. En Sojo, 1998:78)

Este concepto así como el de compromisos de gestión, mecanismo legal del primero, se analizan en los procesos de reforma, el mejor ejemplo de un cuasi-mercado son las cooperativas en salud, surgidas a raíz del paradigma de universalización de servicios. Paralelo a esta política de extensión de la cobertura de servicios se da la creación de la Autoridad Presupuestaria (Ley 682) y la promulgación de la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público (Ley 6955, de 1984) que restringía abrir nuevas plazas en el sector público (política de “cero empleo”²⁷) (Collins y Barten, 2006: 68).

Los cuasi-mercados o un cuasi-mercado

²⁶ Vale aclarar que, tanto el concepto de *cuasi-mercado* y *compromisos de gestión*, se mencionan para comprender su desarrollo en el contexto de la reforma al sector salud. Son válidos para el análisis del contexto y sus implicaciones en los procesos de privatización.

²⁷ La política de “cero empleo” fue removida en el 2001 con la Ley de Presupuestos Públicos o la Ley Financiera de la República que permitió a la CCSS crear las plazas necesarias para su “buen funcionamiento” (Collins y Barten, 2006: 70); sin embargo, se continuó con la contratación a externos.

...se basa en un nuevo diseño organizativo de la CCSS que separa internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios de salud, y en un modelo de financiamiento. (Sojo, 1998: 78).

Fueron propuestos como alternativas a la privatización de la provisión de servicios a través de la contratación externa.

Los cuasi-mercados se legitiman por medio de los *compromisos de gestión*, los cuales quedan plasmados en los contratos que la CCSS realiza (compra de servicios) con los proveedores privados (los que administran clínicas, áreas de salud o EBAIS).

Dichos compromisos se definen como un

...instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del rendimiento y cumplimiento de metas, especificando objetivos de salud y fijando acuerdos de producción para cada centro, en los tres niveles de atención. (Sojo, 1998: 72).

Lo que se pretende con ellos es que regulen la actividad privada y que se cumplan los objetivos que, en términos de salud, se han planteado para cada centro de atención, así como la puesta en práctica de los procesos de descentralización discutidos en la reforma.

¿Cómo se lograría entonces la política de universalización?, por medio de la contratación externa. De esta manera se comenzaron a contratar los servicios al sector privado, por ejemplo, los de mantenimiento, vigilancia y limpieza; y luego las cooperativas. Uno de los principales efectos fue la redefinición de las relaciones laborales porque estas ya no eran con una institución pública directamente sino privada, se convirtieron en relaciones laborales de subcontratación (tema ampliamente tratado por Trejos y Valverde, 2000).

Así, la cobertura se ampliaba por medio de la inserción del sector privado. Por su parte, los compromisos de gestión se usan como mecanismo de control para evaluar la eficiencia y la productividad de cada centro de atención y así se convirtió en un nuevo modelo de asignación de recursos de acuerdo a metas y objetivos de productividad (Collins y Barten, 2006: 280) trasladando el riesgo a los prestadores. Trejos y Valverde (2000) afirman que:

En todos los casos [refiriéndose a experiencia de Chile, Colombia y Perú, en relación con Costa Rica] el propósito de este modelo de gestión es el fomento de la competencia entre las instituciones prestadoras de servicios, la generación de excedentes, el fortalecimiento de la participación del sector privado en el sector, el logro de una mayor productividad y eficiencia, y el estímulo a la contratación a terceros para el cumplimiento de las metas. (Trejos y Valverde, 2000: 112)

Es importante decir que el concepto de cuasi-mercado podría dar pie a pensar que es hasta en el momento del proyecto de reforma al sector salud que se establecen vínculos (imbricados) entre sector público y privado de servicios médicos. Los cuasi-mercados y los compromisos de gestión lo que definen es la forma actual de la vinculación, es decir, con el proceso de reforma se da una redefinición de los vínculos entre ambos sectores.

La redefinición de estos vínculos ha llevado a constituir lo que se llama un *mercado cautivo*, el sector privado no tiene nada que perder: recibe instalaciones, equipos y financiamiento, los fondos siguen siendo públicos pero administrados de forma privada y generando una competencia interna en el sector público de servicios médicos por la asignación de recursos. Los criterios de asignación son de mercado, así, se propone:

- Una asignación según una relación costo efectiva maximizando la calidad y cantidad.
- Función gerencial en la organización de los servicios, los hospitales, clínicas, EBASIS y áreas de salud se conciben como empresas privadas que se deben organizar con criterios de riesgo y productividad.
- La calidad es entendida a partir de consideraciones financieras, más productividad con menos recursos.
- Incentivos por producción, alcance de metas cuantitativas.
- Transferencia de recursos de un centro a otro según la población atendida. (Trejos y Valverde, 2000: 114-115)

Estos dos conceptos, cuasi-mercado y compromisos de gestión, son claves desde el punto de vista del análisis contextual sobre los procesos de reforma de los sistemas de salud y

privatización de los servicios. Además es muy interesante tener en cuenta el uso conceptual de salud y enfermedad en este tipo de transformaciones a nivel estructural, y refleja claramente que cada momento histórico, y de acuerdo a ciertas condiciones, tanto la salud como la enfermedad han sido conceptos construidos y reconstruidos otorgándoseles un significado particular en cada momento.

A lo que se quiere llegar es que, de acuerdo al Proyecto de Reforma del Sector Salud, se han venido formulando políticas específicas de salud, las cuales se han ido ejecutando al mismo tiempo que se han fortalecido las acciones privatizadoras de los servicios públicos de salud, fortaleciéndose los vínculos imbricados entre lógicas públicas y lógicas privadas en la formulación de las políticas públicas y en la forma como se accede a este tipo de servicios.

Los vínculos público-privado se concretan así en políticas públicas con arreglos mercantiles. Esto se sustenta con una pregunta que dice así:

¿Cuál es la verdadera “salud” de la economía: ajustarse al mercado tanto desde el punto de vista sectorial como macroeconómico o, entender que la economía es sólo un medio para conseguir la salud y bienestar de las personas? (Bustelo, 2000: 216)

Lo anterior da cuenta de la complejidad que caracteriza actualmente a los sistemas de salud, de las relaciones imbricadas entre sector público y privado que han sido redefinidas históricamente adecuadas hacia procesos privatizadores que anulan la separación entre sector público y privado hasta que las luces del análisis permiten observar que, en efecto, las imbricaciones son cada vez más significativas aunque no indistintas.

2.3. Los conceptos en tanto propuestas para interpretación de la realidad.

Como se verá en la presentación de los resultados, cada relato se dividió según tres categorías: relatos sobre las explicaciones que expresan las mismas personas sobre los vínculos público-privado, las estrategias que definen para ingresar a servicios médicos de la CCSS y finalmente la expresión de significados en las anteriores. Por eso, la categoría de significados se ubica al final del análisis, para así mostrar cómo de las explicaciones se pasan a las estrategias y cómo ambos tienen significados para las personas y los hogares.

A partir de lo anterior, es que se ha determinado el potencial de interpretación de los conceptos. De esta manera, la discusión sobre los conceptos público y privado permite una aproximación crítica a la separación institucional y política entre servicios médicos públicos y privados, por lo que se propone hablar de imbricación aludiendo a la vinculación histórica de ambos sectores.

Cuando la imbricación se historiza, los conceptos toman sentido dinámico y las implicaciones de la imbricación afectan, en el sentido de que se relacionan, con experiencias concretas en la vida de las personas. Para el caso de esta investigación, la imbricación público-privado, como experiencia concreta, se ha redefinido significativamente en tanto, según los testimonios, los servicios médicos privados se han convertido en condición para ingresar a servicios médicos públicos especializados.

A partir de los conceptos anteriores y las discusiones sobre privatización se alude a la constitución de un mercado de la salud que hace de la vida, según Selva Sutter, una mercancía y según Alvarez-Larrauri en un mercado de la salud, la salud es la dimensión simbólica del producto, siendo el producto, los servicios médicos.

Los procesos de privatización, permiten interpretar los relatos que se refieren a las estrategias que definen las personas para establecer los vínculos entre servicios médicos

públicos y privados. Permiten interpretar las implicaciones de los procesos privatizadores que significan, según los relatos, impotencia o “estar atado de manos”.

Como conclusión general, es posible afirmar que la complejidad lo que genera sutilmente es hacer de las diferentes nociones de salud conceptos de mercado, que constituyen diferentes productos, creando un mercado muy diverso debido a los diferentes tipos de servicios que se pueden dar en este sector y a la creciente “especialización de las enfermedades”, es decir, si antes se podía hacer una sola consulta, ahora se presenta como necesario hacer múltiples, con varios y varias especialistas, por lo que, si se fragmenta el cuerpo (los cuerpos), de la misma manera se fragmentan los mercados de servicios médicos.

Pensar la atención a la salud como un bien obtenido a cambio de un pago, es presentar a la salud como “algo” en lo que se gasta por medio de un pago monetario. Hay un ordenamiento de poder simbólico asociado a sentidos y significados, por eso, pensar la salud en términos de gasto es una forma de mercantilización, de pensar la salud como un bien económico que está en función de la oferta y la demanda.

En este segundo punto se discutieron los conceptos público-privado y su intrínseca complejidad de definición, por tal motivo, no se trata de idealizar uno u otro sino de aceptar la complejidad y mostrar que la “gran dicotomía”, como opción analítica, queda cuestionada cuando se asume la dualidad como una relación de vínculos imbricados que pueden llevar a los procesos de privatización.

A partir de estos conceptos se precisó una *dimensión estructural* para interpretar el uso de servicios médicos privados en relación con el uso de servicios médicos públicos. Pero es una dimensión estructural que facilitó la vinculación de sus conceptos con los de la dimensión simbólica para así mostrar que los significados también se imbrican en contextos estructurales.

Capítulo III. Contexto estructural: sistemas de salud, servicios médicos y privatización.

Toda la historia es hasta hoy, en el fondo, un cementerio de sueños humanos. A corto plazo a menudo los sueños se cumplen; pero a largo plazo acaban casi siempre en un vaciamiento y destrucción de su ser y su sentido precisamente porque las metas y las esperanzas están intensamente penetradas por fantasías, de tal modo que el curso efectivo del acontecer social les depara severos golpes, una confrontación con la realidad tras otras y acaba desenmascarándolas como irreales, oníricas. (Elias, 1982: 32)

El presente capítulo se compone de dos dimensiones: una dimensión socio-institucional, en la cual se muestran las transformaciones a nivel institucional. Primero se mencionan algunas de las principales transiciones en América Latina antes de los años 70 y después el peso de los Programas de Ajuste Estructural. Lo primero se hace porque las dos primeras mediciones sobre gasto en salud de los hogares costarricenses se hicieron en esa década, lo cual permitiría dar cuenta de elementos que indiquen cuál sería la importancia de hacer ese tipo de mediciones.

Posteriormente, se discute sobre los procesos de privatización devenidos de los PAE y de las propuestas de los organismos financieros internacionales como ubicación de las diferentes formas en que el sector privado interviene en los sistemas de salud y algunas de sus implicaciones.

En la segunda dimensión se presentan las transformaciones económicas. Se representan, principalmente, por medio de las encuestas aplicadas en Costa Rica con respecto a las mediciones sobre el llamado gasto en salud.

Esta dimensión tiene como objetivo responder a las preguntas sobre cómo ha sido y cómo es el uso de servicios médicos privados a partir de fuentes secundarias cuantitativas, haciendo hincapié en los hogares como principales fuentes de financiamiento del sector de servicios médicos privados. Se ofrece un marco de referencia para un acercamiento a las

prácticas, o sea la parte cualitativa del estudio, del por qué, para qué y qué significa usar servicios médicos privados.

Además, también fue posible ubicar algunos estudios a nivel de América Latina que exponen las mediciones sobre el llamado gasto en salud de algunos países de la región. Si bien algunos datos no permiten comparaciones estadísticamente válidas, sí muestran, al menos, los estudios que se han hecho, cómo se han aplicado las encuestas y qué resultados se han obtenido.

Cada una de las dos dimensiones ha sido desarrollada a partir de una búsqueda, lectura y análisis exhaustivo de las fuentes secundarias que han permitido constatar que el tema es amplio, con múltiples aristas de análisis, cargado de una complejidad aún hoy no tan estudiada y por lo tanto, la necesidad de asumir líneas de investigación alrededor del tema.

1. Dimensión socio-institucional

1.1. Transformaciones estructurales: breve referencia a hechos que implicarían rupturas.

Los servicios médicos con perspectiva social, es decir, los ofrecidos a la población en general sin importar la capacidad de pago (aunque sí condicionados por el ingreso al mercado laboral formal), se consolidó en Costa Rica a partir de 1940. Sin embargo, como bien lo señala la historiadora Ana María Botey, los servicios médicos en Costa Rica no surgen en 1940 con la CCSS, algunas veces se coloca la fecha 1940 sin considerar el complejo proceso histórico de lucha y poder en relación a los servicios médicos, la práctica médica y las instituciones hospitalarias.

En la década de 1940 y hasta la consolidación de un fuerte sector estatal, se da lo que se conoce como la *institucionalización de la práctica médica*, esto quiere decir que los médicos ingresan al sector público por medio de la institucionalización de la seguridad social, es decir, antes ejercían su profesión de manera individual o colectiva según prácticas privadas o se inscribían en algún programa de beneficencia (importante recordar que el Hospital San Juan de Dios, fundado en 1848, surgió de acuerdo a este enfoque).

La mención a este proceso de institucionalización se hace tomando en cuenta la historia argentina protagonizada por Perón (1943-1955), ya que debido a las “luchas” por la erradicación del paludismo se planteó una política nacional de salud y se instituyeron políticas sociales universales que otorgaban servicios de salud a más población, amparadas también por las ideas del *higienismo* como forma de “limpiar” determinados sectores de la población²⁸. Esa

²⁸ Para el caso costarricense, el historiador Juan José Marín es quien ha elaborado varios estudios sobre el *higienismo* como política del establecimiento de un estado liberal, como una forma de control social, de limpieza social y forma de establecer un orden social amparado en las políticas liberales. Fue un enfoque muy influyente para la constitución de la institucionalidad médica.

situación institucionalizó la práctica médica, ubicó a los médicos en el sector público. (Alvarez, 2008. Ponencia presentada en el IX Congreso Centroamericano de Historia)

En Costa Rica, podría también ejemplificarse ese proceso de institucionalización de la práctica médica inmediatamente después de la creación de la CCSS hasta 1970, debido a una consolidación del Ministerio de Salud y la inclusión de las Garantías Sociales en la Constitución Política. Después de 1970 hasta 1985 se da la universalización de los servicios médicos y se promueven políticas sociales en relación con la seguridad social, por ejemplo se elabora el Primer Plan Nacional de Salud, se da el traspaso de hospitales del Ministerio de Salud hacia la CCSS, se promulga la Ley General de Salud y la Ley Orgánica Ministerio de Salud. (Jiménez, 1994: 229)

Este hecho es muy importante para conocer las condiciones y las decisiones políticas que llevaron a que se institucionalizara un sector público de servicios médicos, hasta cierto punto se hizo con medidas coactivas y con algún nivel de obligación (Guido Miranda, en Clase Magistral en la Maestría Centroamericana en Sociología, noviembre 2008). Según Miranda, La Unión Médica Nacional, primer sindicato de este tipo registrado en Latinoamérica, se opuso a la seguridad social en tanto esto afectaría la práctica médica privada de sus asociados.

Transformaciones a nivel más general, exigen la mención a los Programas de Ajuste Estructural, programas que buscaban reformas en los sistemas productivos y por ende en toda la estructura social, surgen después de la promoción de “estados desarrollistas” en América Latina, estados que debieron adaptarse a modelos desarrollistas promovidos por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a partir del modelo de sustitución de importaciones sugerido por esta institución y por el Instituto de Planificación Económica y Social (ILPES).

Las medidas eficientistas se sostenían sobre las propuestas de los PAE, los cuales estaban condicionados por las imposiciones del Banco Mundial, este banco otorgaba préstamos a los países de América Latina para que estos países llevaran a cabo los ajustes estructurales, que vale decir, estaban condicionados de antemano.

El Banco Mundial, publicó en 1997 un informe titulado “El Estado en un Mundo en Transformación”, el cual argumenta que a raíz de los cambios a nivel social, cultural, económico y político, los estados del mundo deben asumir las implicaciones que estas transformaciones tienen para la vida social y por ende, transformarse. Aquí lo que interesa mostrar son las medidas sugeridas para la transformación y no cuestionar tanto si los estados debían o no transformarse.

De esta manera, las medidas para la transformación de los estados según el Banco Mundial eran las siguientes:

- La privatización y la liberalización en los Estados sobrecargados: concentra las medidas planteadas para que los gobiernos “colaboren” con el sector privado en apoyo al desarrollo económico y a favor de su reducción a través de la descentralización o desregulación.

La discusión teórica que enmarca esta propuesta es la que hay sobre Estado y mercado, en esta investigación no se ahondará en ello, sin embargo, sí sobre los vínculos, que se definen como vínculos de imbricación, entre lo público (gobierno) y lo privado (mercado).

- Mejorar la reglamentación: se trata de una reglamentación que se aplique a los mercados para que por medio de estos se obtengan beneficios públicos. Una reglamentación que vigile la competencia, las asimetrías propias de los mercados y se legitimen los resultados del mercado. La perspectiva teórica que se promueve es la regulación de los mercados.

Las propuestas de este informe se ejecutaron como regla de cambio en los países del mundo. En Costa Rica, el PAE I fue erogado en 1985 (administración Monge-Álvarez) con un monto de 80 millones de dólares, este supuso un cambio en la manera de concebir la política económica en Costa Rica. Además, entre las transformaciones estructurales en el sector público se incluía la reestructuración de la administración pública del Ministerio de Salud y la CCSS.

El PAE II fue erogado en 1989 (finales de la primera administración Arias-Sánchez) con un monto de 200 millones de dólares. Se considera que el PAE II era la continuación del PAE I pero que sin embargo, la principal diferencia con el primero era que en el segundo se dio la desaparición del paquete de medidas dedicadas a la política redistributiva.

En 1994 fue erogado el PAE III con un monto de 350 millones de dólares, de los cuales se concretaron sólo 180 millones de dólares. Este es el PAE que se podría relacionar específicamente con el tema que interesa en esta investigación, ya que la orientación de este tercer programa estaba hacia la modernización, racionalización y reforma integral del Estado, y fue precisamente en ese mismo año que se ejecutó el Proyecto de Reforma del Sector Salud con las políticas eficientistas y el apoyo de la OPS, principalmente, en cuanto a la propuesta mundial de un cambio en el modelo de atención en salud.

La diferencia principal de este PAE con los dos primeros es que el III se vinculaba directamente con transformaciones del Estado, mientras que el I y el II se dirigían especialmente a la apertura comercial.

Con respecto a estos tres programas, Antonio Hidalgo considera que:

La orientación claramente neoliberal de las medidas de ajuste estructural *recomendadas* por los organismos financieros internacionales entró en conflicto con la ideología socialdemócrata de los dirigentes costarricenses y los mecanismos de autorregulación automática propios del credo intervencionista, que, aunque debilitados, seguían teniendo operatividad. (Hidalgo, 2003: 139-140)

Lo anterior indica que, a pesar de todo, los efectos de los PAE no se dieron tan significativamente en Costa Rica como sí en otros países de la región latinoamericana, aunque esto habrá que matizarlo con otros estudios al respecto que hay sobre las implicaciones de estos programas en los países de América Latina y el Caribe.

Recuadro 1. Objetivos promovidos por los PAE I, PAE II y PAE III, aplicados a Costa Rica

Los objetivos que se promovieron con el PAE I fueron:

- La reestructuración del aparato productivo
- La diversificación de la producción industrial
- La promoción de exportaciones no tradicionales a mercados fuera de la región centroamericana
- La democratización económica

Los objetivos que se promovieron con el PAE II se resumían en la consolidar los objetivos del PAE I.

Finalmente, los objetivos, que a la vez se destacan como las características principales del PAE III fueron los siguientes:

- Política de privatizaciones y fomento de la iniciativa privada
- Política de empleo público y pensiones
- Política fiscal
- Política de liberalización financiera
- Política de comercio exterior
- Política social

Fuente: Hidalgo, 2003

En 1986 se propuso el *Programa de traslado de servicios del sector público al sector privado en Costa Rica*. Este programa asumía las propuestas de reforma estatal ofrecidas por medio de los PAE, entre las que interesan para esta investigación son: eficiencia, disminución del presupuesto público y aumento de la participación del sector privado en la provisión de algunos servicios.

Este programa al que se hace mención, consignó sus criterios en el *Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990* del primer gobierno de Óscar Arias y se reflejaron en los apartados de Racionalización del Estado y Democratización Económica. En esa oportunidad, el 01 de mayo de 1987, el presidente Arias afirmó que:

Necesitamos un Estado eficiente con responsabilidades claramente definidas y con una magnitud limitada a nuestras responsabilidades financieras. Los ajustes necesarios se harán partiendo del imperativo de mantener la democracia y la paz social. Para esto trataremos de ofrecer opciones productivas de ocupación a los trabajadores que abandonen el Sector Público; nos proponemos crear nuevos empresarios mediante estímulos crediticios y fiscales para que, como dueños, presten el servicio que antes brindaban como asalariados. (CLAD-Cedai, 1991: 1)

¿Qué significa esto? Que el recorte de empleados públicos ayudaría a la producción, esa era la intención que se tenía, cómo: por medio del estímulo empresarial y de negocios, siendo ellos “dueños” de su acumulación, coincidente con la propaganda del Banco Mundial y apoyada por jerarcas institucionales. Como lo comentó Guido Miranda, presidente ejecutivo de la CCSS en ese entonces, según él, el propósito era que: “los trabajadores de la institución se transformen en empresarios y que la empresa que formen venda servicios a la Caja” (En Revista Aportes, 1989: 14) y esto se llamó *democratización de la economía*.

1.2. Procesos de privatización: ejes de las transformaciones.

¿Qué ha sucedido? Que después de crear la CCSS y después de institucionalizar un servicio público de asistencia médica, dicha función pública se ha ido dirigiendo hacia el sector privado y se ha constituido un mercado de servicios médicos, el cual se ha fortalecido a costa del sector público, así como de las deficiencias políticamente permitidas bajo el discurso de las reformas del sector salud propuestas por los organismos internacionales.

Es necesario mencionar algunos usos y precisiones sobre el concepto de privatización, aunque siempre enmarcado dentro de las propuestas de los organismos financieros

internacionales. Un punto de partida puede ser entonces, como lo presenta Marjorie Smith en un trabajo sobre la privatización como alternativa, el siguiente

...se reconoce que el asiento ideológico de los programas privatizadores, se ubican en un pensamiento neoliberal, que permite identificar los conceptos de reducción del proteccionismo estatal, aumento de la competitividad, disminución de la burocracia en los trámites, apertura a una economía de mercado, entre otros, pero sobre todo está dirigido a proponer una minimización de la participación del Estado en la producción de bienes y servicios para la población. (Smith, 1993: 95)

El concepto anterior ubica el tema claramente desde la perspectiva promovida por el Banco Mundial y es coherente con los fines perseguidos por las propuestas de transformación de los estados que se mencionaron anteriormente. Sin embargo, hay una precisión muy válida y que permitirá aclarar varias cosas de las transformaciones en el sistema de salud costarricense.

Se aclara que, privatización no es sólo vender o transferir instituciones públicas al sector privado para que este se las apropie, puede ser más bien que las instituciones no sean compradas pero sí administradas por el sector privado. Esto ocurrió particularmente desde la instauración de las cooperativas de salud, por ejemplo, y es muy importante mencionarlo porque los fondos siguen siendo públicos pero no la administración y esto también se puede denominar como un tipo de privatización.

Una segunda aclaración importante y que se relaciona más directamente con el tema que aquí se está investigando es con respecto a que

... un proceso de privatización intenta fortalecer a grupos que están en capacidad de vender algún servicio... (Smith, 1993: 96).

Es decir, en este caso, a grupos que vendan servicios médicos, un ejemplo de lo anterior es ASEMECO, asociación que administra el Hospital Clínica Bíblica y que se puede definir como un grupo que está en capacidad de vender servicios médicos. Es el sector privado como proveedor directo, y tanto la CCSS (en este caso como compradora), así como los

hogares hacen un uso directo de los servicios. Para dar cuenta de un ejemplo actual sobre fortalecimiento del sector de servicios médicos privados como proveedor de atención, ver recuadro 2.

A nivel latinoamericano, las perspectivas privatizadoras han girado en torno a la necesidad de racionalizar el sector público, lo que significa su disminución para aumentar la productividad, disminuir costos y fomentar la competitividad como única forma de aumentar la eficiencia. Un aspecto clave en todo esto es también el fortalecimiento que se da a la idea de la posibilidad de elección por parte de “los usuarios”, es decir, de la población que requiere de los diferentes servicios públicos, elemento que también se refleja en los relatos de experiencias.

Recuadro 2. Sector privado como proveedor directo de servicios médicos

Noticia Sistematizada
Sección Negocios
05 de marzo, 2000

Medicina privada se remoza

Sylvia Arias

El Financiero

Prioridades: ampliaciones en infraestructura y adquisición de equipos de TAC

Con la llegada del nuevo Hospital CIMA San José, contiguo a la estación de peaje de Santa Ana, la medicina privada empieza un intenso proceso de renovación y reestructuración con el fin de estimular la competencia.

Detrás de una inversión de ¢11.500 millones, el Hospital CIMA San José es hoy el hospital privado más grande en servicios y en tamaño en nuestro país.

Con el incremento de los participantes en el mercado de la medicina privada, las principales clínicas iniciaron en marzo algunas remodelaciones en sus edificios, como parte de su lucha por mantener o mejorar sus respectivas posiciones.

La Clínica Católica, por ejemplo, piensa iniciar una campaña de proyectos en infraestructura así como en servicios especializados. Su administrador, Rodolfo Martínez, aseguró que la Clínica se siente segura de su posición, entre otras cosas, por la confianza que tiene el público en las monjas franciscanas.

La Clínica Bíblica, por su parte, abrirá una sucursal en Heredia, en las inmediaciones de la Universidad Nacional. Por otra parte, la Clínica Jerusalem también empezó la construcción de salas de cirugía y en los próximos 22 días le llegarán máquinas y equipo nuevos, según informó Franklin Chacón, administrador general. En el corto plazo, según se aseguró, contarán con el financiamiento de US\$2 millones para la ampliación del segundo piso, donde se instalarán 14 consultorios y más oficinas administrativas. También la Clínica adquirió recientemente el terreno que está al frente para trasladar su farmacia.

Fuente: http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2000/marzo/05/negocios1.html Tomada el 05 de enero, 2009

Cuando el sector privado funge entonces como vendedor para el sector público, se puede afirmar que el sector privado se convierte en un mediador entre el derecho al servicio público y el acceso a este. Es el caso del programa de medicina mixta, el cual permite que las personas elijan alguna consulta en el sector de servicios médicos privados y pasen a la CCSS para recibir el tratamiento o exámenes costosos; es decir, la puerta de entrada al sector público se hace por medio del sector privado.

Entre 1970 y 1997 hay claros ejemplos de lo que se llamó, por el Proyecto de Modernización (parte del Proyecto de Reforma del Sector Salud), la *externalización de bienes y servicios de salud y de apoyo al sector privado*, es decir, el sector privado no fue desaparecido por la seguridad social, más bien se fomentó una imbricación estructural que redefinió el papel del sector privado y un futuro fortalecimiento a costa de una institucionalidad pública.

El sector privado sería un vendedor para una institución pública grande, el *outsourcing* o contratación externa se empezaría por medio de las medidas que se tomaron en esos 20 años, como se muestra en la tabla 5. Estas modalidades de “colaboración pública y privada” se comenzaron a promover en la década de 1970, misma década en que, como se señala más adelante, aplicaron las dos primeras mediciones de lo que se ha llamado gasto privado en salud de los hogares.

A estas formas de lo que se define aquí como imbricación, se les ha llamado procesos de privatización o apertura al mercado de los servicios públicos (visión crítica) y descentralización o desregulación (visión oficial); lo cual ha hecho del panorama uno complejo y ha mostrado que las decisiones políticas tomadas han sido intencionalmente enmarcadas dentro de múltiples perspectivas que, al final, llámesele como se le llame el sector privado nunca dejó de ser importante en el sistema nacional de salud y se le ha asignado cada

vez más control en la gestión de los servicios médicos públicos ya sea en la administración, en la financiación o en la provisión.

Por lo tanto, los vínculos (relación estructural de imbricación) entre sector público y sector privado no se presentan como una novedad sino como una continuación de dichas relaciones que han permitido un mayor protagonismo de la participación privada.

Por ejemplo, los objetivos que se perseguían con la implementación de las cooperativas eran, según el discurso institucional:

- Elevar la calidad de los servicios, su productividad e impacto en las condiciones de salud de la población.
- Cambiar el enfoque de la atención hacia una concepción más integral.
- Restricciones de carácter administrativo-institucional que limitan la contratación de más recurso humano.
- Necesidad de elevar la eficiencia, desde el punto de vista económico y financiero de la CCSS. (Arce, 1998: 35)

Por otra parte, el objetivo del programa médico de empresa era descongestionar los servicios de farmacia y consulta ambulatoria de las clínicas de la CCSS del centro de San José, con respecto a la modalidad de medicina mixta es muy parecida a la anterior pero sin que medie ninguna empresa (espacio laboral). Estas medidas permitían sostener la actividad privada de la profesión médica con el discurso de mejorar la institución pública y recibir “colaboración” del sector privado.

Finalmente, los objetivos que se perseguían con el programa de libre elección médica eran, según el discurso institucional, los siguientes:

- Descongestionar los servicios especializados en los hospitales y la consulta externa cuyas citas se estaban otorgando a largo plazo.

- Mejorar la prestación del servicio.
- Dar oportunidad a los asegurados de utilizar los servicios privados de salud. (Arce, 1998: 35)

Lo anterior permite explicar por qué en la década de 1970 se hicieron dos mediciones sobre gastos en servicios médicos privados por parte de los hogares costarricenses, lo cual se describe ampliamente en la dimensión sobre transformaciones económicas de este mismo capítulo, y además, permite constatar que es en el campo de especialidades médicas donde el sector privado ha tomado un protagonismo muy importante.

La siguiente cita indica el argumento sobre la “colaboración pública y privada” donde queda claro que la intención es fomentar que la CCSS se encargue de los servicios médicos no rentables para el sector privado, lo cual se constata con estudios como el de Herrero y Duran (2001) y con la presentación de los relatos de experiencias como parte de esta investigación.

La cita dice:

Externamente, los cambios en la tecnología (sea blanda o dura), el proceso de globalización, las crecientes restricciones presupuestarias, los cambios en el patrón epidemiológico y demográfico que implican cambios cualitativos y cuantitativos en la demanda de servicios de salud y las nuevas necesidades de inversión, constituyen aspectos que indican la necesidad de que la Institución [La CCSS] se concentre en sus actividades estratégicas y de alto valor agregado para el cliente. (Arce, 1998: 31)

Tabla 5. Costa Rica: Modelos de participación del sector privado ejecutados durante el periodo 1974-1994.

Modelos de participación del sector privado	Gobierno y Periodo	Características
Programa médico de empresa	Oduber Quirós (1974-1978)	Consiste en que una empresa contrata los servicios de un médico para las y los trabajadores del lugar, estos son atendidos en la empresa y cuando se amerite de exámenes de laboratorio, recetas médicas u otro tipo de atención, la CCSS se encarga de brindar esos servicios a los asegurados atendidos según esta modalidad.
Programa de medicina mixta	Carazo Odio (1978-1982)	El cual facilita que las personas aseguradas directas o sus familiares (esposo, esposa, hijos(as)) contraten por su propia cuenta y medios, la consulta externa con un médico privado, teniendo el derecho de recibir por parte de la CCSS medicamentos y servicios de diagnóstico.
Servicios administrados por proveedores privados (modelo cooperativo)	Arias Sánchez (1986-1990) COOPESALUD R.L Calderón Fournier (1990-1994) COOPESAIN R.L (1990) COOPESANA R.L (1992)	Son formas de contrato que hace la CCSS con cooperativas o asociaciones que se encargan de administrar los servicios de salud ambulatorios de algunas áreas de salud del país. Se caracterizan por ser autogestionarias
Programa de libre elección médica Contratación de diagnósticos de alta complejidad	Calderón Fournier (1990-1994)	Constituye el derecho a una ayuda económica que la CCSS da a las y los asegurados que quieran consultar con un médico particular (privado), con un médico que ellos o ellas hayan elegido. Con respecto a la contratación para diagnósticos complejos, esta se refiere a los diagnósticos para los cuales se requería de resonancia magnética.

Fuente: Elaboración propia, según la presentación que se hace de estos modelos en Herrero y Durán, 2001, p.45

Si bien estas medidas se dan “antes” de la propuesta de reforma del sector salud, sí están impregnados de los atestados propuestos por los PAE, tanto así que las medidas se basan en perspectivas eficientistas y en fijar al sector privado como actor principal para que sean cumplidas; se demuestra además que para este momento histórico, los organismos financieros internacionales “ganan” más terreno en cuanto a las formas económicas y políticas de proceder, mientras por otra parte, los organismos sectoriales como OMS y OPS pierden más poder de decisión.

Por lo tanto, la paradoja histórica que se propone en esta investigación dice que, después de haberse creado una institucionalidad pública para la seguridad social (que si bien tampoco fue de pura buena voluntad ya que la seguridad social se relaciona con la seguridad productiva), que había logrado cubrir a la gran mayoría de la población y que se tenían indicadores de salud comparables a países “desarrollados”, cincuenta años después se de fuerza a un sector privado que se puede sostener en algo ya creado, se promueven los discursos sobre el ajuste estructural que exclamaban por la eficiencia, la competencia económica dentro del sector público y la medición de la productividad pública por la ley de oferta y demanda.

Como se nota en la Tabla 5 y para ubicarla dentro del contexto que se viene mencionando, se puede notar que los programas señalados se definieron en el contexto en que se aprobaron los tres PAE y por lo tanto, ese tipo de medidas se pueden analizar como el comienzo hacia portillos privatizadores que han sido creados por el mismo Estado y las políticas planteadas desde las cúpulas gubernamentales que incidieron en el sector salud.

Juan Huaylupo ha afirmado que

...cada vez es más transparente la determinación de poderes privados en la acción pública del Estado... La política pública no pertenece al Estado, es la respuesta de éste a las demandas y exigencias de la sociedad a la que pertenece el Estado. (Huaylupo, 1999: 113- 114).

Los objetivos de cada PAE estaban en la dirección de lo que se conoce como privatización o intervención de las lógicas mercantiles en la definición de políticas públicas, así como de la vida social en general, y de esa manera es que podrían llamarse portillos privatizadores.

De acuerdo a estos hechos surge otra pregunta para la reflexión: ¿por qué se desviaron fondos públicos para que financiaran al sector privado? Sería porque a fin de cuentas, esas nuevas modalidades de atención alimentaron mucho de la consolidación del sector privado en cuanto a servicios de salud se refiere y en lugar de mejorar el llamado problema de saturación de la CCSS, la institución se debilitó por lo que años después, alrededor de 1993, se propuso el Programa de Reforma del Sector Salud.

1.3. Reformas de salud en América Latina: algunos aspectos generales.

Con respecto al papel del Banco Mundial, específicamente en el tema de salud, Selva Sutter (2004) hace un recuento de las políticas fomentadas por este banco y argumenta que los sistemas de salud se presentan como sistemas mixtos neoliberales, en los cuales se condensa un contenido ideológico que favorece la combinación de lo público y lo privado (ver recuadro 4). Dicho contenido ideológico es el neoliberalismo, que surge como respuesta a una de las tantas crisis del capitalismo.

En 1993, el Banco Mundial lanzó una propuesta que consistía en “invertir en salud” y como lo sistematiza Selva Sutter, en ese momento el Banco Mundial afirmaba que

...las características de la salud son tales que el mercado falla de forma sistemática, que el financiamiento privado no es la solución y que el público siempre es necesario para los pobres, discapacitados, ancianos y los enfermos crónicos. (Selva Sutter, 2004: 550).

Claramente se deja entonces que el sector privado se encargue de los “casos” que sean rentables. En este mismo sentido, algunas políticas financieras propuestas por el Banco

Mundial en 1987, con el propósito de congelar el gasto público en salud y de financiar los sistemas de salud, eran las siguientes:

- Cobrar aranceles por servicios curativos, pero exonerando a los más pobres
- Ampliar el seguro obligatorio a los trabajadores del sector formal
- *Incentivar al sector privado* a ofrecer aquellos servicios curativos que la población está dispuesta a pagar
- Descentralizar los establecimientos públicos, cuyos servicios *pueden ser cobrados* a los usuarios, en especial los hospitales (Selva Sutter, 2004: 550)

Se concluye pues que la propuesta política sobre la combinación de lo público y lo privado en los servicios de salud pública es una propuesta ideológica debido a la ambigüedad de significados inherente al concepto de salud. Es así,

... una propuesta ideológica, la cual responde a la ideología del libre mercado neoliberal, tal como la proponen el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. (Selva Sutter, 2004: 553).

Lo anterior se liga con lo ya dicho sobre las reformas estructurales a nivel general en las sociedades y al establecimiento de un “nuevo orden internacional” con respecto a la economía, la política y la vida social.

Además, es muy importante decir que la aplicación del libre mercado en el sector salud se condiciona por el modelo de atención en salud que se esté proponiendo (el concepto de salud es dinámico en el tiempo), según el discurso de la reforma, se apostaría por un modelo integral en salud, del cual se hará mención más adelante.

Asimismo, como muchos de los cambios que se han impuesto en América Latina, las reformas en el sector salud se han aplicado en algunos casos sin la suficiente conciencia histórica de los países de esta región. Un ejemplo es una modalidad muy desarrollada en el sistema de salud estadounidense conocida como *atención gerenciada* o administrada y se ha

aplicado con avance significativo en Argentina y Chile, con menos avance en Brasil, Ecuador y Colombia; mientras que en México y Venezuela se han dado algunos indicios de interés en su aplicación.

No es sólo que se ha aplicado esta modalidad sino también que empresas de Estados Unidos han tenido control de esa aplicación y consiste en que

Las empresas estadounidenses de atención gerenciada invierten en la adquisición de compañías latinoamericanas de seguros de indemnización o con planes de asistencia médica prepagada, en la asociación con compañías de capital de riesgo y en acuerdos para gestionar la seguridad social y las instituciones de salud pública (Selva Sutter, 2004: 572).

Los hechos anteriores son poco mencionados en trabajos revisados sobre las reformas de salud en América Latina y siempre es importante recordar que se vinculan con las presiones y condiciones de los organismos financieros internacionales sobre las reformas generales y sectoriales de los países.

Por su parte, Carmelo Mesa-Lago ha investigado a fondo la constitución de las reformas de salud en los países de la región latinoamericana y ha dicho que

Las reformas de salud en América Latina fueron promovidas en muchos países como parte de una reforma general o proceso de modernización del Estado, así como por la influencia de organismos financieros internacionales, en unos pocos casos las reformas fueron circunscritas a la revisión del sistema de salud. (Mesa-Lago, 2005: 29).

La primera frase de la cita anterior no se ha debatido, es decir, por lo menos en las investigaciones que hay a nivel nacional, la reforma del sector salud se circunscribe a los procesos de reforma y modernización del Estado; sin embargo, con respecto a lo segundo, se ha dicho (por ejemplo Ana Sojo y Nuria Homedes-Antonio Ugalde) que Costa Rica fue un país que logró “negociar” con más autonomía las propuestas de la reforma del sector salud en comparación con otros países de la región.

La definición de reforma que se propuso en 1995 por la OPS fue

...un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la

efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población (OPS, 1997. Citado por Mesa-Lago, 2005: 30).

Esta definición se planteó de manera general para todos los países de la región y se dio énfasis en la eficiencia y gerencia como elementos importantes para reformar los sistemas de salud.

Las reformas se han discutido desde un enfoque económico y gerencial pero también con relación a la *seguridad social*, la cual se ha redefinido en un nuevo paradigma “auspiciado” por organismos financieros internacionales. Según Mesa-Lago, el concepto de seguridad social, históricamente redefinido desde la perspectiva bismarckiana hasta las propuestas de Beveridge, es muy importante para analizar el tema de las reformas estructurales y de las reformas al sector salud específicamente. Basándose en varios informes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y retomando el Informe Beveridge, Mesa-Lago da cuenta de los seis principios básicos de la seguridad social, estos principios son:

- La universalidad en la cobertura: busca la extensión de la cobertura del seguro social que vaya más allá de las y los trabajadores asalariados.
- La igualdad, equidad o uniformidad en el trato: consiste en definir tasas de cotización uniformes sin que se defina de acuerdo al ingreso de las personas, raza, género, religión.
- Solidaridad y redistribución del ingreso: consiste en solidaridad entre generaciones que dé como resultado un efecto redistribuidor progresivo.
- Comprensividad y suficiencia de las prestaciones: esto significa que los seguros sociales deben amparar contra varios riesgos y “contingencias sociales”, debe asegurarse un mínimo adecuado.
- Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión: esto se relaciona con la promoción de la unificación administrativa para lograr eficiencia y reducción

de costos, con el fin de generar un ente que coordinara y supervisara las actividades de un sistema de salud con seguridad social.²⁹

- Sostenibilidad financiera: esto es lo que se refiere a la lógica de financiamiento tripartito (gobierno, empleador (a) y trabajador (a)) (Mesa-Lago, 2005: 15) (Ver Tabla 6 de Anexo 9).

Los principios señalados, suponen la constitución de un Estado y sector público fuerte, sostenible y con solidez política que le permita decidir de acuerdo a contextos concretos las transformaciones pertinentes en una sociedad. Cabe recordar que estos principios han sido la base de los sistemas de salud constituidos en muchas partes del mundo, el modelo inglés es un ejemplo de ello y en América Latina los principios se definieron tomando como referencia los modelos de sistemas de salud europeos, sin olvidar por supuesto, el papel que jugaron agencias internacionales y tendencias a nivel mundial.

El fortalecimiento de la participación del sector privado es una constante así como se vislumbra claramente más adelante en los objetivos que se establecieron con las reformas (ver recuadro 3). Dicho fortalecimiento ha propiciado parte del incremento en el uso de servicios médicos privados ya que se ha desarrollado un mercado de servicios médicos, la competencia entre diferentes prestadoras y así, la posibilidad de que personas “desencantadas” de los servicios médicos públicos debido a características estructurales, se dirijan a usar servicios médicos privados de acuerdo a su capacidad de ingreso.

²⁹ En el análisis de Mesa-Lago (2005) se diferencia entre sector público (“subsector”) y seguro social, el primero se refiere a los aportes directos del Estado para con la población de menos recursos económicos y el segundo a las cotizaciones de las y los asegurados.

Recuadro 3. Objetivos de las reformas del sector salud en los países de América Latina y el Caribe. 1990

- Descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, con un papel crucial del subsector privado y mayor independencia o autogestión de los hospitales
- Separar las funciones de rectoría/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión.
- Introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario.
- Ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de un paquete básico de prestaciones y mejorar la calidad de los servicios.
- Promover la equidad, reasignando recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres.
- Aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales.
- Cambiar el financiamiento tradicional desde el presupuesto fijo hacia reembolsos por la provisión de servicios, de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda.
- Reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso.
- Promover una mayor participación y control social.

Fuente: Mesa-Lago, 2005

Dichos objetivos se fundamentaron en los contenidos originales de las reformas y en los fines económicos que, según Mesa-Lago, se perseguían con las reformas al sector salud.

Los contenidos originales planteados por la OPS en 1995 fueron:

- | | |
|---|--|
| ▪ marco jurídico | ▪ financiamiento y gasto |
| ▪ derecho al cuidado de la salud y al aseguramiento | ▪ oferta de servicios |
| ▪ aumento de la cobertura | ▪ modelos de gestión |
| ▪ rectoría del ministerio de salud | ▪ recursos humanos |
| ▪ separación de funciones | ▪ calidad y evaluación de tecnologías. |
| ▪ descentralización, participación y control sociales | |

Relacionando lo anterior con los objetivos, cada uno de ellos da pie para fortalecer la participación del sector privado ya sea en la provisión o en el financiamiento de los servicios de salud y en esa medida, los fines económicos que definen los procesos de reforma al sector salud son:

- El mantenimiento del equilibrio financiero de los sistemas de salud
- La desmonopolización del subsector público
- Desarrollo de mercados de aseguradoras y/o proveedoras de salud que compiten entre sí
- Introducción de la libertad de elección
- El establecimiento de la equivalencia entre las cotizaciones y las prestaciones (Mesa-Lago: 2005: 12)

Los fines económicos son un argumento que permite sostener las estrategias económicas impulsadas por grupos de interés específicos que ya venían consolidando un mercado de los servicios de salud y de los servicios médicos específicamente; las reformas dieron el aval político y jurídico para que la participación del sector privado tomará control, en diferente medida según cada país, de ciertos servicios médicos y se empezara a hablar de competencia, precios, eficiencia, reducción de costos, oferta y demanda.

Como se ha mencionado, Mesa-Lago analiza las reformas y el efecto que estas han tenido en los principios de seguridad social, aunque es menos crítico que Selva Sutter en sus apreciaciones, ya que acepta que finalmente, el sector privado representa una posibilidad firme de mejorar los sistemas de salud y problematiza poco sobre sus implicaciones. No obstante, es un autor importante para ubicar la temática a nivel regional.

Siguiendo con los principios de seguridad social³⁰, con respecto al principio de universalidad en el contexto de las reformas, se dice que el aumento de la cobertura se lograría por medio de aseguradoras/proveedoras privadas alegando que de esta forma las personas cotizan de acuerdo a sus riesgos; en el caso de la igualdad y la equidad las reformas no han impactado en aspectos como disminuir la discriminación por género ni en programas separados que estratifican los beneficios que recibe la población.

Acerca del principio de solidaridad, se dice que este ha sido ignorado por las reformas ya que de todas maneras ningún sistema de salud de la región ha sido “realmente solidario” (Mesa-Lago, 2005: 36). En relación con el principio de comprensividad, este se ha replanteado en el contexto de las reformas por medio de la definición de paquetes básicos o planes mínimos de prestaciones, esto permite la promoción del “subsector” privado.

Sobre el principio de unidad y responsabilidad del Estado en el contexto de las reformas, se critica el monopolio del sector público en la provisión del seguro social debido a que ha sido ineficiente y burocráticamente costoso, de esta manera

El principio subyacente de las reformas de salud es la creencia que un sistema privado es más eficiente que uno público porque elimina el monopolio público y los substituye por la competencia privada (Mesa-Lago, 2005: 37).

De ahí que la consolidación de la existencia del sector privado en la provisión o financiación de servicios médicos fuera un aspecto económico y político importante en los procesos de reforma.

Por último, con respecto al principio de sostenibilidad financiera, lo que se ha dicho en el contexto de las reformas es que los programas de salud (enfermedad-maternidad) han

³⁰ Principios que implican directamente en la vida de las personas y en los significados que se reconstruyen a partir de transformaciones institucionales que alteran también la cotidianidad.

provocado un desequilibrio financiero, así como también las deudas del Estado hacia estos programas y la falta de equivalencia entre cotizaciones y prestaciones. Por lo tanto,

Un sistema con fuerte componente privado se basará en el principio de equivalencia y se asume que no enfrentará problemas de sostenibilidad financiera ya que las primas están ajustadas al riesgo individual y si aumenta el riesgo también se incrementa la prima. (Mesa-Lago, 2005: 38).

Con estas ideas las reformas se propusieron en cada país de la región, cada uno las asumió de distinta manera y por eso el impacto ha sido particular en cada país. La siguiente cita describe, según Mesa-Lago, las diferentes formas según algunos países han tomado para sí los objetivos de las reformas en salud, por ejemplo:

...en Chile predominaron los principios neoliberales, como la libertad de elección, la competencia y la eficiencia; en Argentina y México las preocupaciones fiscales y la eficiencia; en Costa Rica la equidad ha sido dominante pero también la desconcentración hospitalaria. La reforma colombiana ha balanceado los objetivos, como resultado de un compromiso político, por una parte principios convencionales de seguridad social (universalidad, equidad, solidaridad, suficiencia, participación social) y por otra parte los nuevos principios de inspiración, como libre elección, competencia y eficiencia. (Mesa-Lago, 2005: 35)

Esto demuestra también la heterogeneidad de la aplicación de los objetivos de las reformas en salud en cada país y la complejidad que se entreteje entre cada actor con poder político, económico o ideológico que da sentido a las reformas en diferentes vías.

En síntesis, los “nuevos” principios en el contexto y proceso de las reformas al sector salud en América Latina y el Caribe son:

- La libertad de elección, “promoviendo” la iniciativa individual
- El principio de equivalencia en el sentido de ajustar las prestaciones a los riesgos individuales

Estos dos principios se han convertido, según se interpreta para la presente investigación, en los argumentos de fondo y en las líneas políticas que se han seguido para dar respaldo jurídico y económico a las iniciativas de las reformas y han sido el soporte para la consolidación del sector privado de servicios médicos. Las iniciativas de reforma no son

propuestas acabadas, sino que son procesos que están inconclusos en la región y que según coyunturas o gobiernos específicos se han continuado, cambiado o rezagado.

Recuadro 4. Algunas experiencias del modelo mixto público-privado en Europa

En Europa existen dos sistemas de salud básicos. Uno integra los servicios en un sistema único de carácter público y el otro combina el individualismo del seguro social con la repartición colectiva- el sistema de seguridad social-. Ambos modelos tienen orientaciones contrarias al modelo estadounidense; sin embargo, el sector privado ha ganado terreno y el gasto público disminuye y la carga financiera para el usuario y el asegurado aumenta debido a la disminución del Estado, reducción del presupuesto para salud y privatización paulatina de los servicios y el financiamiento.

La correlación de fuerzas entre las clases sociopolíticas, la cual permitió y permite que la salud sea una actividad muy lucrativa para la industria y el comercio de la tecnología médica de punta y las multinacionales farmacéuticas.

Sea lo que sea, el cuidado de la salud es ahora una mercancía de un elevado valor añadido, tanto que representa el tercer sector que genera más riqueza en la Unión Europea.

En Europa, la introducción de la competencia en los sistemas de salud - en especial en los privados - , o sea, la introducción del “mercado interno” separó las funciones de quién financia y de las del proveedor del sistema nacional de salud, la cual ya existía en el de seguridad social. Pero también introdujo el riesgo de aumentar la carga laboral de forma considerable para competir por la provisión de servicios a un precio más bajo, la derogación de la legislación social que protegía al personal, la subcontratación de los servicios de apoyo, el ahorro a costa de la calidad de los equipos, materiales, etc. Estas disposiciones ponen en peligro la calidad de la atención.

La *competencia gerenciada (managed competition)* de los Países Bajos es un ejemplo de mezcla público-privado, que facilita la privatización de la seguridad social. Esta modalidad es la punta de lanza de la privatización total de los servicios nacionales de salud.

Fuente: Selva Sutter, 2004: 561-562

1.4. Reforma del sector salud costarricense: breve análisis y repercusiones concretas.

La investigadora Juliana Martínez hace una división en el proceso de reforma del sector salud que permite distinguir mejor los momentos de ruptura y, según ella, los objetivos que se perseguían en cada momento. Ella define dos rutas que se condensan en el periodo 1988-1998, afirma que se dieron “...dos rutas reformistas de su sistema único de salud.” (Martínez, 1999: 159). Durante 1988-1994 (administración de Arias Sánchez y luego de Calderón Fournier) se dio la llamada primera reforma del sector salud, con la cual se buscaba la privatización y la descentralización; esta fue impulsada por médicos del seguro social y luego apoyada por la administración ejecutiva de la CCSS, algunos se opusieron con respecto a la viabilidad financiera a largo plazo, sin embargo la idea de las cooperativas como forma de descentralización fue aceptada.

Más adelante, en 1994, se planteó el Programa del Proyecto de Reforma del Sector Salud (administración Figueres Olsen), con el cual se buscaba la participación del sector privado en los servicios de salud públicos. Este planteamiento fue presentado por un equipo de técnicos del seguro social y consultores externos entre quienes estaban los promotores de la creación de las cooperativas (Martínez, 1999: 170). En el contexto de ambas rutas reformistas, las élites costarricenses

...no actuaron meramente en función de sus intereses, sino en función de lo que podríamos denominar, el *procesamiento interesado de políticas disponibles internacionalmente*. (Martínez, 1999: 174).

Esto significa la relación entre los diferentes intereses que cada agente quería establecer para los cambios que se proponían, desde agentes internacionales, en el sector salud costarricense.

Para el caso específico de Costa Rica, el sociólogo Ludwing Güendell afirmó que “El margen factible para la reforma ha sido únicamente el de la experimentación institucional”. Un

ejemplo de experimentación institucional es que desde 1973 se dictó la Ley N^o 5349, la cual permitió el traslado de todos los hospitales hacia la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)³¹, teniendo esta el control de todos ellos y el control de los servicios de atención médica. Además de asumir, durante la administración Figueres Olsen (1994-1998), las actividades de prevención y promoción de la salud, así como el control de la Atención Primaria que antes tenía a cargo el Ministerio de Salud.

Lo anterior se vincula con la movilización laboral que también era cubierta por los dineros prestados para los cambios asumidos con el proyecto de reforma y fue tal vez uno de los cambios más significativos porque se tuvo que trasladar a la CCSS mucho personal, infraestructura y responsabilidades que desde su creación en 1940, no fueron de su competencia. Algunas de las actividades que se trasladaron a la CCSS fueron el Programa de Atención Primaria, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Cáncer, el Programa de Tuberculosis, entre otros (Güendell, 1997).

Por eso, con la reforma se crearon los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que se encargarían de la atención primaria y pertenecerían a las áreas de salud del país. Los EBAIS constituirían el modelo de atención integral en salud y la mayor participación de la comunidad, se crearon con el objetivo de descentralizar los servicios hospitalarios o del tercer nivel de atención por lo que han sido un instrumento filtrador y como se demuestra con los relatos de las entrevistas, esto ha obligado a las personas a pagar consulta médica con especialistas, lo que a su vez ha hecho que este sector se beneficie debido a que las personas

³¹ Por medio de la Ley 7374 se aprobó, en 1994, un préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto total de 60 millones de dólares para el proyecto de rectoría del Ministerio de Salud y construcción de EBAIS, así como traslado de personal del Ministerio de Salud a la CCSS. En ese mismo año se aprobó otro préstamo por medio de la Ley 7441 con el mismo banco por un monto total de 22 millones de dólares, para reforma del modelo de atención e impulsar la “terciarización”. Vale decir que mucho de ese dinero se dirigía hacia las consultorías pagadas que se relacionaban con el programa de reforma.

pagan para lograr tener una referencia más rápido en los servicios de especialidades médicas de la CCSS.

En una comparecencia ante la Asamblea Legislativa en Comisión Permanente Especial de Control de Ingresos y Gastos Públicos el 27 de octubre del 2005, esto fue lo que dijo el Dr. Manrique Soto Pacheco, director del Hospital San Juan de Dios, en ese entonces:

La idea de los EBAIS es una idea excelente. Me parece que desde el punto de vista social es una situación, vuelvo a insistir, única en el mundo, tal vez hay algunas parecidas de otro tipo, con otros nombres y con otras actividades. Pero, vino a complicar el problema, ¿y por qué? Por lo que decía yo antes. ¿Qué hace el EBAIS? El EBAIS lo que hace con un médico y con una enfermera y un asistente de pacientes van a buscar las enfermedades de su barrio, o su área de atracción y el señor diabético que estaba muy tranquilo en su casa y no sabía que tenía diabetes o el hipertenso... lo sacan de la casa, lo llevan al EBAIS, usted es un hipertenso, usted necesita tratamiento, pero aquí no se lo podemos dar, entonces lo mandan a la clínica ¿Qué pasa en las clínicas? Que no tienen cardiólogo, entonces, va para el hospital (Acta N^o 016 del 27 de octubre, 2005: 31)

Por tal razón, a partir de Güendell se ha concluido que la reforma no había tocado bases estructurales en el sentido de que las transformaciones se quedaron en el traslado de funciones de una institución a otra y más que cambios en las bases estructurales se puede hablar de repercusiones estructurales respecto a la forma como se ofrecerían los servicios de salud a la población, es decir, la población debía “ordenarse” de acuerdo a nuevos conceptos de atención a la salud, a las nuevas formas en que debía acudir a los servicios y a los diferentes modelos de atención.

El Programa del Proyecto de Reforma del Sector Salud³² proponía un modelo de atención con un “enfoque integral” (Bergonzoli y Victoria, 1994: 10. Citado por Güendell, 1997: 96), que se promovería en los inicios del proceso de reforma. Sobre la base de esta propuesta, se desarrollaba el discurso de hacer más eficiente, efectiva y ágil la atención que

³² Juliana Martínez recalca que la reforma del sector salud no se dio aislada de las propuestas de reforma a nivel internacional cuando dice que las élites costarricenses actuaron en función de: *el procesamiento interesado de políticas disponibles internacionalmente* (Martínez, 1999: 174). Esto es muy importante para ubicar los aspectos nacionales en los espacios de política internacional.

este sector (centralizado en la CCSS) brinda a la población³³. Y en este contexto, el sector privado fue integrado como parte de la constitución de este enfoque desde la primera administración de Óscar Arias (Villalobos, 1997: 312); un ejemplo de ello es COOPESALUD R.L.

El discurso del enfoque integral incluía la inserción del sector privado en el sistema nacional de salud y Luis Bernardo Villalobos describió dicha inserción como:

Parece más bien, que los convocados al sector son exclusivamente aquellos empresarios privados, directamente relacionados con la provisión de servicios médicos y quedan por fuera, todos aquellos que trabajan en otros espacios que también procuran el bienestar de la población con sus acciones. (Villalobos, 1997: 312).

El *modelo cooperativo* fue una forma de promover la participación del sector privado en la provisión de servicios médicos. Dicho modelo fue, además, sostenido por la Autoridad Presupuestaria (creada con la aplicación del PAE I), organismo que se creó cuando se establecieron las políticas de reducción del estado por medio del control del gasto y las contrataciones públicas, asimismo, la asignación de plazas se iba reduciendo poco a poco ya que ninguna instancia podía nombrar a nadie sin el visto bueno de dicha autoridad.

Por eso, Villalobos dice que esa reducción de la asignación pública de puestos hizo que profesionales del sector médico buscaran ubicarse en el sector privado y las cooperativas fueron una opción, asentándose además su doble rol: trabajar “afuera” y trabajar en “La Caja”.

Villalobos considera que hay una relación directa entre la mencionada restricción de contrataciones públicas y el surgimiento de las cooperativas médicas, ya que no se asignaban plazas para el sector público, sino que la CCSS contrataba a cooperativas médicas (asociaciones médicas creadas previamente por el mismo sector médico), se reducían entonces los nombramientos en puestos públicos pero se fortalecían los vínculos entre la CCSS y el

³³ Para una visión desde la metodología de análisis de discurso en el periodo que se discutía el Proyecto de Reforma del Sector Salud ver Castillo, Alcira “La crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Reforma del Estado costarricense” (2000).

sector privado para la provisión de servicios médicos. (Entrevista a Luis Bernardo Villalobos, junio, 2007).

Un caso concreto que se puede mencionar es con respecto a la creación de la clínica de Pavas³⁴, ya que la clínica se construyó pero la CCSS no podía hacer contrataciones, entonces se crea el modelo cooperativo y surge la primera cooperativa: COOPESALUD R.L, siendo Guido Miranda presidente ejecutivo de la CCSS.

Según la investigadora nacional, Alcira Castillo, la reforma del sector salud se discutió durante el periodo 1993-1996 y sin embargo ya la idea del modelo cooperativo había estado sobre la mesa de discusión política. Uno de los conceptos sobre los que se argumentó estaba relacionado con un *pensamiento neoliberal* que se utilizaba para explicar los desequilibrios financieros en los que se encontraba la CCSS, de esta idea surgieron los criterios de eficiencia y gerencia en términos mercantiles.

En relación con este concepto se utilizó también el de *privatización* argumentándose que la pérdida de autonomía y los problemas económicos que se atribuían a la CCSS serían resueltos por la empresa privada; la discusión se dividió entre “aliados” de la reforma y “enemigos” de la reforma, los aliados “desprestigiaban” la CCSS y los enemigos aseguraban conspiración por parte de actores con poder político (Castillo, 2000: 116-117).

Por lo tanto y retomando lo anterior, una implicación a nivel institucional muy importante, que luego dio pie a las reformas de gestión en salud, fue que con la constitución de COOPESALUD R.L en 1987, se fomentó el *modelo cooperativo*, el cual

...consiste en el arrendamiento de la administración de clínicas, mediante cooperativas compuestas por los profesionales en salud [y además]...se ha distinguido por el impulso de un nuevo modelo de atención, basado en Equipos Básicos Integrales de Salud, en consultorios comunales y en la participación social y por el desarrollo de un enfoque gerencial, que ha permitido un manejo eficiente y una relación ventajosa costo-efectividad. (Güendell, 1997: 83-84).

³⁴ Un estudio amplio sobre la creación de esta cooperativa está en Durán, Osvaldo.et.al (1991)

Desde la formulación del proyecto de reforma, después de la convocación al segundo foro nacional de salud y desarrollo³⁵, y posterior a las experiencias que se generaron por medio de COOPESALUD, el consenso respecto a la reforma de las políticas en salud (luego de las elecciones de 1994)

...fue producto de la mezcla de un enfoque social, que reafirma la participación del Estado en la provisión de servicios de salud, y de una perspectiva gerencial que pone énfasis en la eficiencia y en la incorporación de un concepto de gerencia que propicia mecanismos que normalmente operan en la empresa privada. (Güendell, 1997: 87).

Otra implicación del proyecto de reforma pero a nivel de políticas de gestión que tendría su impacto en la institución como tal es con respecto a que el Ministerio de Salud ya no se encargaría de programas de atención, sino que sería el ente responsable de regular, por medio de su papel de rectoría, el sistema nacional de salud (oferta de servicios y atención de la salud) y además se encargaría de la formulación de políticas de salud: un ente rector que estuviera al tanto de la ejecución de las políticas de salud y de la ejecución que brindan las instituciones que componen el sector nacional de salud, es decir, una forma de “ordenar” el sistema nacional de salud.

La idea de rectoría se empezó a discutir desde la administración Calderón Fournier (1990-1994), específicamente en 1992 y contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este gobierno se limitó a desarrollar aportes conceptuales y avanzó poco en la política de reforma (Güendell, 1997: 92-93). La administración de Figueres Olsen (1994-1998) sometió a una revisión sistemática y técnica lo que ya se había discutido en la

³⁵ Este foro “...concluyó en que era necesario redefinir el rol de las entidades que forman el sector salud, las estructuras de la CCSS y del Ministerio de Salud, consolidar los programas de atención integral y redefinir la estructura financiera del sector.” (Güendell, 1997: 86). Luego, se constató que los cambios estuvieron centrados en la CCSS y en el Ministerio de Salud. Queda clara la coherencia entre este tipo de conclusiones a nivel nacional con los objetivos internacionales de reforma propuestos por el Banco Mundial.

administración anterior. De esta revisión, que estuvo a cargo de técnicos de la OPS, se concluyó que

...“la reforma del sector salud” se sustenta en un cambio de la concepción de la salud y de su gestión. (Güendell, 1997: 96).

De acuerdo entonces al nuevo papel del Ministerio de Salud, se argumentó, por parte de otros (as) especialistas, que la función de rectoría estaba “atada de manos” debido a la inexistencia de un marco jurídico que le diera soporte a esa función rectora. Una de las principales dificultades fue mencionada por Roxana Sanabria, especialista en salud pública.

Ella plantea que dicha dificultad consiste en que así como se desarrolló el marco jurídico para ejecutar el Proyecto de Reforma del Sector Salud se debieron hacer transformaciones en la Ley N^o 5395, Ley General de Salud (1973) para que las nuevas funciones delegadas al Ministerio de Salud fueran vinculantes. Su función reguladora ha sido una de las más cuestionadas, ya que se supone que debe regular las contrataciones que se hacen con el sector privado para la provisión de servicios, garantizando el acceso universal de servicios a la población y controlando los cuasi-mercados de salud.

Lo que se esperaba con la función rectora es que

El éxito del Ministerio de Salud bajo estas nuevas funciones dependerá de la capacidad para asumir un liderazgo político e ideológico que logre efectivamente permear al resto de instituciones del sector salud y ejercer un efectivo rol de regulador de la sociedad en este campo. (Güendell, 1997: 100).

Sin embargo, en el estudio que realiza Sanabria se muestra que es la CCSS la que ha asumido las políticas de salud y las contrataciones (Ver recuadro 5).

Recuadro 5. Experiencias de algunas contrataciones de la CCSS al sector de servicios médicos privados. El caso de ASEMECO

Las contrataciones a las cuales se hace referencia son dos: una con la que asumió el contrato directo con COOPESALUD que se llamó “Para la Administración y Prestación de Servicios de Salud por una Cooperativa de Autogestión”, la otra que se adjudicó con ASEMECO por medio del contrato GMD-No 001-2001 denominado “Contrato para la prestación de servicios de salud entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Asociación de Servicios Médicos Costarricenses, (ASEMECO)” (Sanabria, 2004: 1). La autora concluye que

...el Ministerio de Salud estuvo ausente durante el proceso de negociación, firma y consolidación de los contratos; a pesar de que ambas organizaciones se dedican a prestar un servicio público estratégico, como es la salud dentro del concepto de atención integral y no obstante que el Ministerio de Salud es la institución rectora en el campo de la salud. (Sanabria, 2004: 2).

A dicha cooperativa se le adjudicó la administración de la Clínica de Pavas, la cual pertenece a la CCSS y a ASEMECO la administración de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (que pertenecen a la CCSS) de La Carpio, León XIII (sitios que son barrios marginales del cantón Central de San José) y Escazú (una zona extrema: mucha riqueza y mucha pobreza en un mismo cantón).

Fuente: Sanabria, 2004

Por lo tanto, es a partir de 1997 que se habla de la *reforma de gestión* de la CCSS, centrada en la financiación de la misma

La reforma de gestión actual de la CCSS es, una iniciativa *ad hoc*, diseñada a la luz de un enfático diagnóstico autocrítico sobre las características de la CCSS de cara a sus objetivos, y que no se inserta en una reforma amplia y de raigambre del Estado costarricense en el campo de la gestión. (Sojo, 1998: 75).

Esta reforma de gestión fue la manera en que muchos de los objetivos que se perseguían con las reformas al sector podrían cumplirse, a saber: la búsqueda de la eficiencia, equidad y calidad en la atención. La reforma de gestión implicaría la constitución de cuasi-mercados y compromisos de gestión³⁶ (instrumentos de evaluación) que se legitiman por la

³⁶ El Decimocuarto Informe del Estado de la Nación se muestran cinco situaciones de urgencia para los hospitales y áreas de salud del país de acuerdo al informe sobre *Compromisos de Gestión 2007*. Primero hay una falta de continuidad de los servicios de atención según los ciclos de vida, desigualdad en la prestación de servicios de salud entre regiones y entre áreas de salud, es necesario verificar la calidad de los registros con respecto a la

Ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS N^o 7852 (misma que dio aval a las contrataciones que se muestran en el recuadro 5).

Asimismo, esta ley les da “personalidad jurídica instrumental” a los hospitales y las clínicas para asumir la responsabilidad de los servicios que tienen a su cargo, les permite:

...manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión. (Rodolfo Piza, 1998, en Sojo, 2001: 154).

Sin embargo, se aclara que la condición de descentralización queda definida dentro de los parámetros de los compromisos de gestión, por lo tanto, las clínicas y hospitales no tienen un carácter descentralizado propiamente dicho.

A pesar de eso, el Proyecto de Reforma del Sector Salud buscaba acciones con una perspectiva de descentralización, las cuales se concretaron en procesos de privatización con el supuesto de que algunas funciones privatizadas aumentarían la eficiencia del sector público y se fue generando una competencia público-privada dentro del sistema público. Lo que se ha hecho hasta ahora es la firma de contratos legitimados por compromisos de gestión.

Ana Sojo afirma que la combinación público-privada que se da en estos sistemas de salud abre la competencia en el sector público con la implementación de cuasi-mercados (Sojo, 2006: 8) y aunque Costa Rica aún no es considerado un país con sistema dual de salud sí se pueden dar ejemplos de cuasi-mercados como las cooperativas de salud o la administración por parte de ASEMECO (Clínica Bíblica) de tres EBAIS de la capital a los cuales se aludió en el recuadro 5; y lo anterior muestra la función compradora que se le ha asignado a la CCSS en este proceso de reforma.

atención brindada, se debe mejorar la atención de las personas menores de 6 años de edad y adolescentes y, disminuir las diferencias según nivel de atención. (Estado de la Nación, 2008: 107)

Con respecto a la CCSS, el cuasi-mercado ha producido cambios a nivel organizativo, separando internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios de salud. Estos cambios han incidido en la gestión (en el “know how”) de la CCSS y se dice que es necesario introducir personal especializado (Sojo, 1998: 79) para que los fines económicos o como dicen, “capacidad gerencial” (Ver recuadro 4 sobre *competencia gerenciada*), se plasme en las tareas de la CCSS.

Los compromisos de gestión se definen, en parte, por determinaciones políticas, por lo tanto, por sí solos no garantizan la gobernabilidad dentro del sistema, se trata más bien de la ...fortaleza de los incentivos y la regulación en materia de entrada y de permanencia en el sistema (Sojo, 1998: 86).

Se retoma la idea, para el análisis de los compromisos de gestión y el principio organizativo que se impulsa, de que

...cada enfermedad tiene un ciclo vital y una estructura económica, y el uso de protocolos de atención se orienta a prevenir episodios caros de enfermedades concretas... (Sojo, 1998: 94).

Lo que se muestra es una de las formas en que funciona el mercado de la salud y así la estructura económica del proceso salud-enfermedad; sea en el sector público o sea en el sector privado, la atención del proceso salud-enfermedad se define en términos de costos económico-sociales por lo tanto, en lo que hay que enfatizar no es si cuesta o no sino en quiénes dicen cuánto cuesta y quiénes se encargan de los costos.

De este modo, con dichas iniciativas se plasman los principios económicos planteados en los proyectos de reforma al sector salud y se empieza, claramente, a pensar la enfermedad y la provisión de servicios médicos en términos de costo-efectividad. Por eso,

...los compromisos de gestión son el instrumento que permite especificar objetivos de salud y fijar acuerdos de producción con cada centro, para asignar y transferir recursos en función de su rendimiento y cumplimiento de metas. (Sojo, 1998: 78).

Es decir, con estos se precisa la producción de salud en cada área, hospital, EBAIS...y se financia con dicha lógica productiva; con esta propuesta se redefinió la perspectiva de asignación de recursos y el cómo y para qué son los servicios médicos.

Los compromisos generarían un control financiero porque se daría dinero por productos obtenidos según el cumplimiento de objetivos. Los criterios de calidad considerados en los compromisos de gestión son:

...buena práctica clínica, una correcta atención al usuario, y una coordinación efectiva entre los niveles asistenciales... (Sojo, 1998: 78).

Estos criterios parecen ser muy técnicos y centrarse, principalmente, en la atención médica; asimismo, es preciso preguntarse si la “atención correcta al usuario” se piensa en términos de usuario como cliente o como persona con derechos: derecho a la salud, al acceso a servicios médicos y a una atención completa e igualitaria (sobre exigibilidad y rendición de cuentas ver recuadro 6).

Recuadro 6. Juntas de salud como modelo de participación social para la gestión del nuevo modelo en salud planteado por el Proyecto de Reforma en Salud

Las Juntas de Salud se crearon en 1998 (vinculantes con la Ley 7852 mencionada anteriormente) paralelo a los EBAIS con el fin de que la población tuviera control de los servicios que se brindaran en su comunidad. Esto era lo que se expresaba desde los discursos oficiales y en apoyo al Proyecto de Reforma del Sector Salud. Sin embargo, una encuesta realizada por la misma CCSS, específicamente, la Superintendencia General de Servicios, muestra que las Juntas han propiciado un nicho para el conflicto de intereses tanto entre miembros de la comunidad como entre esta y el personal médico y administrativo de los EBAIS y Áreas de Salud.

Se supone que por medio de las Juntas, las personas pueden participar de la formulación, seguimiento y control presupuestario pero, los resultados de la encuesta muestran que un 60% de las Juntas que respondieron al cuestionario (se recibieron 91 cuestionarios respondidos de 90 Juntas de Salud debido a que la Junta del Hospital de San Carlos está dividida en dos por problemas internos) consideran tener poca o ninguna coordinación con la administración en cuanto a actividades de prevención y promoción de la salud (lema importante de la reforma). Los principales problemas que se concluye tienen las Juntas para su efectivo funcionamiento son: problemas de coordinación y aceptación por parte de los funcionarios, falta de apoyo logístico, ausentismo de los miembros de la Junta, falta de capacitación de los miembros de la Junta.

Un 56% de las Juntas afirma que no participa en la definición de actividades ni en cursos de capacitación a la comunidad, 40% de las Juntas afirma que no se relaciona con otras organizaciones comunales, 74% indica que no participa en procesos de análisis y toma de decisión con respecto a la administración del establecimiento, 27% de las Juntas no reciben la información solicitada a los establecimientos oficiales y, 46% dicen no ser partícipes, junto con la administración oficial, en actividades relacionadas con calidad de los servicios por lo tanto no han cumplido con uno de sus objetivos principales y se denota que la creación de este tipo de entidades son más un elemento jurídico para dar aval a procesos más complejos como por ejemplo, en este, caso el proyecto de reforma.

Fuente: CCSS (2001)

En síntesis, se puede decir que hay una línea económica, política, ideológica y jurídica definida con respecto a las propuestas de transformación del sistema de salud costarricense, cada una de esas con implicaciones en las realidades concretas.

A parte de estas cuatro líneas estructurales, hay aspectos culturales (por ejemplo prestigio y distinción, vida o muerte) que permiten interpretar la discusión macro-estructural a la luz de la realidad de las personas y mostrar así las “mezclas” que hay en la realidad, es decir, las personas definen el uso de servicios médicos privados, pero las estructuras económicas, políticas y jurídicas proporcionan las condiciones para que hagamos lo que hagamos. Es decir, el proceso de reforma del sector salud es (fue) un proceso de transformación de las prácticas sobre atención médica y sobre un modelo de atención políticamente definido y concretamente experimentado por las personas.

En conclusión, hubo una estructura coyuntural que condicionó, hasta hoy, la forma como los hogares atienden el proceso salud-enfermedad por medio del uso de servicios médicos privados y, que en esa medida, el uso de servicios médicos privados no ha quedado sometido a decisiones racionales individuales *per se* sino a procesos y contextos estructurales que han ido creando las condiciones para que el sector de servicios públicos de salud se devalúe cada vez más y por su parte, esté fortaleciéndose un sector privado de servicios médicos de salud que busca “captar” usuarios y usuarias (en el sentido clásico serían consumidores), haciendo parecer que sus decisiones son racionales, simplificando la complejidad estructural en insatisfacción pública versus satisfacción privada.

Es decir, si el servicio público no cubre sus necesidades se utiliza entonces el servicio médico privado y se cubre la necesidad; por eso, cuando se hace referencia al uso de servicios médicos privados, se debe precisar que ese uso está condicionado por la capacidad de pago que tengan los hogares para acceder a algún servicio de este tipo, a los esfuerzos que se hagan

a lo interno de los hogares, a las posibilidades de acceso a servicios médicos alternativos y a la concepción de salud y de enfermedad que tenga cada hogar.

La simplificación mencionada, deja de lado las decisiones de la economía política (como por ejemplo las políticas de externalización de bienes y servicios de la CCSS, que fueron decisiones estratégicas y económicas), la cual se sustenta en relaciones de poder y obvia también la constitución de un mercado de la salud en el cual compiten el sector público y privado con respecto a la oferta de servicios médicos de salud; el primero buscando otorgar un derecho y el segundo buscando mercadear el derecho a la salud, sin embargo los servicios públicos al trasladar sus fondos a entidades privadas para su administración, hace que la competencia se defina en términos de mercado y no ya de si se trata de un derecho o no.

2. Dimensión económica

2.1. Imbricaciones entre lo público y lo privado a partir de mediciones estadísticas: hogares como agentes de financiamiento

Es importante mencionar qué se entiende, desde el punto de vista de las encuestas, por sector privado. El sector privado de servicios de salud se ha concebido como el que

...está compuesto por los médicos y dentistas con prácticas privadas, clínicas y hospitales menores, laboratorios de exámenes, la industria y el comercio de medicamentos y los seguros médicos voluntarios (del Instituto Nacional de Seguros)³⁷ (Kleysen, 1992: 4).

Esta precisión con respecto a enfocar la atención en los servicios médicos, se refiere a que los servicios de salud son parte de un sistema institucionalizado y legitimado, es amplio e involucra a varios actores que van más allá de la parte médica pero que sí inciden en esta, por ejemplo formas de producción, cultura alimentaria, acceso a agua potable y todo lo correspondiente a lo que se ha denominado como saneamiento, por ejemplo alcantarillado, instalación de letrinas, entre muchos otros aspectos.

En cambio, los servicios médicos se concentran en las prácticas médicas alopáticas³⁸, legitimadas científicamente, que se realizan en campos específicos como los hospitales, las clínicas y los laboratorios. Por lo tanto, en las encuestas y los estudios mencionados, los rubros que se han tomado en cuenta para medir el monto que los hogares destinan a la utilización de servicios médicos privados son:

1. Visitas o consultas médicas
2. Servicios de laboratorio y radiografía

³⁷ Actualmente, el sector privado está conformado por 6 hospitales, 23 clínicas, 240 laboratorios, 595 farmacias, 568 consultorios de diversas especialidades, 865 consultorios odontológicos, 132 centros de atención integral y 167 hogares comunitarios. (Análisis Sectorial de Salud, Ministerio de Salud. 2002: 381)

³⁸ Considerando los significados y acepciones históricas de este concepto, para este caso, entenderemos “medicina alopática” como la que se practica convencionalmente y la reconocida científicamente que se denomina también como “medicina científica”. Esta se contraponen, desde el lenguaje científico-médico, a lo que hoy se llama “medicina alternativa” que se define por el uso de terapias homeopáticas, terapias con “medicina natural”, tarjetas de protección o curación, magnetoterapia, flores de Bach, entre muchos otros.

3. Servicios odontológicos
4. Medicamentos
5. Hospitalizaciones
6. Seguros médicos
7. Aparatos médicos como sillas de rueda

De esta manera, el gasto privado en salud sólo puede tomarse en cuenta como el realizado por los hogares o puede también referirse al gasto total del sector privado en salud que suma al de los hogares el paralelo a otras entidades u organismos, tomando en cuenta las varias formas en que el sector privado participa dentro del sistema nacional de salud.

Para esta investigación, el llamado gasto en salud siempre se referirá al que hacen los hogares, cuando no sea así, se hará la aclaración pertinente.

Recuadro 7. Aclaraciones metodológicas de las encuestas como instrumentos para medir el llamado gasto privado en salud de los hogares.

Es importante tener claro que muchos de los datos que se han obtenido por medio de las encuestas y trabajos realizados específicos para medir el gasto privado en salud, utilizan un acercamiento diferente a lo que se entiende por gasto privado en salud. Por ejemplo, en las encuestas de ingresos y gastos y en las que miden el gasto privado en salud, este se entiende como el gasto que hacen, solamente, los hogares. Por otra parte, algunos trabajos específicos que se refieren al sector privado de salud, toman en cuenta otras fuentes de gasto privado (además del que realizan los hogares) como por ejemplo proveedores, organizaciones no gubernamentales e instituciones de beneficencia como la Cruz Roja; para lo cual toman datos oficiales del Ministerio de Salud, de la CCSS, del Banco Central Costa Rica (BCCR) y de los registros de algunos hospitales privados.

Con los datos del BCCR se da cuenta del gasto corriente, gasto de consumo, gasto de inversión y/o producción de servicios de salud que componen el sistema nacional de salud, luego con metodologías específicas se obtienen los datos sobre gasto según sector, es decir, según sean públicos o privados (lo que se conoce como la *composición institucional del gasto*). En general, lo que se dice es que la información estadística difícil de unificar es la que corresponde a la parte financiera y económica del sistema de salud nacional (OPS-MS, 2003: 9), de ahí el interés por construir las cuentas nacionales de salud, a las cuales se hace referencia más adelante. (Ver también recuadro 13 anexo 8)

Fuente: Elaboración propia

Los dos siguientes cuadros, sintetizan los datos recopilados de las mediciones realizadas para los años que ahí se muestran. En el primero se exponen los montos totales de gasto en salud de los hogares en donde lo que se mide es el uso de servicios médicos privados y lo que se contabiliza son los desembolsos monetarios de los hogares en los diferentes “rubros de gasto”, estos se muestran en el cuadro 2.

Los datos se tomaron de las encuestas realizadas para cada año que se presenta y se eliminó el año 1974 y 2004 ya que para 1974 la medición realizada para la zona rural fue un

ejercicio econométrico y no por medio de la aplicación de cuestionarios en esa zona y para el 2004 los rubros de medición son diferentes al resto de encuestas.

Por lo anterior, para la interpretación del cuadro 1 se debe aclarar que los datos totales de este cuadro no toman en cuenta muchos rubros de gasto en salud de los hogares, es decir, para cada año que se ha hecho este tipo de medición, se han incluido nuevos rubros de gasto. Por lo tanto, las diferencias entre los porcentajes de aumento deben considerarse de acuerdo a lo que se midió como gasto en salud para cada año seleccionado, es decir, cuáles rubros de gasto se tomaron en cuenta.

Por ejemplo, para 1971 y 1974 no había un rubro sobre “planes de salud”; sobre compra o alquiler de aparatos médicos no hay datos para 1986 ni para 1998. Sin embargo, lo que se quiere mostrar con el cuadro es el aumento real de los montos constantes disponibles para cada año y de acuerdo a lo que se medía como gasto en salud según década.

Cuadro 1. Costa Rica: Montos totales anuales de la medición del gasto en salud de los hogares por uso de servicios médicos privados, según año. 1971 – 2006.
(Millones de colones)

Año	Monto (nominal)	Crecimiento nominal	Monto (en colones de 1976)	Crecimiento real
1971	169,150,000	-	169,150,000	-
1986	3,411,000,000	1917%	476,791,148	182%
1998	63,808,000,000	1771%	1,287,557,321	170%
2006	81,932,804,162	28%	713,634,724	-45%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos disponibles. Con la colaboración de Daniel Chaves Huertas

Haciendo una interpretación por décadas, el aumento real de la década de 1970 a la de 1980 es de 182%, lo cual podría relacionarse con un contexto apto para el desarrollo del sector de servicios médicos privados y mayores posibilidades de consumo de estos servicios; la llamada “época de oro” (ver Hidalgo, 2003). Es importante tener claro que este peso real se da principalmente por la compra de medicamentos.

El aumento de la década de 1980 a 1990 es de 170%, mucho menor a pesar de que para esos años ya se tomaban en cuenta otros rubros para la medición del llamado gasto en salud. Sin embargo, se sabe con claridad que al inicio de la década de 1980 se declaran los problemas de crisis económica y esto influyó en un menor consumo de este tipo de servicios por parte de los hogares.

Por último, de la década de 1990 al 2000 hay una disminución ya que el aumento es negativo, es decir, de un - 45%. Primero, en las mediciones de ambas décadas los rubros de gasto en salud están más unificados, lo cual provocó una medición más homogénea del llamado gasto en salud realizado por los hogares.

Segundo, esta disminución real es interesante porque en 1994 es que se discute sobre el Proyecto de Reforma del Sector Salud, en medio de la intención política por instaurar esta reforma en los servicios y la institucionalidad de la CCSS, hay una campaña mediática para desprestigiar dicha institución (Ver Castillo, Alcira. 2000), lo cual se supondría que hubiera provocado un aumento en el uso de servicios médicos privados y mayor desconfianza en los servicios públicos de este tipo debido a la constante afirmación de que la CCSS estaba al borde del abismo.

Un breve ejemplo de lo mencionado antes es el siguiente,

*La Caja Costarricense de Seguro Social está al borde de un precipicio y posiblemente en el inicio de su destrucción como sistema de Medicina Social único en Latinoamérica y orgullo de todos nosotros. Las causas de este grave problema son diversas y entre ellas están en especial: La pérdida de la autonomía política y económica de la institución. **La ausencia de una política coherente de prioridades básicas** que defina qué programas y acciones son indispensables para **resolver de urgencia** los principales problemas que aquejan a la institución. Las graves fallas en diversas áreas de servicios. (Castillo, 2000: 115-116. Cursiva y resaltados del original)*

Esta es una cita que la autora extrae de un artículo de opinión publicado por el periódico La Nación titulado “El Seguro Social al borde del precipicio” escrito por el Dr. Juan Jaramillo, ex ministro de salud en el periodo 1982-1986, del gobierno Monge-Álvarez. El

mismo, en 1987 publicó un artículo en la revista de la OPS sobre los cambios en las estrategias para la atención de la salud en Costa Rica y fomentaba la aplicación del proyecto de reforma.

A pesar de eso, lo que se concluye para esta década es que el crecimiento real no aumentó aunque se debe tener presente que los instrumentos estadísticos están más desagregados y depurados que los de las décadas anteriores.

Recuadro 8. Algunas precisiones sobre la medición del gasto en salud: comparabilidad de los datos

Es importante aclarar que el rubro de gasto por compra de medicamentos para 1971 corresponde al que se contabilizó sólo con receta médica, aclaración que sólo se tiene para dicho año. Además, este es el rubro que se mantiene como el más alto en todos los años que se aplicaron los instrumentos para medir el gasto en salud y según un trabajo realizado para las IV Jornadas de Economía de la Salud “Dra. Ana Gabriela Ross”, se concluyó que depende del tiempo de espera por un medicamento en EBAIS se provoca una salida hacia farmacias privadas, lo que aumenta entonces la compra de medicamentos (esto para el año 2006 en Picone y Collado, 2007).

Para la comparabilidad de los datos, como se muestra en el cuadro 2, sólo se escogieron tres rubros de gasto, a saber: compra de medicamentos, consulta odontológica y consulta médica. Lo anterior, debido a que los tres rubros tienen datos completos para los años seleccionados, además, son los más significativos (78% del total de gastos en 1971, 89% en 1986, 88% en 1998 y 70% en 2006).

Si se da el caso que se cuenta con algún rubro en algún año y en los otros no, se elimina para lograr que los datos sean comparables. Los rubros eliminados son: compra o alquiler de aparatos, hospitalización, pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, planes de salud y consulta médica pública pagada. Ver cuadro 10 anexo 12 para ver totales con el resto de rubros.

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente cuadro se desagregan los montos totales de los tres rubros de gasto escogidos para la comparación (Ver cuadro 9 anexo 11, en el cual se muestran los totales del

resto de rubros según año de cada encuesta). El rubro sobre compra de medicamentos es el mayor para todas las décadas, sigue el de consulta odontológica y por último las consultas médicas.

Las consultas odontológicas son una especialidad muy particular que es mucho más cara en comparación a una consulta médica de algún otro tipo de especialidad. Por lo tanto, aunque se hagan menos consultas odontológicas por hogar que consultas médicas, el monto utilizado será mayor porque las primeras son más caras que las segundas.

Por otra parte, entre la compra de medicamentos y las consultas médicas hay una relación consecuente: una consulta médica trae consigo una receta médica con varios tipos de medicamentos. Sin embargo, como se aclara más abajo, algunas mediciones contabilizan cualquier tipo de compra realizada en las farmacias, sean medicamentos, artículos de cuidado y/o higiene personal y sólo para 1971 se hace la salvedad que el monto sobre compra de medicamentos es sólo el que se hizo con receta médica.

Cuadro 2. Costa Rica: Montos totales de la medición del gasto en salud de los hogares según tres rubros de gasto y año. 1971 – 2006.
(Millones de colones corrientes)

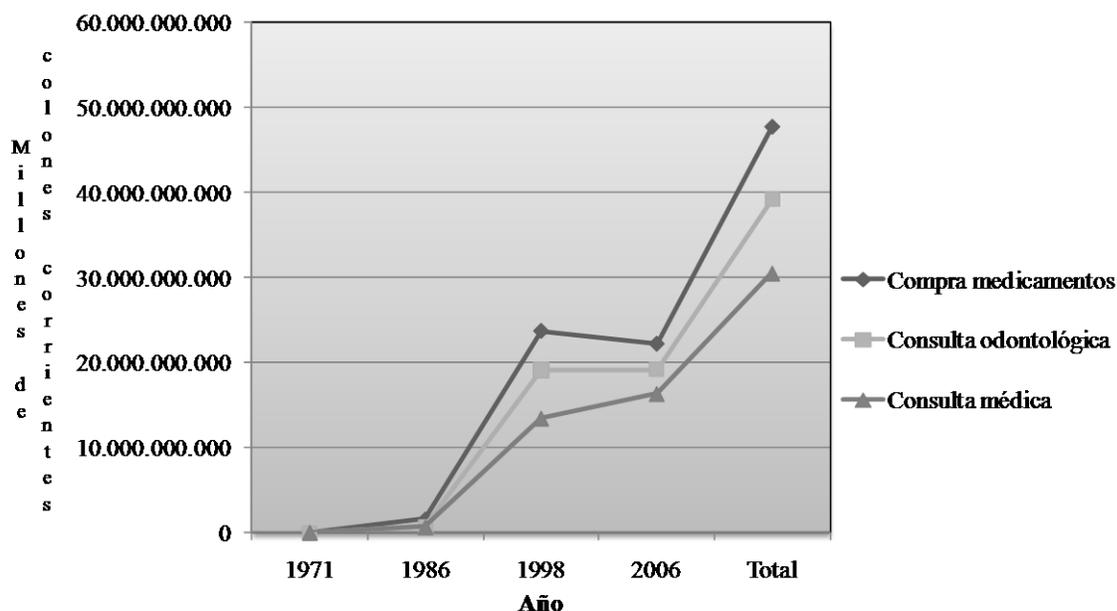
Rubros de gasto	1971	1986	1998	2006	Total
Compra medicamentos	60.740.000	1.633.000.000	23.782.000.000	22.271.514.259	47.747.254.259
Consulta odontológica	44.040.000	733.000.000	19.183.000.000	19.208.940.618	39.168.980.618
Consulta médica	28.650.000	674.000.000	13.468.000.000	16.366.264.788	30.536.914.788

Fuente: Elaboración propia a partir de datos disponibles. Con la colaboración de Daniel Chaves Huertas

Con los datos anteriores es claro notar que el llamado gasto en salud que realizan los hogares ha aumentado en términos absolutos, sin embargo, el crecimiento en términos reales fue de 218% para el periodo 1971-1986, para el periodo 1986-1998 fue de 168% y para el de 1998-2006 fue de -56% como se muestra en el gráfico 2.

En los siguientes gráficos, se muestra primero el crecimiento corriente (sin efecto inflacionario) de los tres rubros escogidos según año y segundo, el crecimiento real de la medición del llamado gasto en salud realizado por los hogares según los mismos rubros y años.

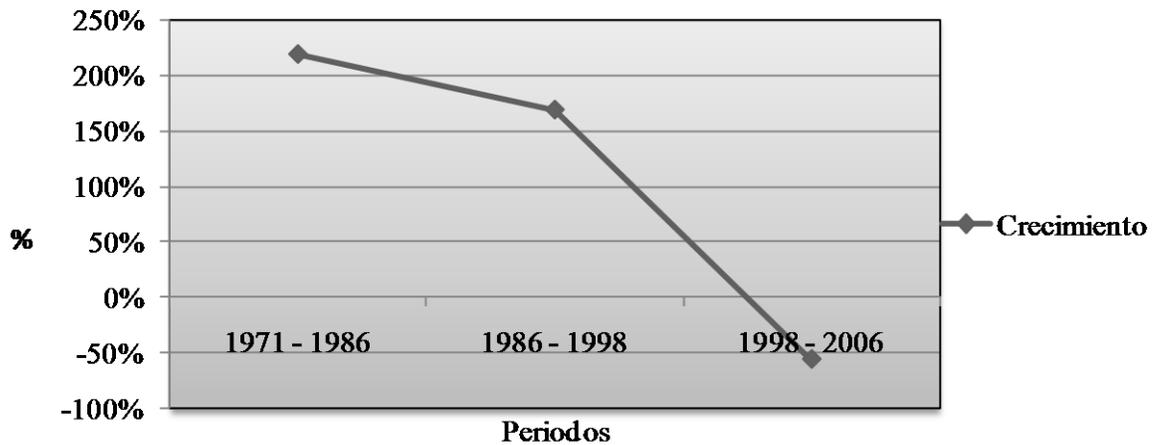
Gráfico 1. Costa Rica: Montos totales de la medición del gasto en salud de los hogares según tres rubros de gasto y año. 1971 – 2006.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos disponibles. Varios estudios (IICE, EHPM, ENSA, ENGAS)

Haciendo una interpretación considerando el efecto inflacionario, se nota un crecimiento muy significativo del llamado gasto en salud realizado por los hogares en cada uno de los tres rubros y para cada periodo analizado. Pero, en términos reales la interpretación cambia y se representa en el siguiente gráfico.

Gráfico 2. Costa Rica: crecimiento real en los rubros de compra de medicamentos, consulta odontológica y consulta médica según periodo de tiempo. 1971-2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos disponibles. Varios estudios (IICE, EHPM, ENSA, ENGAS)

De acuerdo a esta estimación de crecimiento real, el llamado gasto en los tres rubros que realizaron los hogares decreció, lo cual no significa que se hayan usado en menor cantidad aunque el peso monetario sí se haya devaluado.

Para el año específico de 1986, si se hace una comparación entre las cifras de ese año que aparecen en el trabajo de Kleysen sobre hospitalización del sector público y privado, en el primer sector esta corresponde a 17 932 millones de colones y en el segundo a 113 millones de colones, para Kleysen esto

...refleja el uso de los hospitales públicos por parte de los médicos particulares para internar a sus pacientes, y el uso complementario de ambos sistemas por parte de la población. (Kleysen, 1992: 14).

La conclusión anterior es sugerente y si se toma en cuenta la relación que puede tener con la implementación del Programa Medicina Mixta, el Programa Médico de Empresa y el Programa de Libre Elección Médica, los cuales promueven prácticas para utilizar la consulta médica privada, dicha conclusión podría sostenerse con argumentos del contexto sobre el sistema nacional de salud.

Para 1986, los hogares costarricenses destinaron 1 633 millones de colones en compra de medicamentos, lo cual significó un 47%, para 1974 el porcentaje en este mismo rubro fue de 28,5%. Sin embargo, se aclaró que para 1986, se eliminó la posibilidad de que la compra privada de medicinas se asociara únicamente con las visitas médicas privadas.

En el estudio de Kleysen (1992), también se tomó en cuenta el monto de instituciones de beneficencia y de las ONG en servicios médicos privados que, junto con los hogares, componen el total del llamado gasto privado en servicios de salud, principalmente los servicios de tipo médico. Considerando lo anterior,

El gasto privado total en el servicio de salud en Costa Rica en 1986 se estima en 3 831 millones de colones (Kleysen, 1992: 11).

El gasto corriente del sector público (tomando en cuenta sólo al Ministerio de Salud y la CCSS) en 1986 fue de 15 326 millones de colones y el total en salud para ese mismo año (excluyendo montos de inversión) fue de 19 157 millones de colones.

Por lo tanto, el llamado gasto privado en salud equivalió al 25% del llamado gasto público en salud y representó el 20% del gasto total.

En el estudio de Herrero y Durán (2001), se utilizó la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples de 1998, en la cual se aplicó un módulo de utilización de servicios de salud.

Algunos de los resultados que se obtuvieron para ese año indican que la proporción de consultas privadas en la zona urbana fue de 58,1% y en la zona rural fue 41,9%; se encontró además que en la zona urbana la proporción de consultas privadas supera a la de las consultas públicas no así en la zona rural donde la proporción de las consultas públicas fue de 62,2%

Lo anterior, muestra el uso y/o acceso desigual en cuanto a servicios médicos privados y públicos según espacios geográficos, diferencia que ha sido constante y se ha mantenido, como se nota en los datos de la ENSA y ENGAS 2006.

Para ese mismo año, los montos totales según tipo de consulta dieron como resultado un monto total en utilización de servicios médicos privados por parte de los hogares que corresponde a 63 808 millones de colones, lo cual significa un, aproximadamente, 91% del gasto total del sector privado (hogares) en 1998; este dato muestra el peso que tienen los hogares en el financiamiento de los servicios médicos privados (Herrero y Collado, 2001: 30).

Una información importante que no había sido utilizada y que se nota planteada en el estudio de Picado y Sáenz (2000) y manejada por Herrero y Collado (2001), es sobre las líneas de gastos médicos (seguros privados) del INS. Estos constituyen un dato relevante porque incluye servicios de hospitalización, consulta externa, rehabilitación, medicamentos y aparatos médicos, entre otros, que se cubren por medio de la adquisición de un seguro del INS, el cual tiene vínculos con el sector privado de servicios médicos para que dé los servicios a las personas que así lo requieran. En 1998, el total de pagos realizados en la línea de gastos médicos del seguro privado del INS fue aproximadamente 715 456 millones de colones (Herrero y Collado, 2001: 20).

Además, se aclara que

... el Instituto Nacional de Seguros actúa en este mercado como un monopolista privado y sus métodos de selección excluyen enfermedades previas y buscan elegir compradores de bajo riesgo. No hay regulaciones que obliguen al INS a asegurar riesgos mayores. (Herrero y Collado, 2001: 31).

Este tipo de selección es la que se ha propuesto para la CCSS por medio de una posible aplicación de un paquete básico de servicios de salud; es evidente que dichas formas de asegurar el acceso a servicios de salud es desigual y se basa en condiciones de enfermedad y rentabilidad.

Después de 1998 no fue posible encontrar datos sistematizados; sin embargo, Adolfo Rodríguez, en su trabajo sobre la necesidad de que la CCSS establezca un paquete específico de servicios médicos para ofrecerlos a las personas aseguradas, hace dos ejercicios de regresión logística (ver recuadros 9 y 10) utilizando datos de 2001 de la EHPM correspondiente a ese año.

Recuadro 9. Interpretaciones según ejercicio de regresión logística sobre uso de servicios privados de hospitalización

1. Por cada aumento en el decil de ingreso per cápita aumenta en un 12% la propensión a utilizar los servicios de hospitalización privados.
2. De acuerdo al género, los hombres tienden a utilizar un 36% más los servicios de hospitalización privados con respecto a las mujeres.
3. Según zona, la zona urbana tiende a utilizar un 32% menos los servicios de hospitalización privados.
4. Con respecto al nivel educativo, se muestra que por cada aumento en el año de estudio tiende a incrementarse en un 11% la propensión a utilizar los servicios privados de hospitalización.
5. Según edad, se obtuvo que:
 - a. La población de 0-9 años utilizan un 12% menos los servicios de hospitalización privados con respecto a la población de 40 años y más.
 - b. La población de 10-39 años utilizan un 23% menos los servicios de hospitalización privados con respecto a la población de 40 años y más.
 - c. El uso de los servicios de hospitalización privados de la población de 0-9 años es un 14% menor con respecto al uso observado de la población de 10-39 años.

Fuente: Rodríguez, 2006: 48

El estudio del cual se tomaron estas regresiones sólo da cuenta de interpretaciones y los elementos para explicar por qué hay significativas diferencias entre géneros, edad, zona geográfica y nivel educativo no se abordan en esta investigación. Aunque sí hay factores de ciclo vital y otros más cualitativos que se mostraran en el capítulo de resultados.

Las interpretaciones del segundo ejercicio de regresión logística se presentan en el siguiente recuadro.

Recuadro 10. Interpretaciones según ejercicio de regresión logística sobre uso de servicios de consulta médica privada

1. Por cada aumento en el decil de ingreso per cápita aumenta en un 36% la propensión a utilizar los servicios de consulta médica privada.
2. De acuerdo al género, el uso de los servicios de consulta médica privada de los hombres es un 2% mayor con respecto al de las mujeres.
3. Según zona, la utilización de los servicios de consulta médica privada de los habitantes de las zonas urbanas es un 18% mayor con respecto a la observada por los habitantes de las zonas rurales.
4. Con respecto al nivel educativo, por cada aumento en el año de estudio, tiende a incrementarse en un 8% la propensión a utilizar los servicios de consulta médica privada.
5. Según edad, se obtuvo que:
 - a. La utilización de los servicios de consulta médica privada es 2.72 veces mayor entre la población de 0-9 años con respecto a la observada en la población de 40 años y más.
 - b. La utilización de los servicios de consulta médica privada tiende a ser similar entre los grupos de edad de 10-39 y de 40 años y más.
 - c. El uso de los servicios de consulta médica privada es 2.72 veces mayor entre la población de 0-9 años con respecto a la observada en la población de 10-39 años.

Fuente: Rodríguez, 2006: 49

Si bien estas interpretaciones son en mucho descriptivas, sí permiten dar cuenta de variables clave que condicionan cuándo y por qué se usan servicios médicos privados. Por otra parte, estas interpretaciones fueron útiles durante la fase de trabajo de campo debido a que proveyeron insumos para la categorización del cuestionario que se aplicó.

Pasando a datos que corresponden al año 2004, se hará referencia a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos realizada para ese año. Los datos que se presentan son a nivel

nacional y se separaron únicamente los del rubro correspondiente a salud ya que son los que interesan para los efectos de esta investigación.

En general, según los rubros sobre gasto que mide la encuesta, la salud ocupa el noveno lugar de gastos con un 4,7% en el 2004, para el año 1988 ese porcentaje correspondía a 3,6%, y de acuerdo a la distribución según quintil de ingreso, para el I quintil era de 1,8% y para el V quintil de 6,5% en el 2004; en 1988 correspondía a 2,1% para el I quintil y 4,8% para el V quintil (INEC, 2004: 218). Los datos anteriores confirman tanto la desigualdad en el uso y así como en el monto que los hogares destinan en pagos directos de servicios médicos.

Los elementos que se contemplan como gastos son: productos y artefactos médicos y servicios privados (medicinas y consultorios privados de especialistas en salud). El total de gasto de consumo en salud³⁹ de los hogares en el 2004 fue de 13 175 millones de colones correspondiente a un 2,59% del total de gastos (INEC, 2004: 33).

Otro dato importante que arroja la ENIG 2004, es que el gasto está condicionado según el tamaño del hogar, en relación también según zona. Conforme aumenta el tamaño del hogar, este gasto disminuye, tanto en zona urbana como en zona rural. Lo interesante, es que en la zona rural cuando el hogar pasa de dos a tres miembros el gasto aumenta, y en la zona urbana más bien disminuye, aumentando en esta zona cuando el hogar pasa de tres a cuatro miembros.

Con todo lo anterior, queda claro que el indicador gasto en salud es una medición centrada en la compra de ciertos servicios (transacciones monetarias), compra que, además,

³⁹La definición que usa el INEC con respecto al gasto en salud dice que: corresponde al gasto privado en salud por concepto de consultas médicas, medicamentos o compra de aparatos terapéuticos, artículos de botiquín, exámenes de laboratorio, entre otros.

está condicionada por la capacidad de inversión que tengan los hogares y de lo que estos consideren como elementos de inversión necesarios.

Ahora, ¿depende el uso de servicios médicos privados principalmente de una racionalidad que se sustenta por la capacidad de pago? No solamente, porque hay condiciones estructurales y un mundo de significados que mueven las prácticas, porque si la capacidad de inversión es baja pero los significados muy fuertes, se realizarán las estrategias que se consideren necesarias para contar con la cantidad de recursos monetarios que demanda algún servicio médico privado en particular, esta realidad también se mostrará más adelante con los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas.

Datos correspondientes al año 2006 y que completan la cronología que se ha mostrado hasta ahora permiten observar, a partir de cifras absolutas, un aumento significativo: en 1971 el llamado gasto en salud correspondía a 169 millones de colones, en 1974 a 237 millones de colones, en 1986 a 3 451 millones de colones, en 1998 a 63 808 millones de colones, en 2004 a 13 175 millones de colones (esta cantidad puede ser baja por el tipo de rubros que mide la ENIG) y para 2006 este corresponde a ochenta y un mil novecientos treinta y dos millones ochocientos cuatro mil ciento sesenta y dos colones.

La mayoría de los trabajos presentados muestran a los hogares como agentes de financiamiento del sector privado, sin embargo, esta investigación pretende alejarse de dicha visión y pensar los hogares como unidades de análisis que se afectan por situaciones estructurales, modifican sus prácticas y que en efecto provocan la medición cuantitativa de sus prácticas, pero estas no se quedan en los datos sino que se configuran según los significados que se tengan de las realidades concretas en que las prácticas se lleven a cabo.

2.2. Implicaciones del llamado gasto en salud para los hogares: apreciaciones desde la noción de *gasto catastrófico*.

Los siguientes datos muestran la relación entre el gasto privado en salud y el ingreso familiar, los cuales indican que para el 2001 la distribución del gasto privado total en salud era de 2,4% para el I quintil; 5,4% para el II; 11,0% para el III; 23,0% para el IV y de 58,2% para el V quintil. Por otra parte, el porcentaje de dicho gasto con respecto al ingreso familiar indica que el I quintil destina en promedio 3,6% de su ingreso mensual en el sector privado de servicios de salud; el II quintil un 3,8%; el III un 4,8%; el IV un 6,2% y el V un 5,7% (OPS-MS, 2003: 18).

Si bien se ha dicho que estos datos no muestran inequidad en cuanto al impacto en la carga financiera de los hogares, se nota que para los hogares con menores ingresos el gasto en salud, por medio del uso de servicios médicos privados, resulta un riesgo para su presupuesto familiar que, en algunos casos, puede que ni esté contemplado y resultar en un *gasto catastrófico*.

Este tipo de gasto se trató de aproximar para Costa Rica, por parte de funcionarias del INEC, utilizando la ENIG 2004 y la ENGAS 2006, así como la EHPM 2005 para el ajuste de precios. Se hizo por medio de un análisis econométrico y la utilización de ciertos supuestos del comportamiento de los hogares y se definió el concepto de gasto catastrófico (concepto operativo) como el que

...se refiere a la proporción de hogares que a consecuencia de los gastos en salud no planificados ponen en riesgo su situación financiera, cuando se rebasa el 30 por ciento. (Córdoba y Sanarrucía, 2007. Tomado de Murray y Frenk, 2000)

Y según la metodología utilizada obtuvieron datos con respecto al gasto promedio en salud por quintil de ingreso y a la distribución relativa del gasto en salud según quintil de ingreso, para después generar un aproximado del gasto catastrófico en hogares costarricenses.

En el cuadro 3 se muestran las cifras absolutas de la medición del gasto en salud promedio por quintil de ingreso per cápita según los tres rubros escogidos para la comparación.

Claramente se nota que la distribución crece proporcionalmente al quintil de ingreso ya que mientras que para el 20% de la población con los más altos ingresos (V quintil) la compra de medicamentos promedio per cápita del hogar fue de 7.393 colones, para el 20% de la población con los más bajos ingresos (I quintil) fue de 3.694 colones y así es el comportamiento sucesivo según rubro de gasto que se mide. Sin embargo, el peso relativo que tiene es diferente aunque parezca que el I quintil haya realizado un gasto proporcional a los ingresos del hogar.

Cuadro 3. Costa Rica: gasto en salud promedio por quintil de ingreso per cápita del hogar según rubro de gasto. 2006
(Miles de colones)

Rubros de gasto	Quintil de ingresos					Total
	I	II	III	IV	V	
Compra de medicamentos	3.694	3.275	4.356	6.062	7.393	4.956
Consulta odontológica	1.844	3.038	4.495	6.506	5.484	4.273
Consulta médica privada	1.565	2.180	2.745	4.797	6.931	3.644
Total	2.368	2.831	3.865	5.788	6.603	4.291

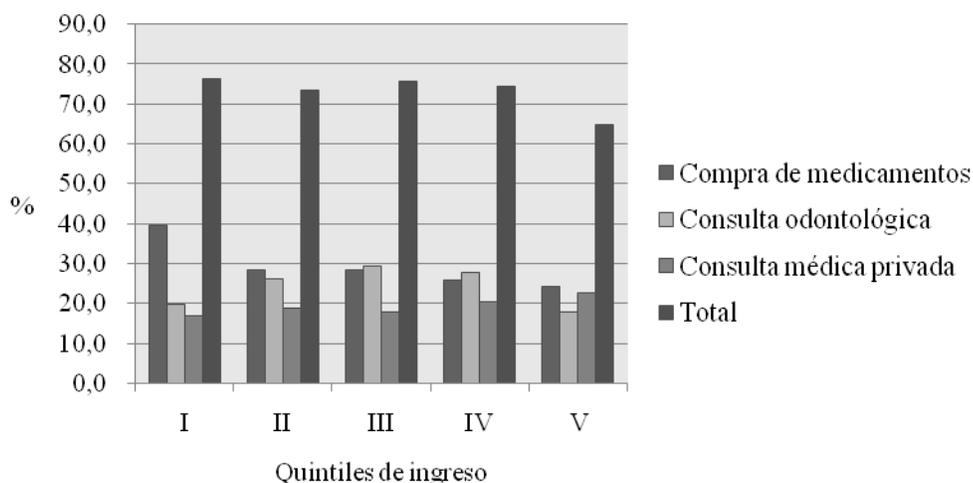
Fuente: Elaboración propia a partir de Córdoba y Sanarrucia, 2007: 7.

Según la distribución del gasto vista en el gráfico 3, la importancia relativa del gasto en consulta médica privada fue de 22,7% para el V quintil; mientras que para el I quintil fue la consulta odontológica con un 19,8%. En relación con la compra de medicamentos, la importancia relativa para el I quintil fue de 39,6% y para el V quintil fue de 24,2% como se nota en el gráfico (Córdoba y Sanarrucia, 2007: 8).

Entonces, de acuerdo al tipo de servicio que se use en el sector privado, así será el peso relativo que dicho uso tenga en el presupuesto del hogar, por lo que el hecho de que sean los hogares del V quintil los que aumenten el llamado gasto en salud no quiere decir que sea mayor el peso relativo que este gasto tenga en su presupuesto, por tanto, no quiere decir que los hogares del I quintil gasten más en medicamentos, sino que el peso relativo del gasto que hacen significa aproximadamente un 40% para su presupuesto. (Para ver los datos del resto de rubros ir a Cuadro 12 del Anexo 14)

Lo anterior se podrá contrastar más adelante con los relatos de algunas de las personas entrevistadas, principalmente en cuanto a reorganización del presupuesto del hogar para cubrir pagos de consultas médicas privadas, compra de medicamentos u hospitalizaciones debido a “casos extremos”, según señalan los relatos de experiencias.

Gráfico 3. Costa Rica: distribución relativa del gasto en salud por quintil de ingreso según tres rubros de gasto en salud. 2006
(Cifras relativas)



Fuente: Elaboración propia a partir de Córdoba y Sanarrucía, 2007: 8

El gráfico da cuenta del peso relativo que cada rubro escogido para comparar tiene en el presupuesto de los hogares costarricenses, sólo para el I quintil el gasto en salud de esos tres

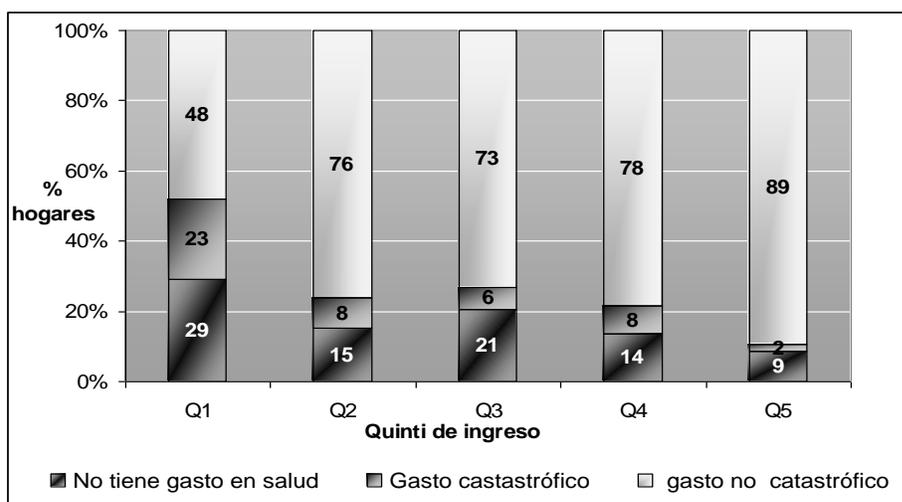
rubros representa un 76% del total (Para ver los datos del resto de rubros ir a Cuadro 11 del Anexo 13). El peso relativo de la consulta odontológica es un poco más alto en los quintiles III y IV que la compra de medicamentos, rubro que tiene el mayor peso relativo para el resto de quintiles.

De esta manera y según los ejercicios de estimación realizados por Córdoba y Sanarrucia

...es el 20% de los hogares con menores ingresos (quintil 1) quien refleja el mayor gasto catastrófico en salud con un 23%, mientras tanto, sólo un 2% corresponde al 20% de los hogares con mayores ingresos.⁴⁰ (Córdoba y Sanarrucia, 2007: 10).

En el gráfico 4 se muestra la distribución de este tipo de gasto por quintil de ingreso.

Gráfico 4. Costa Rica: distribución relativa del gasto catastrófico por quintil de ingreso per cápita del hogar. 2006



Fuente: Elaborado por Córdoba y Sanarrucia, 2007: 11

A nivel total de los hogares, el gasto catastrófico en salud representó un 9,54% y es en el I quintil donde este tipo de gasto tuvo más peso con un 23%. Una de las conclusiones más

⁴⁰ Sí es importante aclarar que el gasto catastrófico no sólo depende de serios eventos de morbilidad, sino también de la estructura del sistema de seguro social de cada país. Como es el caso de América Latina donde hay regímenes mixtos (Colombia y Chile), proveedores públicos y privados (Brasil), sistemas escasamente articulados (Argentina, Ecuador, México y Uruguay). (Peticara, 2008: 45-46)

contendientes, y que genero mucha discusión en las IV Jornadas de Economía de la Salud 2007, fue

El gasto familiar acumulado en salud para el quintil que tiene el 20% de la población con menores ingresos es de apenas 12,27% y para el quintil 20% de la población con mayores ingresos 33,49%. No obstante, respecto del ingreso corriente total, este 12.27% representa para el primer quintil 7% de su ingreso total y para el último quintil es únicamente 2.9% de su ingreso (Córdoba y Sanarrucia, 2007: 13).

Si bien, como aclaran las autoras, los ejercicios tienen limitaciones intrínsecas, la iniciativa de realizar este tipo de cálculos es sugerente y muestra la desigualdad en cuanto al uso de servicios médicos privados y el peso económico que este uso tiene para los hogares de menores ingresos, a pesar del sistema público de salud que hay en el país.

Recuadro 11. Variables de incidencia de los gastos de bolsillo en América Latina

Las variables se definieron a partir de un estudio realizado con 7 países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay.

Con respecto al efecto cualitativo del ingreso se concluyó que para todos los países, excepto Chile y Uruguay, la carga de gasto de bolsillo (CGB) se reduce con el nivel de ingreso. La estructura etaria del hogar tiene clara influencia sobre el gasto de bolsillo; en Chile y México, la existencia de niños menores de 5 años está asociada a una CGB claramente superior (14% y 17%, respectivamente). Mientras tanto, en Argentina, los hogares con niños pequeños tienen una CGB de 9%.

En todos los países, la presencia de personas mayores de 65 años genera una mayor incidencia de los gastos de bolsillo. Para Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay, familias con al menos una persona mayor de 65 años, que no es el jefe, tienen una CGB de 45% - 55%.

Otra conclusión es que los gastos catastróficos se asocian claramente a eventos hospitalarios, en Chile y México, un hogar que experimente un evento hospitalario puede ver crecer su CGB en 5 y 7 veces respectivamente; para el resto excepto Uruguay crece entre 2 y 3 veces.

La zona de residencia, urbana o rural, también incide y es la zona rural la que se asocia con una mayor (20% - 30% superior). La cobertura de seguro médico de todos o sólo un miembro del hogar también incide, por ejemplo en Argentina un hogar en el que algunos miembros tienen seguro médico pero no todos, tiene una CGB 15% menor que aquel sin cobertura de seguro.

Finalmente, hogares con jefes no ocupados enfrentan un CGB superior: 35% en Argentina, 15% - 20% en Brasil, Chile, México y Uruguay.

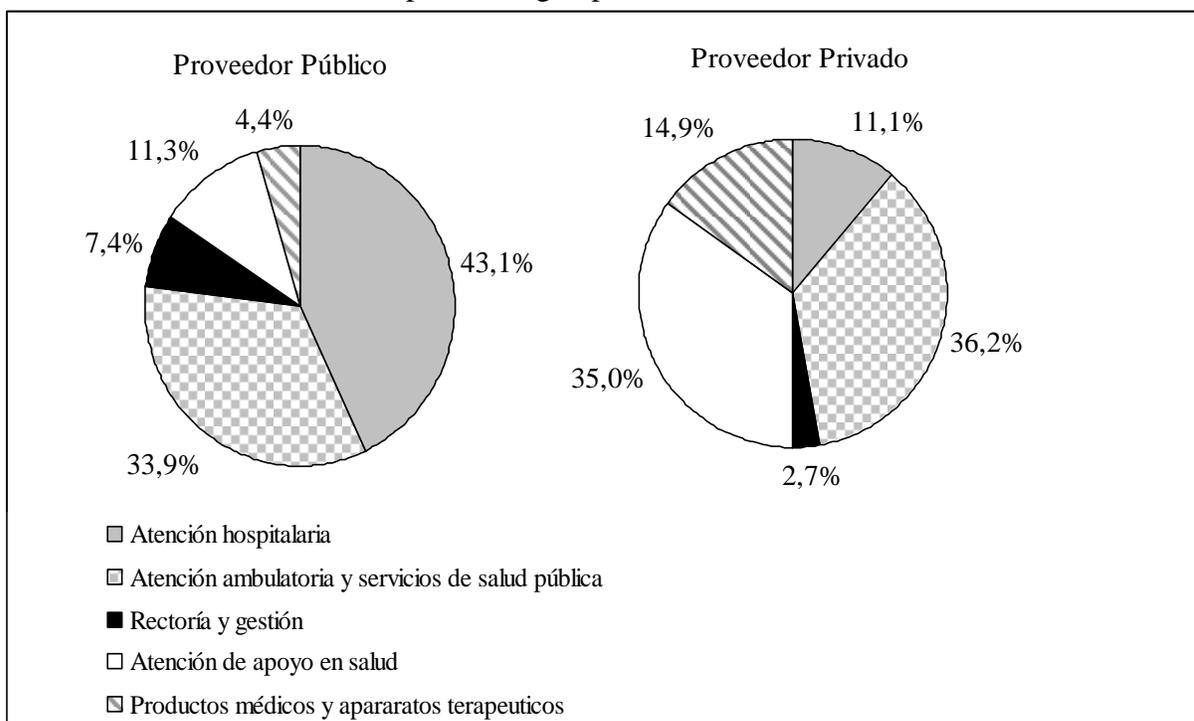
Fuente: Peticara, 2008: 29-31

2.3. Aspectos generales sobre la participación del sector privado en el sistema nacional de salud: sus múltiples funciones y las relaciones complejas con el sistema público de salud.

Vale reafirmar que el interés de esta investigación está en los servicios médicos privados, es decir, en el sector privado como proveedor de este tipo de servicios; los cuales se concretan en los laboratorios, farmacias, consultorios médicos, clínicas especializadas. En este sub-apartado se mostrarán algunos datos clave del sistema de salud en general y los vínculos con el sector privado.

En los siguientes gráficos, tomados del estudio de Herrero y Collado, se sintetizan los patrones de especialización según sector que componen el sistema de salud costarricense.

Gráfico 5. Costa Rica: Composición de las funciones de salud financiadas por el sector público según proveedor. 1998



Fuente: Herrero y Collado, 2001:27. Modificada la calidad del gráfico para esta investigación

Los datos que se leen en los gráficos anteriores son provocativos en el sentido de que, presentan qué de los servicios que componen el sistema nacional de salud están siendo tomados por el sector privado en su papel de proveedor, porque se sabe que este sector

también tiene adjudicadas áreas de salud o EBAIS para su administración (gestión) pero el financiamiento sigue siendo desde el sector público.

Es claro que la atención ambulatoria (consulta médica general y consulta médica especializada) es una de las formas en que el sector privado tiene mucho peso como proveedor, esta representa el 36,2% y en el sector público un 33,9%; no así en cuanto a los servicios de hospitalización, el contraste entre sectores es significativo porque en el público es de 43,1% y en el privado apenas un 11,1%. Asimismo, y manteniendo los contrastes, las atenciones de apoyo (más rentables) representan un 35,0% del sector privado como proveedor y sólo un 11,3% del sector público.

Además, como se ha indicado, las consultas a especialistas (con un peso especial de los servicios odontológicos) mediante los servicios ambulatorios, otorgan un mayor aumento al monto de gasto privado y según se explica, esto es así

...ya que estos exigen al oferente una organización mínima y por otra parte, son bastante compatibles con el doble rol público y privado del médico. (OPS-MS, 2003: 17).

Lo anterior es clave, porque se afirma que el sector médico ha participado de manera protagónica en la consolidación de servicios médicos privados, la misma institucionalidad pública le permite asumir ese “doble rol” que ha facilitado que algunos médicos tengan su consultorio privado para especialidades y trabajen en el sector público, de manera que así, pueden remitir a algunas personas que usan los servicios del sector público a su propio consultorio privado y viceversa.

Asimismo, es preciso añadir que la formación de profesionales en salud en universidades privadas ha venido creciendo, lo cual abre la posibilidad de que más médicos tengan sus propios consultorios o clínicas de especialidades, formando en algunos casos asociaciones. También, es posible que cuando se habla de falta de personal o recursos

humanos en áreas que corresponden a especialidades médicas en el sector público, se deba a que, al ser las especialidades un servicio clave del mercado de servicios médicos privados, el sector privado se haya convertido en un espacio más atractivo para quienes ejerzan alguna especialidad médica.

La situación se puede resumir de la siguiente manera: se brinda la consulta médica general en el sector público y ahí la o el médico remite a la persona que consulta a una especialidad en el sector de servicios médicos privados porque, a fin de cuentas, esperar por una cita para alguna especialidad puede ser muy desgastante; así que si económicamente es posible, es probable que se acuda al sector privado. Esta situación se expresa claramente con los relatos de experiencias de las personas entrevistadas para esta investigación.

Por otra parte, como se menciona más abajo, la diversidad del mercado de servicios médicos provoca que la falta de servicios en microbiología y nutrición en el sector público (Estado Nación, 2005:82), por ejemplo, sean aprovechados por el mercado, ya que con una observación detenida es posible mirar gran cantidad de centros que se especializan en servicios de nutrición, así como gran cantidad de laboratorios clínicos privados que brindan los análisis pertinentes desde la microbiología. Cabe aquí hacerse la pregunta, pensando en la discusión teórica propuesta: ¿qué línea divide aquí “lo público” de “lo privado”?

El desafío que presenta el Estado de la Nación es

Contar con los recursos financieros para formar estos especialistas en los próximos años, distribuirlos con equidad entre los centros de salud que los necesitan y mantenerlos en el sistema una vez graduados... (Estado Nación, 2005:83).

Este desafío debe entonces, enfrentarse al mercado de servicios médicos privados que se ha fortalecido de esta debilidad del sector público y ha hecho de los servicios de especialidades su principal fuente de conformación.

Se podría aseverar que hay una expulsión estructural hacia el uso de servicios médicos privados, se sabe que hay muchos hospitales periféricos (regionales) que no cuentan con especialistas en propiedad y de esta manera, las personas deben esperar por una referencia hacia un hospital nacional para consulta de alguna especialidad.

El sector privado se ha apropiado de esos faltantes y, adrede, tomando en cuenta lo que ya se ha dicho líneas más arriba y lo que se mostrará en el capítulo de resultados, se ha constituido un tipo de imbricación entre la CCSS y los servicios médicos privados (regulados por el mercado de servicios médicos).

Como hipótesis de análisis se plantea que muchas especialidades no llegan a hospitales regionales porque el sector privado ya se apropió de ese campo, entonces, los faltantes no es porque no se forme a profesionales médicos especialistas, es porque han desarrollado su quehacer en el mercado.

Se puede concluir, entonces, que el mercado de los servicios médicos privados tiene estratégicamente definidas sus actividades y un ejemplo conocido es las altas listas de espera que hacen que la atención ambulatoria pública llegue a colapsar, de este modo, el sector privado se ha constituido a través de los servicios de la consulta externa (ambulatoria); las personas hacen su consulta en el sector privado pero reciben medicamentos y/o realización de exámenes complejos desde el sector público (es lo que se conoce como medicina mixta).

De esta manera, para 1998 se observa que

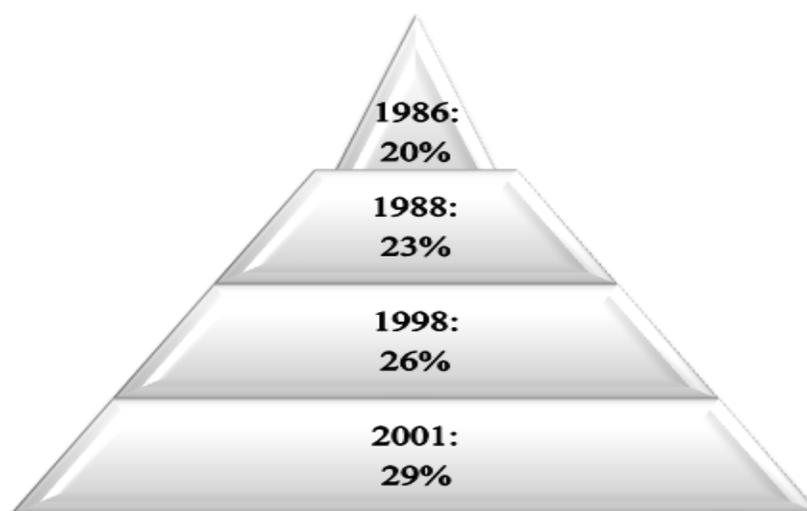
...en forma global el esquema de financiamiento y provisión del Sector Salud Costarricense, donde el 65% del gasto es financiado y provisto por el sector público y el 31% es financiado y provisto por el sector privado (que incluye los seguros voluntarios del INS)... asciende a 225 mil millones de colones, equivalentes a 6,3% del PIB y US\$ 234 por habitante. (Herrero y Collado, 2001: 21-22)

Con lo anterior, se muestra la tendencia del sector privado al aumento en cuanto a la provisión y la financiación del sistema nacional de salud pero, que sin embargo, el sector

público continúa siendo importante con respecto a dichos rubros y que, a pesar de las circunstancias políticas y económicas mantiene poderes relativos en cuanto a servicios médicos particularmente y de salud en general que componen el sistema nacional de salud.

Lo que sí es posible decir es que se desarrollan con más fuerza los vínculos⁴¹ entre ambos sectores en relación a la provisión y financiación. En la siguiente figura se indica la tendencia al aumento del sector privado en calidad de proveedor y financiador.

Figura 2. Costa Rica: Participación del sector privado como proveedor y financiador de servicios de salud. 1986-2001



Fuente: Elaboración propia a partir de Picado (2003)

Los porcentajes anteriores dan cuenta del peso relativo que ha venido teniendo el sector privado en el llamado gasto total en salud y que, como lo afirman los estudios consultados, los hogares son quienes más dan soporte a dicho peso relativo. He ahí una de las principales razones por las que en este estudio la unidad de análisis son los hogares, para intentar, también, ir más allá de la dimensión económica que entiende a los hogares como

⁴¹ Por ejemplo, en 1986 existían 44 instituciones y organismos no gubernamentales adscritos al Ministerio de Salud, los cuales brindaban servicios médicos y de cuidado a ciertos sectores de la población. El punto a recalcar es que no pertenecían al sector público de salud pero que sí se vinculaban con este (Kleisen, 1992).

agentes que financian el sector de servicios médicos privados en su función como proveedor y, así, tratar de entender por qué las personas que componen los hogares usan servicios médicos privados reconociendo la multi-dimensionalidad de factores que pueden intervenir y lograr distanciamiento de la función económica asignada por una visión que tiende a reducir el uso de servicios médicos privados al gasto de consumo que cuantifican sus mediciones.

Sin embargo, siempre es importante dar cuenta de los datos cuantitativos que se tienen al alcance y que describen el fortalecimiento del sector privado de servicios médicos. Así, considerando el periodo que va de 1991 a 2001 se ha dicho que

En cuanto a los componentes público y privado del gasto en salud, se observa un mayor crecimiento de este último con una tasa de expansión anual promedio de 8,3%, en contraste con el 5,1% del sector público⁴² (OPS-MS, 2003: 11).

A pesar de eso, el sector público sigue teniendo la mayor composición del gasto con un 71% para el 2001⁴³ mientras que la del privado, para ese mismo año, fue de 29%. Queda claro que el sector privado (a excepción de los hogares) aporta poco a la financiación del sector público, no así viceversa. Es decir, el sector público, apoyado por las políticas de descentralización de los servicios de salud propuestas por el proceso de Reforma del Sector Salud, ha financiado mucha de la participación privada fortaleciendo sus funciones administrativa y de gestión de servicios médicos que se dan en áreas de salud, clínicas, EBAIS y alquiler de equipo especializado de alta tecnología (OPS-MS, 2003: 16).

Lo anterior se ha venido poniendo en práctica por medio de la firma de los compromisos de gestión con todo tipo de proveedor de salud, es decir, tanto los proveedores

⁴⁰ El gasto al que hacen referencia consiste al total de cada sector, por ejemplo, el del sector privado no se refiere sólo al que se cuantifica para los hogares sino, también, tomando en cuenta la composición total de cada sector. Recordar que el sector público de salud se compone institucionalmente por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Instituto Nacional de Seguros (riesgos del trabajo) y la Universidad de Costa Rica (formación y capacitación.)

⁴³ Es importante aclarar que los montos correspondientes a este año son sobre la actividad de los hospitales privados y la industria farmacéutica que maneja el BCCR, el módulo de utilización de servicios de salud de la EHPM 2001 y los montos contabilizados por las líneas de seguros médicos del INS. (OPS-MS, 2003: 16)

externos (por ejemplo cooperativas) como los internos (órganos de la CCSS como áreas de salud y hospitales), deben firmar un compromiso de gestión con la CCSS por medio de la Dirección de Compras de Servicios de Salud. Estas firmas se amparan en el marco de la desconcentración institucional, la cual surge a razón de la Ley N° 7852 Ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobada en 1998. Como se afirma en el reglamento general de la ley

La desconcentración en la Caja podrá incluir el reconocimiento de personalidad jurídica instrumental al órgano desconcentrado. La desconcentración deberá ser acordada por la Junta Directiva de forma específica para cada órgano, y se formalizará mediante la suscripción de un Compromiso de Gestión, o de Addendum al mismo, en el que se establecerán las condiciones individuales que regularán, respecto de la desconcentración que se opere...

De acuerdo a lo que se conoce desde el sector salud como proceso de modernización, es que a partir del año 2000 hay una cobertura nacional de compromisos de gestión y su firma se ha convertido en un requisito legal. Así, la desconcentración está ligada al proceso de modernización que se aplica desde la propuesta del Proyecto de Reforma del Sector Salud.

En el cuadro 4, se pueden ver cuántos y con quiénes tiene la CCSS firmados compromisos de gestión al día de hoy. Es preciso aclarar que la CCSS no tiene firmado un compromiso de gestión con el INS, específicamente con el complejo INS-Salud que se encarga de cubrir los seguros por riesgos del trabajo por medio de contratación a proveedores privados. Según se consultó a la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS⁴⁴, con el INS⁴⁵ hay un trato aparte y no existe firma de compromiso de gestión alguno, a

⁴⁴ La consulta fue realizada por medio de correspondencia vía fax y la respuesta fue presentada por medio de correo electrónico oficial de la Dirección de Compras de Servicios de Salud, Gerencia Administrativa, CCSS el 26 de agosto, 2008. Agradezco al director de la dirección Hugo Chacón Ramírez y a Eva Monge Obando por su anuente atención y disposición.

⁴⁵ El INS no forma parte de la firma de compromisos de gestión, sin embargo es necesario tomar en cuenta el papel del INS como financiador del sector privado según su función como proveedor de servicios médicos, ya que, tomando en cuenta lo que la CCSS transfiere al sector privado “Asimismo, el Instituto Nacional de Seguros, que tiene a cargo la gestión del seguro de riesgos del trabajo y el seguro obligatorio de automóviles, compra mayoritariamente servicios privados para satisfacer la demanda de sus asegurados.” (OPS-MS, 2003: 16)

diferencia de los 134 que tiene firmados a la fecha con 103 áreas de salud, 29 hospitales, uno con la Clínica Oftalmológica y otro con el Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos.

Cuadro 4. Costa Rica: compromisos de gestión firmados entre la CCSS y proveedores externos a agosto. 2008

Proveedor externo	Áreas cubiertas
Universidad de Costa Rica	Área de salud de Curridabat
	Área de salud de San Juan-San Diego
	Área de salud Montes de Oca
ASEMECO	Área de salud de Escazú
	Área de salud de León XIII-La Carpio
Coopesalud	Área de salud de San Rafael-San Miguel
	Área de salud de Pavas
Coopesaín	Área de salud de Tibás
	Área de salud San Sebastián-Paso Ancho
Coopesana	Área de salud de Santa Ana
	Área de salud San Francisco-San Antonio
Coopesiba	Área de salud de Barva, Heredia
	Área de salud de San Pablo, Heredia

Fuente: Dirección de Compras de Servicios de Salud, Gerencia Administrativa, CCSS. Información proporcionada específicamente para esta investigación. 2008

Las firmas de estos compromisos suponen responsabilidad del sector privado en cuanto a calidad de la atención estipulada por la CCSS como institución atenta a que se cumplan los objetivos sobre “producción de la salud” en cada una de las áreas de salud. A su vez, son la forma más clara en que el sector privado participa, concretamente, en calidad de gestión y administración de servicios públicos del sector salud.

Es importante aclarar que la firma de estos compromisos también es obligatoria para el sector público, ya que es parte de las nuevas prácticas propuestas por la reforma de gestión de los servicios de salud como forma para medir la producción en salud, la productividad. Se ha propuesto como una herramienta que permite dar cuenta de la calidad de los servicios según parámetros de eficiencia, o en otras palabras, de reducción de costos.

Lo anterior permite sostener una de las ideas principales de esta investigación: los vínculos entre el sector público y privado de servicios médicos. La firma de estos compromisos conforman los vínculos a un nivel estructural, estos vínculos no quedan a ese nivel macro sino que también se reflejan en las prácticas concretas de las personas que, a pesar del seguro social y de una amplia cobertura por parte del sector público, usan servicios médicos privados; las relaciones estructurales afectan las prácticas concretas del día a día y también estas a las primeras.

Los compromisos de gestión son un ejemplo empírico de cómo los fondos públicos son trasladados al sector privado para que este sólo gestione, administre y le sea menos costoso la acumulación de capital por medio de la provisión de servicios médicos. Además, como se señaló antes, los compromisos han transformado las relaciones laborales, la forma cómo se proveen los servicios de salud, la forma de asignación de recursos financieros y por consiguiente, las relaciones entre la CCSS como institución pública y las personas que tienen seguro social en cualquiera de sus modalidades.

Para el año 2001

El 60% de las compras de la CCSS a proveedores privados son por concepto de atención integral de salud contratada a cuatro Cooperativas Autogestionarias de Salud...el restante 40% del gasto se destina a consultas y cirugías oftalmológicas, exámenes de diagnóstico especializado y tratamiento de alta tecnología contra el cáncer en centros de radioterapia. (OPS-MS, 2003: 21)

Esta ha sido una manera en que el sector público, por medio de la CCSS (Dirección de Compras), ha sostenido financieramente al sector privado como proveedor y le ha permitido captar áreas “débiles” del sector público; complejizándose las relaciones de poder, tanto político como económico, que se constituyen entre ambos sectores.

En síntesis, con respecto al proceso de consolidación del sector privado de servicios médicos, se reconoce que se da una clara importancia económica asignada a los hogares y al

sector público desde el punto de vista financiero, o según la jerga de la visión económica, como agentes económicos financieros del sector privado de servicios médicos.

Según el análisis del financiamiento del sistema nacional de salud se afirma que

El análisis desarrollado desde la perspectiva de las fuentes de financiamiento, indica que los hogares proporcionan la mitad de los recursos para financiar las atenciones de salud en el país, ya sea por medio de las contribuciones a la seguridad social, o bien, a través de pagos directos a proveedores privados. (OPS-MS, 2003: 24)

El porcentaje de financiamiento por parte de los hogares corresponde a 50,3%, por eso la importancia de tomar en cuenta, para esta investigación, a los hogares y la dimensión subjetiva en tanto un espacio que se relaciona con las decisiones estructurales.

En relación con lo mencionado, también se puede apuntar que el mercado costarricense de servicios médicos privados se concentra en el área de odontología y consulta en servicios de consulta especializada; sin embargo, se puede concluir que este mercado está muy diversificado debido a los diferentes tipos de servicios que se pueden dar en este sector y a la creciente especialización de las enfermedades, es decir, si antes se podía hacer una sola consulta, ahora se presenta como necesario hacer múltiples, con varios y varias especialistas, por lo que, si se fragmenta el cuerpo (los cuerpos), de la misma manera se fragmentan los mercados de servicios médicos.

Los argumentos anteriores no pretenden aferrarse a la idea de un control absoluto del sector privado en cuanto a la provisión y financiación del sistema nacional de salud, pero sí de su paulatina participación y de la clara relación que se configura entre ambos sectores, a saber, el público y el privado.

2.4. Conclusiones generales: sistematización de puntos relevantes.

- El tema de la medición del llamado gasto en salud es muy complejo, su medición sólo toma en cuenta la dimensión cuantitativa y los rubros de medición se reducen a servicios médicos.
- Asimismo, es importante que se haga un mayor esfuerzo en precisar lo que se entiende por gasto en salud y hacer mediciones que se distancien de una visión particularmente financiera que se asigna a los hogares. Ya que esto no permite dar relevancia a las implicaciones que tiene para los hogares el uso de servicios médicos privados.
- Los hogares se conciben como la principal fuente de financiamiento de los servicios médicos privados, son vulnerables al mercado de servicios médicos porque se considera que la demanda de servicios de salud es inelástica⁴⁶ como si el acceso a servicios médicos fuera un bien condicionado por la oferta y la demanda, alejándose mucho de la perspectiva de derecho.
- Por otra parte, los hogares (compuestos por personas concretas) no están aislados de un contexto y estructura política y económica que afecta, en el sentido de que se relaciona, con las prácticas concretas de las personas. De esta manera, los hogares como agentes de decisión, no eligen aislándose del contexto en el cual se ubican sus prácticas.
- Hay múltiples funciones del sector privado, a saber: los hogares financian la provisión, es decir, el sector privado financia por un lado con los hogares y provee, por otro lado, con los profesionales médicos. Estos últimos pueden estar constituidos en sus propios consultorios individuales, o agrupados en grandes clínicas y hospitales.

⁴⁶ Para conocer esta situación del mercado de servicios médicos. Ver “Hasta el sector salud se contagió. Servicios médicos privados carecen de inmunidad ante la contracción económica”. El Financiero. Sección Negocios, edición 711. Se afirma que “A pesar de que la salud es un gasto considerado como prioritario, quienes están en el sector reconocen que los costarricenses tienen varias opciones para seguir recibiendo atención médica pero a un costo menor.” Esas opciones a menor costo son las posibilidades de acceso a los servicios de la CCSS y luego se tendrá que investigar cómo afectan las crisis cíclicas de los sistemas capitalistas a los servicios médicos públicos.

- El sector público de servicios médicos sigue siendo más protagónico que el privado, sin embargo, los vínculos se han extendido a labores de gestión y administración por parte del sector privado al cual financia, en este caso, la CCSS.

En el siguiente capítulo, se presentan los resultados obtenidos a partir de las nueve entrevistas a profundidad que se aplicaron a nueve hogares diferentes. El capítulo se divide en tres categorías de análisis que fueron definidas en relación a los dos capítulos anteriores y así, ir estableciendo interpretaciones coherentes con la discusión teórica propuesta y el análisis de contexto que da sostén a muchos de los testimonios que a continuación de exponen.

Antes de exponer el análisis interpretativo a partir de los testimonios, se muestran los resultados generales obtenidos por medio de la aplicación del cuestionario, instrumento que permitió seleccionar a las personas que serían entrevistadas después de haber aplicado 30; ya para esa cantidad las respuestas al cuestionario eran repetitivas y no fue necesario aplicar a más personas.

Capítulo IV. *Relatos de experiencias como datos: resultados y análisis interpretativo*

Pero en el trabajo científico, el criterio de valor de los resultados de la investigación, sea en el plano empírico, en el teórico o en ambos a un tiempo, estriba en el progreso que esos resultados de la investigación representen, medidos en relación con el fondo social, pero sobre todo científico, de conocimientos. (Elias, 1982: 62)

1. Resultados a partir de los cuestionarios aplicados

1.1. Caracterización de los hogares que usan servicios médicos privados de ASEMBIS y el HCSM.

Se presenta la caracterización obtenida a partir de los 55 cuestionarios aplicados a las personas que usan los servicios médicos de ASEMBIS y del HCSM. La caracterización se hizo de acuerdo a las tres categorías que componen el cuestionario, a saber, datos personales de la persona a quien se le aplicó el cuestionario, datos generales del hogar y uso de servicios médicos privados.

1.1.1. Datos personales: características sociodemográficas.

De los 55 cuestionarios aplicados, se escogieron 9 hogares para aplicar la entrevista a profundidad, de acuerdo a los criterios definidos que ya se presentaron en el capítulo I. La mayoría de las personas, 29 en total, se encuentran dentro del rango de edad de 41 a 60 años.

Se aplicaron 34 cuestionarios a mujeres y 21 a hombres, todas las personas tienen algún grado de nivel educativo y lo más importante, 17 de ellas tienen grado universitario completo. En el caso de ASEMBIS son 6 las personas que tienen ese grado universitario y anula el supuesto de que en ASEMBIS se encontrarían principalmente personas de bajos recursos y bajo nivel educativo; si bien van muchas personas de bajos recursos no sólo estas utilizan los servicios médicos de ASEMBIS.

Cuadro 5. Caracterización de las personas a quienes se aplicó el cuestionario según edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia y condición de aseguramiento. 2009

Características generales	HCSM	ASEMBIS
Edades		
20-40	10	10
41-60	11	18
61-80	4	2
Total	25	30
Sexo		
Femenino	17	17
Masculino	8	13
Total	25	30
Nivel Educativo		
Ninguno	1	0
Primaria Incompleta	0	3
Primaria Completa	3	3
Secundaria Incompleta	6	6
Secundaria Completa	3	4
Técnico	0	4*
Universitaria Incompleta	1	4
Universitaria Completa	11	6
Total	25	30
Lugar de residencia		
Valle Central	20	29
Fuera del Valle Central	5	1
Total	25	30
Afiliación al Seguro Social		
Sí	20	25
No	5	5
Total	25	30
Tipo de aseguramiento		
Ninguno	4	5
Directo	12	12
Familiar	2	9
Voluntario	6	3
Privado	1	1
Total	25	30

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo. *Se incluyó una persona con diplomado

Por otra parte, la mayoría residen en el Valle Central y las 5 personas que vienen fuera de esta zona han ido al HCSM, por ejemplo, una persona venía de Esparza de Puntarenas, otra de Puerto Viejo de Sarapiquí, otra de Nicoya, Guanacaste y por último una que reside en Guápiles, Limón. Para el caso de ASEMBIS, cabe recordar que esta asociación tiene otras sucursales fuera del Valle Central.

Con respecto a la condición de aseguramiento, la mayoría son personas que están aseguradas: 24 con seguro directo, 11 asegurados familiares, 9 con seguro voluntario, 2 personas con seguro privado y 9 con ningún tipo de seguro.

En relación con las ocupaciones, se decidió no incluirlas en el cuadro 5 debido a que son muy diversas, por ejemplo, desde personas pensionadas, un asesor parlamentario hasta una señora vendedora ambulante, varias amas de casa y educadores (as), ingenieros, una abogada y varias como dependientes de negocios.

1.1.2. Datos generales de los hogares.

Con respecto a los datos generales de los hogares, los de mayor importancia son tamaño del hogar, cuántas personas del hogar usan servicios médicos privados, si usan servicios médicos privados de otro centro que no fuera ASEMBIS u HCSM y si usan los servicios médicos de la CCSS.

De los 55 cuestionarios aplicados, 10 muestran que esa cantidad de hogares no usan servicios médicos privados a parte de los que usan en ASEMBIS o el HCSM. Quienes dijeron sí usar servicios médicos privados de otro lugar, 14 lo hacen en consulta general, 11 en el uso de servicios odontológicos, 8 en radiología (que va desde rayos X hasta exámenes de tomografía axial craneal, conocidos como TAC) y 9 en exámenes de laboratorio; estos como los más representativos.

Cuadro 6. Caracterización de los hogares según uso de servicios médicos privados en otros centros privados y uso de servicios médicos públicos. 2009

Servicios médicos privados y servicios médicos públicos	HCSM	ASEMBIS
Servicios médicos privados más utilizados por los hogares en otros centros privados		
Ninguno	1	9
Odontología	6	5
Radiología	4	4
Exámenes laboratorio	6	3
Gastroenterología	3	2
Oftalmología	3	3
Medicina General	4	10
Neumología	2	2
Ginecología	3	0
Servicios médicos públicos más utilizados por los hogares		
Ninguno	5	5
Odontología	1	1
Radiología	0	0
Exámenes laboratorio	2	2
Gastroenterología	1	1
Oftalmología	1	1
Medicina General	8	8
Neumología	2	2
Ginecología	1	1

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

El dato de los 14 hogares que hacen consulta general en otro lugar es muy importante, porque como se mostrará en el análisis de los relatos, por medio de este tipo de consulta se evaden las consultas en los EBAIS (que funcionan como filtro para enviar referencias a hospitales).

Sin embargo, 16 personas dicen que los servicios que más usan de la CCSS es medicina general (refiriéndose específicamente al uso de los EBAIS), 10 dicen no usar ningún servicio de la CCSS. El resto de los servicios que dicen usar, tanto en el sector privado como

en la CCSS, son particulares de cada hogar, de ahí la especificidad como neumología, por ejemplo.

Además, como se observa, servicios que implican exámenes para resultados (radiología o laboratorio) son poco usados en el sector público. Según las entrevistas a profundidad, esto es porque es más fácil y rápido “ir afuera” que esperar por una cita para este tipo de exámenes, ya que muchas veces las citas de los exámenes están después de la cita con el o la especialista.

Este es uno de los argumentos principales y relevantes que se obtuvieron con el trabajo de entrevistas y se han denominado como las contradicciones internas en la gestión para la asignación de citas.

En relación con el tamaño del hogar, llama la atención que 12 hogares se componen por 6 ó más miembros, 13 hogares también se componen sólo por 4 miembros, 10 hogares de 3 miembros y 3 hogares con un solo miembro. Para el caso de ASEMBIS, todos los hogares se componen por personas que son familia entre sí, es decir, del mismo núcleo; para el caso del HCSM no es así porque hay 2 hogares en que los miembros no son familia biológica.

Los hogares se componen, en su mayoría, por personas mayores de edad, en 24 hogares no hay personas menores de edad, apenas en 12 hogares hay, al menos, una o dos personas menores de edad, sólo en 5 hay al menos 3 y en dos hogares, por lo menos, 4 ó más personas menores de edad. En 4 hogares hay, al menos, una persona mayor de edad, en 23 hogares al menos 2 personas mayores de edad y en 28 hogares hay, por lo menos, 3, 4 ó más personas mayores de edad.

Con respecto al uso que hacen de ASEMBIS y el HCSM, sólo en un hogar todas las personas usan los servicios del HCSM, mientras que en el caso de ASEMBIS, son 6 hogares en los cuales todos los miembros usan los servicios de ese centro médico.

De 19 hogares, al menos una persona, usa los servicios del HCSM y de ASEMBIS es de 13 hogares, una persona. Sólo de un hogar, por lo menos, dos personas usan los servicios del HCSM, por su parte, de 10 hogares, al menos, 2 personas usan los servicios de ASEMBIS.

La clasificación de no aplica para el caso de ASEMBIS es porque a la persona que se le aplicó el cuestionario traía al suegro y no vive en el mismo hogar. En el caso del HCSM, es porque a cuatro personas a las cuales se les aplicó el cuestionario estaban como acompañantes y las personas que estaban recibiendo el servicio no viven con ellos.

Cuadro 7. Caracterización de los hogares según tamaño del hogar, personas mayores y menores de edad, personas que usan servicios médicos privados y personas con trabajo remunerado. 2009

Características generales	HCSM	ASEMBIS
Tamaño del hogar	Número de hogares	
1	2	1
2	5	4
3	4	6
4	5	8
5	5	3
6 ó +	4	8
Total	25	30
Número de menores	Número de hogares	
0	10	14
1	6	6
2	5	7
3	3	2
4 ó +	1	1
Total	25	30
Número de mayores	Número de hogares	
1	2	2
2	13	10
3	6	7
4 ó +	4	11
Total	25	30
Número de personas del hogar que usan el servicio	Número de hogares	
Todos	1	6
1	19	13
2	1	10
NA	4	1
Total	25	30
Número de personas con trabajo remunerado	Número de hogares	
1	12*	14
2	8	11**
3	3	3
4 ó +	1	2
NA	1	0
Total	25	30

* Dos de las Personas son pensionadas; ** Una persona es pensionada.

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Por último, en cuanto a cantidad de personas en el hogar con trabajo remunerado se obtuvo que en 26 hogares al menos una persona tiene ingresos (incluye una mujer que se dedica a vender de forma ambulante, sin ingresos fijos ni seguridad de algún tipo.). En 19 hogares por lo menos 2 reciben ingresos, en 6 hogares 3 personas y en 3 hogares, al menos, 4 ó más personas reciben ingresos. El que no aplica, para el caso del HCSM, corresponde a la persona que no respondió a este ítem.

1.1.3 Uso de servicios médicos privados.

En esta parte del cuestionario lo que se quería era recabar información sobre hace cuánto usan los servicios médicos de ASEMBIS o del HCSM, la frecuencia con que usan los servicios y si usan los servicios del EBAIS de la comunidad donde viven. Esta última pregunta se hizo con el fin de conocer si usan los servicios del primer nivel de atención, que al fin de cuentas, son la puerta de entrada a los servicios de especialidades médicas en los hospitales públicos, además, es el momento clave para entender los vínculos entre servicios médicos públicos y privados.

De las 55 personas, 8 dijeron que estaban usando los servicios de ASEMBIS por primera vez, mientras que 12 dijeron que era la primera vez que iban al HCSM (la mayoría de estos casos era porque sólo se iban a realizar una mamografía o una gastroscopia). Una persona, tanto de ASEMBIS como del HCSM, dijo que tenía 6 ó menos de 6 meses de usar los servicios de esos centros médicos.

Solo 6 personas, 2 del HCSM y 4 de ASEMBIS, dijeron que tenían al menos un año de estar usando los servicios de alguno de estos lugares. La misma cantidad dijo, 3 de cada centro médico, que tenía al menos 2 años de usarlos y 14 personas de ASEMBIS, dijeron que los usan desde hace 3 ó más años, mientras que sólo 3 personas dijeron que usan los servicios del HCSM desde hace 3 ó más años.

Los 4 casos que no aplican para el HCSM, es porque eran personas que acompañaban (a amiga, a mamá, a tío y a amigo) a otras, por lo tanto, no usan los servicios del HCSM; se les aplicó el cuestionario pero para las preguntas referentes al uso de los servicios médicos del HCSM se marcó un no aplica.

Cuadro 8. Uso de servicios médicos realizados en el HCSM y ASEMBIS según persona que se le aplicó el cuestionario. 2009

Sobre uso de servicios médicos	HCSM	ASEMBIS
Tiempo de usar los servicios		
1 vez/sólo una vez	12	8
Menos 6 meses	1	1
1 año	2	4
2 años	3	3
3 ó + años	3	14
NA	4	0
Frecuencia en el uso de los servicios		
1 vez al año	2	6
2 veces al año	2	4
Más de 3 veces al año	3	11
NA	18	9
Uso de EBAIS o Clínica de la Zona		
Sí	9	23
No	10	7
Poco	1	0
NA	5	0

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Por su parte, 6 personas de ASEMBIS dijeron que los usan al menos una vez al año, 4 que los usan dos veces al año y 11 que los usan más de tres veces al año. Como dijeron las mismas personas, eso depende del tratamiento que estén usando ahí y la cantidad de citas que demanden. Los 9 casos que no aplican corresponde a las 8 personas que dijeron que los usaban por primera vez y a la que dijo que tenía menos de 6 meses de usar los servicios médicos de ASEMBIS.

Con respecto a la frecuencia en el caso del HCSM, 2 dijeron que los usaban al menos una vez al año, 2 que al menos 2 veces al año y tres que más de tres veces al año. Hay 18 casos en los que no aplica porque, primero, hay que tomar en cuenta los 12 que dijeron que era la primera vez que usaban los servicios, segundo, los 4 que iban como acompañantes, después 2 que dijeron haberlos usado sólo una vez (en el caso de dos de las entrevistas que se obtuvieron por medio de contactos vía correo electrónico).

Con respecto al uso de los EBAIS, 32 personas dijeron sí usarlos y 17 que no los usan. Las personas que dijeron sí usarlos, lo hacen para controles generales, control de diabetes e hipertensión y control de niño sano. Así que depende más de las condiciones de “enfermedad” o “salud” que se experimenten en cada hogar y por cada miembro del hogar, la mayoría dijo que cuando se trataba de algo que se consideraba de emergencia nunca iban al EBAIS.

A partir de los datos arrojados por estas tres categorías se escogieron los 9 hogares que se exponen en la tabla 4. Los 9 hogares escogidos accedieron para la entrevista y esta se realizó a la misma persona a la cual se le aplicó el cuestionario (que era jefe de hogar o cónyuge de este) o al cónyuge, como ocurrió en dos casos. Sólo un caso que cumplía con los requisitos de entrevista no aceptó debido a dificultades con el tiempo.

La principal diferencia entre ASEMBIS y el HCSM es que los hogares que usan los servicios en ASEMBIS hacen un uso más regular de los servicios médicos que ahí se ofrecen, en cambio, en el HCSM los hogares los usan muy esporádicamente, sólo para exámenes específicos y en casos de emergencia (3 casos de las entrevistas).

En el siguiente recuadro se muestra una noticia sobre ofertas en exámenes de mamografía que estaba dando este hospital, muchas personas lo usan para ese tipo de exámenes especializados y evitarse las listas de espera en los centros públicos, en este caso, la noticia precisamente se refiere al HCSM.

Por eso es, además, que las personas no van a un único centro de servicios médicos privados, ya que depende de los precios y servicios que se ofrezcan así como de lo que ellas consideran que necesitan. De ahí que, tanto ASEMBIS como el HCSM, sólo permitieron pasar por la puerta de entrada al uso de servicios médicos privados, ya que se encontró, debido a la aplicación de los cuestionarios, que las personas pasan de un centro a otro, siendo los servicios de ASEMBIS los que se usan con mayor regularidad.

Además, con los cuestionarios fue posible notar los vínculos que hacen las personas entre servicios médicos públicos y privados, lo cual permitió notar esa relación imbricada, donde en la práctica se superponen ambos sectores. Asimismo, dieron pistas de las estrategias que tienen las personas para pasar de un sector a otro, por qué lo usan, es decir, cuáles son sus razones y qué significan estas razones para las personas y sus hogares.

De esta manera, el cuestionario fue un instrumento de selección y de acercamiento a elementos generales que podrían ser profundizados por medio de las entrevistas en profundidad.

Seguidamente, se de paso a la etapa de interpretación y análisis a partir del material recopilado por las entrevistas.

Recuadro 12. Listas de espera y adecuación de los precios a exámenes especializados en centros médicos privados.

Listas de espera empujan a visitar centros privados

Han ampliado la gama de servicios que ofrecen a los usuarios de clase media

Yensy Aguilar Arroyo. 26 de mayo, 2008

yaguilar@aldia.co.cr

Gloria Pérez se realizó una mamografía en el Hospital Santa María, el jueves anterior. Es la segunda vez que esta paciente de 52 años se hace un chequeo en ese centro médico.

“Vivo en Carrizal de Puntarenas y allá no hay un lugar donde uno se pueda realizar este tipo de exámenes. Además, para hacerla en el Hospital Monseñor Sanabria hay una lista de espera enorme”, manifestó.

El chequeo le costó ₡15.000, un precio que la puntarenense considera cómodo. “Una amiga me recomendó el hospital, porque además del precio, que es cómodo, es seguro”.

Disponibles

En la actualidad los chequeos médicos en hospitales privados ya no se limitan a usuarios de clase alta. Muchos afiliados a la Caja Costarricense de Seguro Social se practican electrocardiogramas, mamografías, papanicolaus, audiometrías, pruebas de laboratorio y asisten a la consulta médica general pagando de contado.

Además, algunos sitios brindan financiamiento y planes de pago para cirugías con un costo alto. Por ejemplo, el Hospital Jerusalem ofrece financiamiento a través de GE Money y el Hospital Clínica Bíblica a través de Inversalud, un programa de ahorro y crédito.

Alberto Laínez, director médico del Hospital Jerusalem, manifestó que el principal propósito es crear un vínculo de seguridad y confianza con el paciente.

“El hospital realiza un proceso de relanzamiento desde el año anterior y actualmente cuenta con un prestigioso equipo de médicos y profesionales de salud, además se inauguraron la Clínica de la Mujer y la Clínica del Síndrome Metabólico”, explicó.

Por su parte, José Madriz, encargado de Mercadeo del Hospital Santa María manifestó que desde la apertura de hospital –hace dos años– la finalidad ha sido ofrecer servicios de calidad a precios accesibles.

“Tenemos convenios con cooperativas para que sus afiliados usen nuestros servicios y así los puedan financiar y aprovechen los descuentos”, afirmó.

Fuente: http://www.aldia.cr/ad_ee/2008/mayo/26/nacionales1548830.html Tomada el 06 de enero, 2009 a las 23:45

2. Categorías de análisis: proceso de sistematización y análisis.

Las tres categorías de análisis se han definido de acuerdo al marco teórico, de esta manera, los relatos se presentarán así: primero, los relatos sobre los elementos estructurales que las mismas personas mencionaban en sus respuestas, reflejando la complejidad de los temas a tratar y la explicación que ellas mismas se dan sobre “la necesidad” de usar servicios médicos privados a pesar de que se garantice el acceso universal a los servicios de La Caja. Asimismo, los significados están insertos dentro de las estrategias (analizadas como proceso de ruta crítica), las cuales están condicionadas por los elementos estructurales relatados y contextualizados.

Segundo, relatos sobre las estrategias en relación al *habitus* en el campo de la salud, que en este caso se restringe a los servicios médicos y tercero, relatos sobre los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.

Las dos primeras categorías se vinculan más a la dimensión estructural-institucional, mientras la tercera más a la dimensión simbólica. Sin embargo, el análisis desde los significados es parte de la coherencia que relaciona cada categoría entre sí.

2.1 Relatos sobre elementos estructurales

2.1.1 Imbricación estructural: doble rol.

Ya los médicos de la Caja lo que quieren es que también uno se vaya para los consultorios de ellos...

Cuando se decreta en 1941 una institucionalidad pública⁴⁷, la CCSS, encargada de la provisión de servicios médicos, el sector médico privado existente se opuso ya que sus ingresos provenían de las atenciones que daban en sus consultorios privados, es decir, su práctica médica se vería intervenida por el Estado porque la salud ya no sería una cuestión privada sino pública y por lo tanto, según Alvarez-Larrauri, política. Como cuenta Guido Miranda, en una de sus muchas exposiciones, que hasta Calderón Guardia, siendo presidente, daba sus citas médicas en su consultorio privado (Clase Magistral, Maestría Centroamericana en Sociología, Universidad de Costa Rica, noviembre, 2008).

“Ya los médicos de la Caja lo que quieren es que también uno se vaya para los consultorios de ellos, diay... porque le dan tarjeta a uno, a mí me han dado tarjeta.

Entrevistadora: ¿en las citas de La Caja?

“Sí. Los neurólogos, los ortopedistas (risas) o psiquiatras, ellos le dicen a uno: “cualquier cosa sino, le doy mi tarjeta”. Hasta la pediatra cuando llevé a mi nieta que estaba pequeña, me dice: “es que aquí es muy difícil por el tiempo que uno tiene que darle a un paciente, en cambio allá en el consultorio mío que esto y que lo otro” y es cierto está uno pagando pero... hasta eso.” Isabel

Lo anterior muestra que los vínculos complejos entre intereses del sector médico privado y una institucionalidad pública responsable de la provisión de servicios médicos es un elemento histórico permanente y no un acontecimiento aislado. Y que, además, permite pasar

⁴⁷ Vale recordar, que historiadores de la Escuela de Historia de la Universidad de Costa Rica como Ana María Botey, Juan José Marín y Ana Paulina Malavassi, han investigado sobre la historia de la medicina en Costa Rica, los grupos de poder alrededor de la práctica médica, la institucionalización de la práctica médica y sobre la desmitificación de que el sistema de salud en Costa Rica surge en la década de 1940.

de interpretaciones estructurales a unas de carácter vivencial, es decir, la imbricación estructural experimentada y practicada concretamente por las personas entrevistadas.

Por ejemplo, Isabel continúa diciendo que, en relación a los vínculos estructurales entre servicios médicos privados y públicos, se ha convertido en una competencia y hasta en una manipulación, dominación y manifestación de poder simbólico. Por ejemplo, como esta frase, que dentro del campo, es común escuchar por parte de las y los profesionales médicos:

“es que yo la puedo atender”- dice el médico- “pero el tiempo y la dedicación que yo le voy a dar no es lo mismo que aquí”

“Diay como una competencia porque pienso yo que diay ahí en la Caja también eso, eso diay por, por promover el negocio de ellos, por ganar, porque ese señor (se refiere a un médico ortopedista de un hospital privado) sí gana ahí, vieras la de pacientes que ve y no dura ni cinco minutos son 30 mil colones y a todos los manda al hospital. Que por cierto quedamos... yo hasta que me quedé, digo yo juepuña... pero diay... a nosotras (se refiere a ella y las compañeras de trabajo mientras trabajó como secretaria en ese hospital privado) nos veían ellos cualquier consulta o algo y nos daban consulta y nos mandaban a hacer exámenes y todo pero... “después me los traen”, decían y uno ahí porque era uno verdad y no nos cobraban nada pero... eso lo hacen también con los pacientes.

Ya si es algo así como de muy urgente, algo muy rápido pues los ven ahí, los mandan (a la Caja) y después lo vuelve a... “mejor vaya a mi oficina porque eso lo suyo no puede esperar y tal y tal cosa”- dicen ellos- entonces ahí sigue pero por lo general a ellos no les sirve tampoco porque yo estuve, trabajé con un endocrinólogo y él a nadie... la gente llegaba y le decía: “doctor pero es que vieras yo no puedo pagarle, yo tengo seguro y usted trabaja en el Hospital México, por qué usted no me atiende ahí” y él dice: “es que yo la puedo atender”- dice- “pero el tiempo y la dedicación que yo le voy a dar no es lo mismo que aquí”, Isabel

La complejidad conceptual, intrínseca a lo que es público y lo que es privado se refiere, como lo indica Rabotnikof, a la pluralidad de sentidos. Entonces, lo público y lo privado queda separado según discursos estructurados institucionalmente pero imbricados en la experiencia concreta de las personas a partir de imbricaciones establecidas, particularmente, por el doble rol del profesional médico que funge, según Selva Sutter, como parásito de la infraestructura pública.

Es una imbricación que el mismo sistema facilita a los profesionales médicos, que los mismos procesos de privatización y debilitamiento del sector público han provocado. De esta

forma, el negocio de la medicalización es “seguir teniendo pacientes”, como lo expresa el médico en el testimonio anterior.

Desde el punto de vista empírico, el sector público se entiende como “La Caja”, mientras que el sector privado como “lo de afuera”, “particular”. Esto quiero decir que hay que “salir” para volver a “entrar”, es necesario salir hacia el sector privado, pagar directamente y así entrar a los servicios de especialidades médicas de La Caja.

Una de las personas entrevistadas afirma que, cuando este juego de salida y entrada se consolida lo suficiente como para que médicos que tienen muchos años de trabajar en La Caja se establezcan en sus propios consultorios, es que se fortalece la profesión médica como negocio.

...un médico que ya hizo su buena clientela que le va a interesar ir a atender unos viejos en el seguro social...

“Diay porque le deja más, un médico que ya hizo su buena clientela que le va a interesar ir a atender unos viejos en el seguro social. Cuando llega abre el consultorio: no tiene que levantarse temprano, abre el consultorio a las nueve de la mañana y con lo que hace sólo en la mañana se ganó todo el día que hace en el seguro y sigue trabajando hasta la noche. Un médico cuánto cobra ahora, veinte, veinticinco mil colones, treinta mil nos han cobrado a nosotros, ¿em?, dependiendo de la especialidad. Entonces ya es un médico que ya tiene su clientela, que ya tiene todo eso y simplemente diay se va. Diay vea usted el problema que tiene la Caja con anestesistas, verdad, y qué: todos están trabajando en privados, cuánto le cobran a usted por un anestesista... entonces en la Caja qué es lo que quedan: médicos recién graduados que no conocen mucho, ¿em?, entonces usted llega a la consulta externa, muchas veces son médicos jovencillos, son médicos jóvenes que creo que saben más las abuelas de uno que ellos, verdad, y no es porque diay, la experiencia manda mucho en eso, la experiencia, en todos los campos, en todos, todos los campos manda mucho la experiencia, entonces diay; ya esos médicos se van, diay les deja más, para ellos es más ganancia eso monetariamente.” Diego

Desde las mismas explicaciones que dan las personas sobre los procesos de vinculación público-privado que han propiciado la privatización, es posible afirmar que La Caja se ha convertido en el medio más rentable para atraer a “clientes insatisfechos”, el *slogan* retumba

en las personas entrevistadas: “si vas a mi consultorio, la atención será mejor, te puedo dedicar más tiempo”, cuenta Isabel en su relato.

Esta situación de doble rol ejemplifica claramente la imbricación entre ambos sectores, un profesional en medicina usa la institucionalidad pública para atraer personas a la consulta privada, aceptando ahistóricamente, la inevitable saturación e ineficiencia de los servicios de La Caja, tanto así que, como afirma Ana Sojo (1998),

Las agendas médicas constituyen una suerte de “mercado cautivo” en manos de los especialistas, lo cual origina barreras de acceso y largas listas de espera, aunque también hay casos de escasez efectiva de especialistas, como en oftalmología, otorrinolaringología y oncología. (Sojo, 1998: 78).

De este modo, las y los médicos controlan quién pasa primero a los servicios médicos de La Caja, ya que su doble rol hace que, por medio de las referencias médicas, se pasen a unas personas primero que a otras.

Ya el decimotercer informe del Estado de la Nación muestra esta problemática y afirma que

Si bien, como lo ha señalado la Sala Constitucional, este es un problema que lesiona el derecho de las y los ciudadanos a la salud, también debe plantearse como un cuello de botella que lesiona el principio de equidad del sistema, por cuanto los retrasos siempre colocan a los servicios en la disyuntiva de a quién atender primero, entre ciudadanos que tiene los mismos derechos. (Estado de la Nación, 2007: 90)

Sin duda es una gran disyuntiva y como se dice ahí mismo, la creación de “programas especiales” para resolver el problema (pagos de horas extra y contratación externa a servicios privados) más bien han tenido efectos “perversos”. Es decir, el problema va más allá de las listas, se relaciona con cuánta gente se siente enferma y cuánta es señalada como tal.

Las filas quedan entonces para quienes no pueden pagar, la espera que la aguanten “los pobres”, lo que debe mirarse es el trato institucional hacia esta problemática: quiénes son los que hacen las filas, quiénes hacen la doble espera (mientras unos se la saltan debido al pago directo en un consultorio privado) y cómo “desenredar” la saturación del sistema de citas.

En ese sentido, lo importante para el análisis es que, en tanto lo público y lo privado se dominen como conceptos históricos, las imbricaciones se comprenderán históricamente, condicionadas por contextos particulares que caracterizan las formas de imbricación. Para el caso de esta investigación, la imbricación en el sector salud, como condición estructural, se redefinió a partir del proyecto de reforma del sector salud, aunque ya se venía redefiniendo desde los PAE y las transformaciones generales que asumían al sector privado como medio para mejorar el sector público.

Así, la redefinición de la imbricación, pero ahora como experiencia concreta con implicaciones significativas en la vida de las personas, se refleja a través de las nueve entrevistas a profundidad aplicadas cuando es posible dar cuenta de que los servicios médicos privados se han convertido en condición para ingresar a servicios médicos públicos especializados.

Siendo así, esto podría analizarse desde el punto de vista de Laurell, como un proceso de desinstitucionalización de la seguridad social, en este caso con respecto a servicios médicos.

Dicho proceso no ha sido indistinto ni tampoco la redefinición histórica de los vínculos público- privado. No ha sido así porque las consecuencias de usar servicios médicos públicos o privados son diferentes aunque, estructuralmente, la separación sea cada vez más imprecisa. Por eso es urgente preguntarse sobre cuáles serían las consecuencias de privatizar el sistema de salud costarricense, de privatizarlo en su totalidad.

Lo que los relatos expresan es sólo una dimensión de las posibles consecuencias y se refieren a la mediación del sector privado para ingresar a servicios particulares como los de especialidades médicas. A través de los relatos sobre significados, ha sido posible afirmar que los significados atribuidos al uso de servicios médicos son diferentes según el vínculo sea con

los públicos o los privados. Entonces sí hay consecuencias distintas de usar servicios médicos públicos o privados; la separación se diluye en la experiencia concreta aunque las implicaciones sean diferentes.

Como lo indica Rabotnikof,

...la distinción público-privado no es utilitaria, ni comprende una oposición única sino una familia compleja de oposiciones, no carentes de vinculación pero tampoco mutuamente reductibles (Rabotnikof, 2000: 604).

En relación con esto, la pregunta clave de análisis es: ¿cuándo, las y los médicos, pasan de servidores públicos a trabajadores profesionales por cuenta propia dueños de sus negocios? Aquí se refleja la familia compleja de oposiciones y la condición vinculante inherente de ambos sectores.

...entonces, qué tengo que hacer: ir a una privada para el ultrasonido...

Este es parte del relato de Isabel e implica una salida obligatoria, una salida institucionalmente dirigida.

“Al menos ahora mi hijo, el menor tiene una cita con el urólogo pues me le dieron un ultrasonido hasta enero y tiene la cita ahora en agosto, entonces, qué tengo que hacer: ir a una privada para el ultrasonido.

Entrevistadora: ¿tiene la cita en La Caja en agosto, pero el ultrasonido hasta enero?

– *aha - dice ella – hasta enero. Entonces nada que ver, no tiene sentido entonces este, yo, él me dijo: “mami, hable con el doctor, dígame que me dieron esta cita tal día” y que por el trabajo él no puede estar, yo soy la que ando en las carreras con todo, eso es lo que pasa. Entonces yo le dije: “papi diay si no se puede entonces ni modo hay que ir a hacerlo afuera”, de todos modos no es la primera vez que pasa eso, ahí que le ponen a uno una cita, los exámenes, antes la cita que los exámenes o sea... A mi esposo le pasó con un TAC también, dos años esperando el TAC y la cita verdad... ya había ido como a dos citas entonces eso es lo que pasa con el seguro también.”, Isabel*

Este tipo de experiencias muestra que algunos hogares hacen una especie de “doble espera” (o doble fila, una para la cita del examen y otra la cita para la valoración del examen solicitado) porque van a citas sin lograr llevar los exámenes solicitados para ser evaluados en

esa segunda cita, por qué: porque la cita para el examen solicitado estaba después de la cita para la evaluación entonces las personas van a citas, vuelven a sacar otra y esto genera la solicitud de muchas citas por una sola persona, una cita tras otra hasta alcanzar coincidir con la cita del examen solicitado. Esto explica, en mucho, el problema estructural de las largas listas de espera y la saturación en los servicios.

Se van generando un cúmulo de citas sin sentido, es lo que sucedió con el esposo de Isabel, él espero dos años por un examen de TAC, es decir, en esos dos años fue a citas sin el resultado de este examen. No lo pagaron por fuera porque es un examen muy costoso entonces hicieron la doble espera; sin embargo, con la cita en urología del hijo sí fueron a consulta privada porque el costo del examen requerido era menor.

Se experimenta una manipulación estructural que deja, según las experiencias narradas, a las personas con poca capacidad de hacer algo. ¿Por qué si hay derecho a la salud y hay una institucionalidad pública que lo respalda, algunas personas tienen que pasar primero por una consulta privada para ingresar a los servicios que son públicos, que otorga La Caja? Por otra parte, se maneja la idea de que la gente prefiere usar los servicios médicos privados, o, que las personas siguen prefiriendo los servicios de La Caja⁴⁸.

⁴⁸ Ver noticia de El Financiero, en portada, el titular “Ticos son fieles a la CCSS”. Edición # 735.

...los mismos médicos de la Caja son los mismos médicos que te atienden particular...

“Fijese que yo me he cuestionado eso porque muchas veces los mismos médicos de la Caja son los mismos médicos que te atienden particular entonces ahí yo digo por qué si lo atienden a uno bien particular por qué no lo pueden atender pero parece que es que los limitan, según entiendo los limitan a ellos también, respecto al medicamento, respecto al tiempo que les ponen que no es igual ver eh, tres pacientes por fuera que ver cincuenta pacientes en la Caja, verdad entonces considero que ese es factor eh... sí porque cuando yo voy a citas nada más a control donde el mismo, este médico (se refiere al ginecólogo) me dura hasta hora y media, él se sienta con usted así, te hace exámenes, te cuenta, te pregunta entonces hay una relación de, como te dijera, de médico a paciente más que todo como de amistad, llegar a ser así... un médico de una clínica (de la CCSS) no, ni siquiera te vuelve a ver verdad, nada más está (y pone sus manos en señal de escribir sobre la mesa), nada más te pregunta qué tenés y sí que Dios la acompañe, cinco minutos.” Vilma

Sin embargo, muchas veces no se cae en cuenta de las contradicciones internas de la propia institucionalidad pública debido al mismo “colapso interno”, como lo relata Isabel. Colapso que, valga decir, es adrede para justificar la implementación de los compromisos de gestión, por ejemplo, que son los instrumentos evaluativos eficientistas.

Lo que se genera es como una expulsión del mismo sistema público a usar servicios médicos privados, en el caso del hogar de Isabel no fue necesariamente por preferencia, sino por obligación, porque “no hay otra salida”. Isabel termina recalcándolo de la siguiente manera y queda claro cómo la estructura se naturaliza, se da por sentada, porque “así es”.

...diay sí porque para dónde agarra uno si como que se va acostumbrando uno a eso...

“porque diay, no, no, diay a la Caja cuando o sea son las citas y exámenes todo eso uno va pero en caso de que algún malestar o una cita como en el caso del enano (se refiere al hijo que consultó en urología) que, que, está antes la cita y el examen después entonces es ahí donde uno tiene que acudir afuera...diay sí porque para dónde agarra uno si como que se va acostumbrando uno a eso, sí, sí ya se ve como normal.” Isabel

Con este relato, Isabel naturaliza la necesidad de usar servicios médicos privados para enfrentar las “ineficiencias” de La Caja. Así, los procesos de privatización se naturalizan por medio de las implicaciones de estos procesos en la vida concreta de las personas.

Como lo indica Selva Sutter, la privatización de la salud hace de la vida una mercancía,

... la privatización de la salud hace de la vida una mercancía, comprada y vendida por las grandes compañías de seguros y los planes de salud. (Selva Sutter, 2004: 549).

Esta implicación tan contundente se refleja en los siguientes testimonios, los procesos de privatización se sienten a través de sensaciones de impotencia, aunque para otras personas usar los servicios médicos privados sea “tomar la salud en sus manos” o “tener derecho a un lujo”, la impotencia es en relación a lo inmanejable del sistema público ya que, tomar la salud en las propias manos u obtener un lujo es parte de la misma sensación de expulsión que genera el sistema público.

El relato de experiencias de Diego con respecto a la institucionalidad de La Caja, la cual les afecta, en el sentido de que se relaciona con sus experiencias concretas, dice así,

¿Tres años?

“... mi esposa tiene ahí unas pelotillas ahí de... aquí en la piel entonces, este, una doctora de, del México que a ella le hicieron una operación ahí, una cuestión del útero y eso, con el tratamiento, el seguimiento de la operación ella le comenta de las pelotas ahí en la piel, entonces le dan una cita en el 2005 creo que es como en noviembre, le dan una referencia para que la vea el dermatólogo, me voy yo a sacarle la cita, le dan la cita para noviembre del 2008, yo incluso, diay como era noviembre del 2005 verdad, más o menos me acuerdo, diay se equivocó la señora, debe ser noviembre del 2006. Le digo: “señora, se equivocó, le puso 2008 y es 2006”- “no señor”- dice- “es 2008”-. ¿Tres años?, el día antes de la cita, por cierto, eso es otra cosa que tenemos que ver qué hacemos, el día antes de la cita la llaman por teléfono: que es que el doctor, sólo hay un dermatólogo y pidió permiso sin goce de sueldo, que vaya para que le den otra cita de nuevo. Me voy para que le den la otra cita de nuevo, se la dan para el quince de diciembre, llegamos el quince de diciembre a la cita, ya ahí no nos llamaron y que es que el dermatólogo todavía pidió más permiso, que llame en enero. Llamo en enero y que todavía no hay dermatólogo, llamo en febrero y no hay dermatólogo, llamo el mes pasado y me dicen que congelaron las citas, es que diay no hay dermatólogo porque congelaron las citas, oiga, desde hace tres años.” Diego

En el caso de Isabel y Vilma, ellas se sienten obligadas a usar los servicios médicos privados, argumentando que se debe a problemas de ineficiencia de “La Caja” y que si pueden, es mejor ir “por fuera”.

...si yo no me tengo el control por fuera entonces ve... ahí te duran años de años...

“Eh, como te digo cuando es atención eh así de, de, de por ejemplo ahorita tengo, me mandaron unos exámenes especiales, tengo 2 años de estar esperando a que me los hagan, porque son citas exageradas, si yo no me tengo el control por fuera entonces ve... ahí te duran años de años para programarte una cita especial. Tal vez usted ha escuchado a gente que dice hay tengo cita hasta el 2010, em sí entonces y tal vez son cosas que uno necesita que se las vean de... rápido verdad.” Vilma

Para Vilma, una implicación particular es poder tener el control porque así ella se ajusta a sus tiempos y condiciones de vida. Es una implicación que ella considera positiva pero en desmedro de las malas experiencias que ha tenido con los servicios de La Caja. El sector privado funciona como un medio para agilizar los “lentos trámites de La Caja” y se percibe como algo necesario por hacer, es decir, se acude a la consulta privada por necesidad.

Como conclusión general a partir de los testimonios anteriores, es posible afirmar que el doble rol del profesional médico es una forma de imbricación profesional que se legitima y acepta por el sistema de salud público. Ese doble rol significa el juego de entrada y salida, el doble rol regula las pautas y hace de su rol público un medio para “asegurar clientes”. El prestigio de lo público, se traslada hacia los consultorios médicos privados de los cuales son dueños o socios.

Las personas, en su experiencia, naturalizan la imbricación, enfatizando que cuando las o los médicos asumen el rol privado la salud se convierte en un negocio y que si bien la atención es mejor, su objetivo es ganar dinero.

2.1.2 Procesos de privatización y sus implicaciones en los servicios médicos públicos

...la Caja no cumple, no cumple con el asegurado...

En todas las entrevistas se genera el mismo sentimiento de impotencia, de imposibilidad ante una institucionalidad viciada, con políticas que han reducido su alcance y en algunos relatos las personas mostraban conocer la situación pero al final, qué se puede hacer, “así es”... nuevamente.

“Básicamente se resume todo en, cómo es que se llama, la Caja no cumple, no cumple con el asegurado, en eso se resume todo y... buscarle la solución: ¿con quién?, a quién hay que ir a hablar, qué hay que mover... no sabe uno, hay una impotencia, hay... que no se puede hacer absolutamente nada, será que así va a seguir el resto de la vida y que los asegurados tengamos que estar así: que si nos enfermamos mucho privado y si no, aguantémonos a lo que nos dé el EBAIS... diay es que yo pienso que eso está, eso está este... de... cómo le dijera... desde la parte de arriba de la Caja verdad que, que digo yo, yo no sé cómo se maneja eso pero si al asegurado le rebajan el dinero por mes y le rebajan a todos los trabajadores, qué se hace esa plata... o sea, y si no sirve entonces diay habría que optar por otra cosa, decir: “bueno no se va a cobrar más el seguro porque nosotros no pudimos ver a toda la clase trabajadora o...”- pero ellos cobran pero no dan el servicio entonces cómo hace uno, son los de arriba, me imagino yo que ellos tienen que ver, ellos saben que no está funcionando bien, entonces son los que tienen que acatar unas reuniones con los altos jefes de la Caja y ver cómo solucionan eso.”, Sergio

Lo que se siente como incumplimiento tiene efectos directos en las personas que cotizan, ya sea por medio de seguro voluntario o por trabajar formalmente en el mercado laboral, por ejemplo, el hecho de ajustarse para dejar de ir a los servicios médicos de La Caja es una forma de expresar el disgusto y de demostrar que, en las condiciones actuales, es mejor asumir el derecho a la salud por cuenta propia, pagando directamente en consultorios o clínicas privadas.

Las personas expresan más un resentimiento que una crítica severa porque, al final, La Caja se ha constituido como una institución emblemática que, a pesar de todo, sirve para cubrir los servicios médicos más costosos.

...hasta que desistí de seguir yendo, porque yo tenía que estar pidiendo permiso en, en el trabajo...

“Bueno, al menos, eh, una experiencia que tuve yo en ortopedia, a mí me ha estado fallando mucho este brazo, yo fui a varias citas con el ortopedista, que me habían asignado para que me evaluara de lo que, de lo que tenía, verdad, que tenía aquí. Y varias ocasiones me atendió otra persona, porque el ortopedista, el que me tenía que ver nunca estaba. Entonces uno me daba un diagnóstico, otro me daba otro diagnóstico, nunca me dijeron en realidad que era lo que yo tenía. Diay, hasta que desistí de seguir yendo, porque yo tenía que estar pidiendo permiso en, en el trabajo, porque por lo general las citas me la daban en horas que a mí me tocaba ir a dar clase. Entonces, o sea, para mí fue una experiencia... porque, qué sé yo, el ortopedista tal vez le daba prioridad a otras cosas que a sus pacientes.” Diana

Precisamente aquí es donde es posible realizar un análisis tanto estructural como simbólico, es decir, las implicaciones estructurales como significados en la vida de las personas. Algunas de las personas entrevistadas se preguntaban por qué si es un mismo médico atiende mejor “afuera” que en La Caja. Algunas aludían esto a que “afuera” es un negocio, mientras que en La Caja es una obligación y aunque exista ese reclamo en los testimonios, el poder de la palabra médica es innegable, ya sea que la palabra se pronuncie “afuera” o “adentro”, el peso que esta palabra tiene en las personas, del significado que estas le asignan y la sensación de que en el sector privado hay mayor confianza en la palabra médica. Porque la o el médico del sector privado sí escucha, sí atiende, sí mira a los hijos, sí responde a las dudas que se generan por medio de las sensaciones corporales que, desde los enfoques medicalizantes, deber ser normalizadas.

De esta manera, los procesos de privatización se pueden interpretar como la consolidación de políticas que han carcomido la institucionalidad pública y que ahora ésta se condiciona por la necesaria salida hacia lo privado. Por ejemplo, el programa de medicina mixta se vio como esa ayuda privada para la descongestión que más bien ha provocado una lucha por las referencias médicas, que son los instrumentos que permiten una entrada más

rápida a los servicios médicos especializados de La Caja y que las personas entrevistadas usan como estrategia principal.

Usted llega ahí y hace fila...

Usted llega ahí y hace fila y los doctores llegan y dicen: “es que esto no es culpa de nosotros... a nosotros nos dan para recetar este medicamento y eso es lo que tenemos nosotros para recetar no le podemos recetar nada más... y si ya usted quiere algo bueno diay tiene que ir a la farmacia a comprarlo porque aquí no hay, a lo que nosotros nos limitamos es a esto, esto es lo que hay” [médico], Sergio

Para las personas esto significa mala atención, mal servicio y una razón suficiente para ir “afuera”. Además, es interesante notar cómo, lo que se espera, es medicalización. Aunque con el Proyecto de Reforma del Sector Salud se aludía a un cambio en el modelo de atención, la práctica médica, en razón de una legitimidad institucional que así lo promueve, se basa en medicalizar y las personas evalúan así la calidad de los servicios. Asimismo, las personas sienten que hay mayor variedad de medicamentos en el sector privado, y sienten que pueden escoger, mientras que en La Caja “hay que quedarse con acetaminofen”.⁴⁹

...por lo menos uno va a que lo escuchen, a que le digan pero diay no ha terminado usted de hablar y ya el médico le tiene hasta la receta...

“...es que en el seguro viene mucho con la calidad de la persona que está trabajando, digamos, normalmente, el médico digamos experimentado, el que ya ha hecho un nombre, el que ya... normalmente se va a dedicar más a lo privado. Entonces, en el seguro social quedan médicos o que están empezando o personas que yo califico que diay que ya se acostumbraron ahí, -“ah tengo un salario en el seguro y con eso vivo bien y la llevo suave”-. Entonces eh, llega uno al seguro social, bueno, primero que tiene que lidiar con toda una burocracia ahí: que este le pone el nombre a la hoja, y este le tiene que poner un sello y este lo tiene que meter en el folder y si no está alguno de los tres usted se atrasó todo el día. Llega donde un médico, que están saturados porque hay pocos, entonces un médico tiene que atender un montón de gente entonces diay el médico: “ah sí, hasta luego”- okey, entonces este no hay una debida atención verdad, por lo menos uno va a que lo escuchen, a que le digan pero diay no ha terminado usted de hablar y ya el médico le tiene hasta la receta... entonces, el ir a una institución pública realmente es, es deprimente a veces verdad, es deprimente.” Diego

⁴⁹ Para un mayor conocimiento del tema de los medicamentos, como uno de los detonantes principales de la llamada crisis de La Caja, ver noticias en prensa nacional (El Financiero y La Nación) desde el año 1999.

El relato de Diego expresa cómo muchas veces ingresar a los servicios médicos públicos se convierte en una lucha absurda que contradice el enfoque de derecho, de ahí la sensación de impotencia al tener que “acostumbrarse” a que eso es así. Además, resume las exigencias laborales que se hacen a los médicos en el sector público, hay límites de tiempo para la atención y aunque se promueva un paradigma “integral” de atención, la insostenible situación de las listas de espera, falta de especialistas, equipos y espacio hace que lo más rápido sea medicalizar, dar la receta, porque se asume que eso es lo que esperan las personas.

Los procesos privatizadores reafirman esa idea de que así es el sector público: engorroso, lento, impersonal y mediocre. Al ser esto así, es posible coincidir con Selva Sutter cuando afirma que un proceso de privatización,

...define el bien público desde criterios tan ideológicos como el de la no exclusividad y la no rivalidad. Según esta definición, la atención de salud y la curativa son bienes privados o bien públicos y privados al mismo tiempo... es difícil que esta tendencia se detenga, porque no está motivada por razones de orden académico, sino políticas, aunque disfrazadas de ciencia. (Selva Sutter, 2004: 554)

Por eso, cuando la definición de lo qué es público y qué es privado se sustenta sobre enfoques ideológicos los procesos de privatización solo reflejan los intereses de quienes los promueven. Entonces, cuando lo público y lo privado se convierten en conceptos políticos e imbricados económicamente el bien puede ser tanto público como privado y ajustarse a las condiciones ideológicamente convenientes.

Por ejemplo, durante la década de 1970 y 1980, la atención de la salud, o específicamente la atención médica, se comenzó a concebir como bien público debido a la institucionalización de la atención médica, antes de eso era un bien privado porque se otorgaba en los consultorios particulares de los profesionales médicos, haciendo de la atención médica un bien de prestigio y exclusividad, mientras la caridad se encargaba de atender a aquellas personas para quienes el prestigio estaba negado.

Con la institucionalización de la atención médica, que se concreta con la creación de La Caja, el bien se impone como bien público, actualmente, ¿cómo podría definirse entonces la atención médica? Desde los testimonios de las personas, es más un bien simbólico que se mantiene o en lo público, con La Caja, o en lo privado, afuera de La Caja. Por lo tanto, mientras sea un bien simbólico la condición de público o privado se desvanece desde su concepción aunque, en la práctica, el juego de entrada y salida no sea indistinto.

Visto así, el bien se conceptualiza diferente si se otorga “adentro” o “afuera”, parece como un juego de entrada y salida donde la atención médica ya no es un bien ni público ni privado, es sencillamente un bien que se piensa con enfoque de derecho cuando se institucionaliza y con enfoque de mercado cuando se desinstitucionaliza.

Concretamente, en el caso de los EBAIS, el bien institucionalizado deja de ser sentido como un derecho por parte de las personas, porque aunque el objetivo oficial era universalizar la atención y eliminar la desigualdad territorial del acceso a atención médica, el enfoque de mercado que se introdujo con la reforma, condiciona la calidad porque entonces el derecho se ha ajustado a las evaluaciones eficientistas de los compromisos de gestión.

...desde que están los EBAIS hemos estado en ese problema

“...es desde que están los EBAIS, desde que están los EBAIS hemos estado en ese problema: primero porque eh... el EBAIS de aquí, de (nombre de la comunidad) es una, cómo le dijera, una casita, una casita chiquitica, sólo un doctor, nada más... entonces diay ahí nada más ven y si hay personas adultas a esas les dan preferencia y estoy de acuerdo pero estamos nosotros necesitando. Aquí al principio eran mil casas, mil casas se construyeron aquí en (nombre de la comunidad) para un EBAIS, para un doctor nada más. Entonces que nos iban a solucionar el problema, que iban a hacer... eso nos estaban diciendo como desde hace como un año... bueno al fin hace quince días abrieron el otro EBAIS y ya se pasaron, es más grande pero, pero igual, el... la o sea, ahora comenzaron a llamar gente hasta desde otras urbanizaciones”, Sergio

Con este relato, se da cuenta que los EBAIS han funcionado más bien como un filtro para decidir quién va y quién no a consulta con especialistas, define quien entra, espera o queda afuera. Los criterios médicos definen esto a partir de las condiciones estructurales que han politizado la profesión médica, por eso muchas veces los criterios médicos no coinciden con los criterios de las personas entonces se generan los conflictos entre EBAIS y las personas que los usan. Por otra parte, en algunos relatos se muestra que es mejor “saltarse” la ida al EBAIS, pagar consulta privada, no hacer la fila y lograr una cita más rápido en consulta con algún especialista de La Caja. Si esperan, las personas sienten su derecho a la salud violentado, si salen y “saltan” la fila, sienten que asumen el derecho a la salud desde sí mismas.

En razón de lo anterior, es muy importante tener claro que los EBAIS se financian de acuerdo a los resultados de la evaluación que se hace por medio de los compromisos de gestión, por eso, hay una diferenciación territorial en cuanto a calidad de servicios y una desigualdad exacerbada por la competencia interna que la firma de estos compromisos ha generado en el sector público, ya que ahora deben competir por el presupuesto y si las evaluaciones, con enfoque eficientista y productivista, no les favorece, tendrán un menor financiamiento.

Estas medidas se asocian, según Selva Sutter, con la propuesta de un enfoque mixto que tiene como objetivo introducir elementos de mercado para aumentar la eficiencia en el sector público, mientras que la intervención gubernamental debe limitarse a regular la equidad del mercado. Un elemento de mercado, es por ejemplo, la nueva forma de asignación de recursos públicos, establecer objetivos de productividad como si el derecho a la salud se midiera con parámetros de rentabilidad, fijar acuerdos de producción, entre otros.

Como conclusión general, a partir de estos relatos, la imbricación se vuelve entonces cotidiana, se vuelve parte de experiencias concretas de personas que sienten la imposibilidad de incidir en la complejidad estructural, pero como se muestra en la siguiente categoría, sí se definen estrategias de acuerdo al conocimiento del campo, a influencias o “argollismos”, a experiencias previas y experiencias de otras personas.

...ese tráfico de influencias a veces también afecta a los servicios

“El que tiene una argolla lo meten verdad y yo he disfrutado esas argollas porque como mi mamá trabajaba en el seguro diay uno llegaba y ahí lo atendían verdad en consulta pero también este, a veces está uno ahí... digamos ahora un día que yo estaba esperando para que me quitaran los hilos, de un pronto a otro entró una enfermera como con tres ahí conocidos de ella diay atrasó a todos los que estábamos con una ficha ahí. Entonces ese tráfico de influencias a veces también afecta a los servicios verdad, entonces se recargan, aunque sea por amistad, se recargan de gente.”, Diego

Los procesos de privatización repercuten directamente en las personas tanto así que han significado una expulsión, sentida como obligada y necesaria, hacia los servicios médicos privados. Sin embargo, esa expulsión estructural se transforma en significados particulares sobre uso de servicios médicos privados siempre en comparación con los servicios médicos públicos que usan o han usado.

2.2 Relatos sobre estrategias.

Los relatos anteriores muestran cómo interpretan las personas la complejidad y sus repercusiones, los siguientes muestran cómo hacen ante la complejidad, qué significan las estrategias que definen.

2.2.1 Vínculos complejos a partir de experiencias particulares: ruta crítica de estrategias.

La ruta crítica consiste en: ir a lo privado para lograr entrar a lo público (como sectores separados), volver a lo privado y así hasta formarse una ruta circular donde el sector privado determina la entrada a lo público.

Las estrategias principales son:

- Contactos previos con algunos médicos que trabajan tanto en La Caja como en consultorio privado
- Solicitud de información en La Caja sobre consultorios médicos privados de algún profesional en medicina que se le considera prestigioso y “buen médico”
- Contactos con familiares o amigos que trabajan en La Caja
- Referencia entregada en consultorio médico privado con modalidad de medicina mixta

Ese se considera como el objetivo final de la ruta crítica para aquellas personas que pueden desarrollarla debido a que el medio por el cual se logra es pagando directamente consulta médica privada. De esta manera, el sector médico privado se convierte en intermediario o mediador entre los servicios médicos especializados de La Caja y las personas aseguradas. La salud como derecho queda mediada por el sector médico privado que sí logra la eficiencia y rapidez que, de acuerdo a los discursos oficiales, le hace falta a La Caja.

Entre más rápido mejor

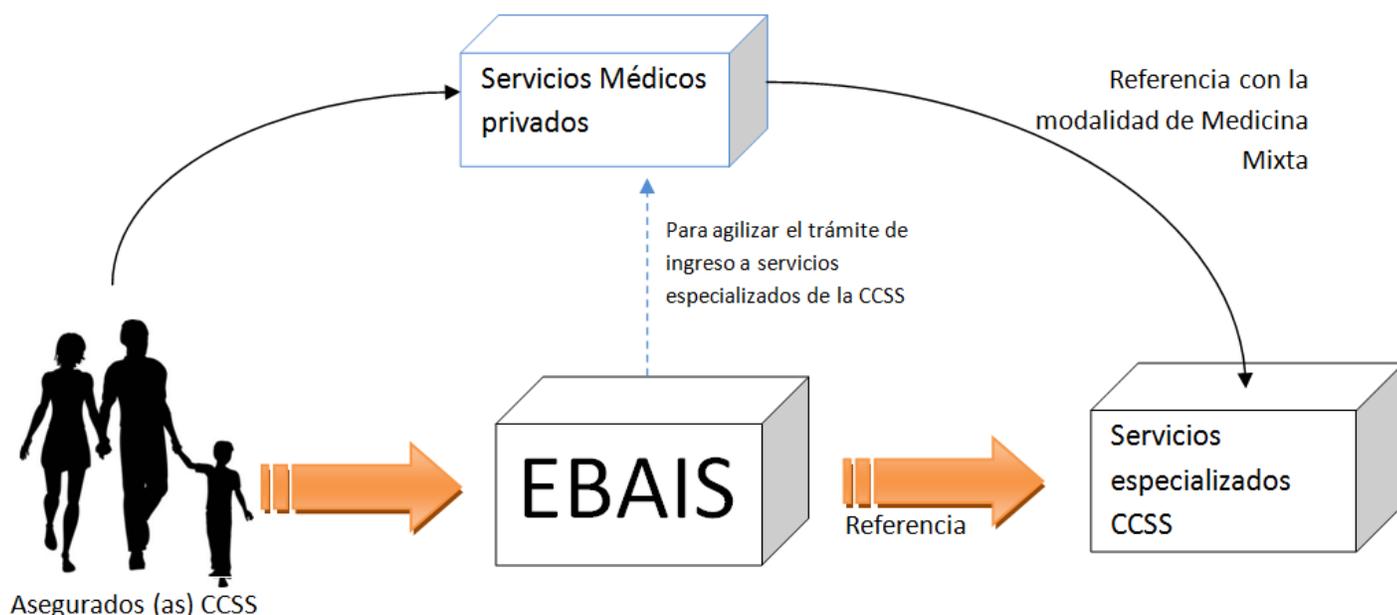
Las referencias de consultorios médicos privados evitan hacer las filas de La Caja, por ejemplo,

“No, me la hice por medio del médico y él me mandó porque era algo no muy complicado, era un quiste que me tenían que hacer un drenaje (eso fue en el Hospital San Juan de Dios), y era un poquito más... entonces el médico me dijo si quiere se lo hace en la Caja que es... pero ya con orden de él entonces sí fue muy rápido, fue por medio del ginecólogo de ese que te digo que es el que siempre me ve, aha.” Vilma

En este punto es que se utiliza la metodología de ruta crítica, se refleja claramente en los relatos, es decir, lo que las personas construyen es una ruta crítica que les permita acceder de una forma rápida a los servicios de especialidades médicas del sector público. La ruta crítica se define en tanto lo privado sirve como eslabón para el acceso a servicios médicos públicos especializados y esa es la intermediación del sector privado en el acceso a los servicios de La Caja. La referencia de ese ginecólogo, permitió a Vilma hacerse un tratamiento que si lo hubiera pagado directamente iba a ser muy costoso, entonces lo esencial es hacer un contacto con un médico que ejerza el doble rol porque así el juego de entrada y salida es más simple, además, se hace sólo el pago de consulta y no del tratamiento.

En la siguiente figura se representa la ruta crítica en la cual se pueden cumplir algunas o todas las estrategias mencionadas anteriormente, el hallazgo particular para esta investigación es que la ruta crítica se desarrolla para ingresar más rápido a consulta especializada del sector médico público.

Figura 3. Proceso de ruta crítica para ingresar a los servicios médicos especializados de La Caja



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la investigación.

Cuando es asunto de operación es buena La Caja pero cuando ya es asunto de atención no

“Cuando es asunto de operación es buena la Caja pero cuando ya es asunto de atención no (acentúa el no). Yo por eso primero voy a un médico particular y él me remite si es de remitirme como fue el caso ahora de la operación que me hicieron de, de un quiste vaginal que tenía entonces el ginecólogo particular me remitió a la Caja... Como te dije porque yo considero que las clínicas [de La Caja] son mejores que los EBAIS en el aspecto de que los médicos que hay ahí son especialistas, ahí es donde yo ocupé la ginecología (lo que quiere decir es que ahí lleva las referencias, recetas u otra indicación que le dieron primero en la consulta ginecológica privada)...”, Vilma

El concepto de imbricación permite analizar la relación, como intermediario, que se establece entre los servicios médicos privados y públicos, intermediario porque se media el acceso. La intermediación es una imbricación que experimentan las personas a través de las estrategias que definen según una expulsión estructural del sistema público hacia el sector privado de servicios médicos.

...él me atendió y como el caso ya era de hospital me remitió al Calderón Guardia

“Pero yo por lo general lo que busco es, digamos ya con cualquier otro tratamiento que, con cualquier otra cita médica depende lo que uno vea, busca un doctor (en lo privado) que sea del Calderón para que después te remita al Calderón para seguir el tratamiento. Entonces eso es lo que yo he hecho muchas veces. Pero depende.”

Entrevistadora: ¿eso cómo se hace? si me lo puede explicar más –

Eh, digamos hace unos años tuve que, que, ir donde un oncólogo, por algo que se me presentó, busqué un oncólogo que fuera del Calderón –

Entrevistadora: Buscó en los servicios, en consultorios privados, un médico que usted sabía que... -

...que yo sabía que era del Calderón Guardia. Entonces él me atendió y como el caso ya era de hospital me remitió al Calderón Guardia. Entonces ahí seguí con él, así es más rápido el trámite, verdad.”, Diana.

Por medio de la ruta crítica que implica ingresar a los servicios de La Caja, se define también lo que se puede denominar como una entrada formal y otra informal a los servicios médicos públicos. Cuando es por medio de una ruta crítica, que se lleva una referencia de consultorio médico privado es una entrada no formal, es porque la persona pagó directamente una consulta y se evitó las filas en los EBAIS. Sin embargo, la modalidad de medicina mixta es un programa muy antiguo que tiene la misma Caja y es así como la misma institución crea su cuello de botella en cuanto a listas de espera y saturación de citas, ¿cómo?, por medio de las referencias autorizadas que vienen desde los consultorios privados que funcionan con la modalidad de medicina mixta. Estas referencias se usan como el papel que garantiza una atención más rápida y directa, entrando a la especialidad o el tratamiento que solicitan.

Por otra parte está la expulsión que implica el pago directo de un examen particular para entregar a una especialidad que ya se ha logrado entrar en La Caja, como el caso de Isabel que se expuso más arriba; las personas piden una cita tras otra hasta que logren llevar el examen solicitado, esto provoca saturación y muchas citas innecesarias.

...pagando porque si no me hubiera muerto

“...tenía un problema muy serio en la vesícula, tuve que irme a hacer un ultrasonido afuera porque no había campo y cuando el doctor la vio me dice: “mire, esta vesícula está necrosada, usted en cualquier momento va a tener un problema muy serio, tiene que operarse ya”. Me mandó de emergencia donde la secretaria de operaciones, me dio la cita para dentro de un año, igual me tocó conseguir un cirujano, conseguir cuánto me cobraban en la bíblica, eh en la católica, internarme y operarme... pagando porque si no me hubiera muerto. Igual pagué la operación de los ojos, pero con la operación de los ojos tuve una mala praxis-

Entrevistadora: y esa de los ojos, ¿dónde fue?-

(Risas), yo no sé si decirlo pero bueno... yo le pagué al doctor la operación, le pagué el lente y me operó en el Calderón Guardia y cuando luego me fui para Estados Unidos y yo perdí la vista en el ojo, me tuve que pensionar por ese motivo.”, Catalina

Entonces, las únicas dos formas reconocidas para entrar a servicios de especialidades de La Caja son los EBAIS y los consultorios médicos privados que están adscritos al programa de medicina mixta. El servicio de medicina mixta es solicitado por un consultorio o clínica privada al Ministerio de Salud para que este de su aval, para que dé la autorización a este médico o conjunto de médicos la realización de referencias de personas a tratamientos, más consultas o acceso a medicamentos en La Caja.

Los consultorios que funcionan con esta modalidad reciben la papelería sellada y autorizada como centro de medicina mixta, de esta forma, a las personas se les da una referencia legítima hacia los servicios de La Caja después de haber pagado consulta médica privada.

De acuerdo a las entrevistas, las personas no quieren ir a los EBAIS, quieren ir al hospital, sentirse con un médico especialista que les va a decir qué tienen y la forma de hacerlo es pagando antes en un consultorio privado. En los relatos se pueden leer palabras de urgencia, una urgencia por la atención, por la rapidez y por recibir medicamentos en el mismo instante.

Este sentimiento de urgencia, se interpreta como una necesidad por restablecerse, por la normalización que se sigue a través de un concepto científico de la salud que argumenta que la salud es lo “normal” y la terapia el regreso de lo “desviado” a la “norma”. El enfoque medicalizante intensifica el sentimiento de urgencia porque se buscan los estados sanos y no los enfermos, porque se huye de lo anormal, de lo señalado socialmente y se exige un restablecimiento que, en las condiciones actuales del sistema de salud, es responsabilidad de las personas.

...yo busco el tiempo que yo tengo disponible

“Porque digamos en el caso mío, bueno yo soy, que soy educadora, los precios ahí son bastante cómodos. Y vos, en el momento en que necesitás una cita, te la dan. Entonces eso para mí, porque yo no tengo tiempo de ir a estar haciendo fila a las 6 de la mañana, a ver si me atienden o no me atienden, o atienden a mis hijos. En cambio ahí yo busco el tiempo que yo tengo disponible para llevarlos a ellos, o ir yo. Es una gran ventaja.”, Diana

Con el mayor uso de servicios médicos privados, la enfermedad, como condición histórica, se convierte en responsabilidad única de las personas, los riesgos son individuales y no colectivos. Se responsabiliza a cada quien por **su** “estado” de salud y **su** responsabilidad para no enfermarse; esto niega las condiciones sociales que generan enfermedad. Además, se muestra que es desde los hogares donde se definen las agencias para establecer las estrategias y las ventajas que significa usar servicios médicos privados.

...la única diferencia... se paga y ya el mismo día está lo que usted necesita

“Bueno, nosotros usamos ASEMBIS por... a veces por ventajas, o sea a veces por la rapidez que no es igual que ir al seguro, o sea... bueno yo en lo particular, yo pago seguro pero prefiero ir a veces a ASEMBIS o a otra clínica por lo... cómo le explico... por las ventajas, más rápido o sea, una de las cosas sería por ser más rápido, por los exámenes, por si mandan a hacer este... ultrasonidos o cosas que en el seguro no es así, o sea, tendría que esperarme para un, este... hacerme un ultrasonido año y medio, dos años, para hacerme placas prácticamente igual y este... exámenes son ocho, quince días mientras que en ASEMBIS bueno, la única diferencia... se paga y ya el mismo día está lo que usted necesita”, Lucía

El conflicto subjetivo en cuanto al acceso a los servicios médicos de La Caja radica en que se trata de un conflicto sobre la dualidad salud/enfermedad, normalidad/anormalidad, vida/muerte y esto es lo que da fundamento a los significados que expresan los vínculos entre servicios médicos privados y públicos. Así, la vía para enfrentar el conflicto es la medicalización que normaliza y deshistoriza los cuerpos, se trata de evitar sucumbir en el riesgo abrumador de “caer en la enfermedad”.

La ruta crítica es compleja y en la práctica se desvanece la separación entre público y privado, los médicos que atienden en La Caja dan en sus consultas públicas las tarjetas de sus consultorios privados, y las personas, por otro lado, averiguan cuál “buen médico” que trabaja en La Caja tiene consultorio privado para pagar una cita en el consultorio privado pero tener la seguridad que el tratamiento o si se requiere de algún procedimiento especial podrá hacerse una referencia a los servicios públicos. Por lo tanto, en la lógica de los significados no hay separación entre público y privado, sino imbricación, aunque las consecuencias sí sean distintas según la atención sea “afuera” o en La Caja.

Usted está enferma y enferma y no te ponen atención...

“El motivo de, de tomar esa decisión, como te dije, es la atención verdad. Ya cuando usted llega ahí ya sí es diferente porque ya llega con un... algo específico que te van a poner más atención, de lo contrario no (se refiere que al llegar remitida a La Caja con un diagnóstico dado en una consulta privada la atención en La Caja es más rápida). Usted está enferma y enferma y no te ponen atención, más bien te mandan un poco de pastillas que te van a hacer más mal y nunca de llegan al, a la realidad verdad.”, Vilma

Hay una manipulación que aboga por la libertad de elección, el estado lo facilita (modalidad medicina mixta) y la cultura legitima las estrategias, que a su vez, se cargan de los significados que las personas atribuyen al uso de servicios médicos privados. Según Laurell, la propuesta del Banco Mundial sobre el fomento de la elección individual de los servicios por

medio de la creación de opciones públicas y privadas, que se basa en una racionalidad económica de costo-beneficio, es una

...manera de exorcizar todos los significados históricos, culturales, simbólicos y afectivos que tiene la salud, la enfermedad y la muerte, aún en las sociedades más mercantilizadas... (Laurell, 1994: 5)

Las personas quieren estar bien según lo que eso signifique para ellas y según sus posibilidades de acción para estar bien. Las estrategias podrían ser oportunistas, sin embargo, la sociedad actual y nuestro sistema de salud crea las condiciones para dirigir la atención de las manifestaciones corporales hacia servicios médicos dominantes que establecen una única forma de comprender lo que los cuerpos manifiestan.

En el caso de Gustavo, no se trató de oportunismo ni de definir una ruta crítica como tal sino más bien,

...como un callejón sin salida: o ir o ir

“...son tres casos diferentes, en el primero era como este... en lo de los dientes buscaba alguien que de verdad, este, o sea tuviera bastante experiencia verdad en el campo y no fueran como estudiantes que necesitaran practicar. Con lo de la dermatóloga, yo en realidad no sé, no sabría donde conseguir una dermatóloga por medio de La Caja y con lo del dengue fue simplemente porque eh, diay fui a los servicios públicos primero y me rechazaron entonces era como un callejón sin salida: o ir o ir.” Gustavo.

De este modo, la salud no es un estado a buscar, es un proceso construido y reconstruido que se relaciona con el resto de procesos sociales. Por su parte, la enfermedad no es un estado a rechazar, sino que se relaciona dialécticamente con la salud como proceso construido y reconstruido.

Entonces, lo público y lo privado, desde el entendimiento subjetivo de las personas se relaciona con los propios *eventos corpóreos*, es decir, dependiendo del evento corpóreo se decide ir afuera o a La Caja. Según Alvarez-Larrauri, esto depende de las construcciones simbólicas que se asumen de acuerdo a sensaciones corpóreas y lo que estas signifiquen para las personas.

De este modo, los *eventos corpóreos*, son procesos corporales más allá de lo cultural o lo simbólico, porque es pensar los cuerpos como espacios en los cuales también se incorporan e internalizan las consecuencias de los procesos sociales a nivel político y económico.

Por lo tanto, el uso de servicios médicos privados, además de generarse una expulsión estructural hacia ellos, se puede condicionar por el significado que se tenga de salud y de enfermedad y lo que genera los *eventos corpóreos*.

2.2.2 Implicaciones de las estrategias en el presupuesto de los hogares.

Los siguientes testimonios revelan cómo las estrategias tienen algún tipo de repercusión en el presupuesto de los hogares, si bien no fue posible constatar si los pagos directos han llevado a realizar gastos catastróficos, sí es posible notar cómo muchas veces los ingresos del hogar deben ser re-direccionados hacia el pago de consultas o exámenes médicos. Lo que sí fue posible notar, es que la poca capacidad de recursos económicos para el pago directo de servicios médicos privados, no evita que se haga uso de estos servicios.

Algunas personas relataron situaciones concretas con respecto al uso de servicios médicos privados y los pagos de estos. Por ejemplo, en cuanto a tener un ahorro para pagar las consultas y medicamentos, Isabel dice que

Sí, tenemos ahorro

“Sí, tenemos ahorro. Por lo general a mí siempre me ha gustado ahorrar y yo gracias a Dios siempre, siempre tengo para lo que se presente ya sea para medicinas o cualquier otra cosa... pero sí, eso sí-

Entrevistadora: ¿desde hace cuánto ahorra para eso?-

-desde siempre, siempre, desde que me casé, me casé con 16 años. Sí es que ya uno con hijos uno nunca sabe una emergencia o uno mismo o el papá o algo.”, Isabel

En el caso de Isabel, ella tiene un ahorro específicamente para esos pagos; lo mismo que Diana. Ella dice que es una costumbre tener un ahorro en salud,

...cuando tengo que utilizar esos servicios hago uso de ese fondo de emergencias...

“Es que yo por lo general, como mujer previsora que soy, yo, eh, tengo un fondo para emergencias, entonces cuando tengo que utilizar esos servicios hago uso de ese fondo de emergencias... Desde soltera (risas). Mi padre, mi papá ha fomentado mucho en nosotros lo que es el ahorro, lo que es la economía. Entonces ya eso yo ya lo llevo y siempre tengo para salvaguardarme para todo, para cualquier tipo de emergencias.”, Diana

Los vínculos entre servicios médicos privados y públicos que se reconocen en los significados que las personas atribuyen a estos vínculos, muestran efectos importantes en cuanto a los pagos directos que deben hacer. La principal molestia que sienten las personas es por qué tener que pagar si se está pagando un seguro que se supone garantiza acceso a servicios médicos.

En el siguiente relato, la frustración que siente Catalina es: por qué usar los ahorros personales en pagos que se supone deben estar cubiertos por las cotizaciones que ella ha hecho a la Caja desde que comenzó a trabajar. Ella considera que La Caja tiene muchos problemas, dice que necesita otra operación y que va a hacer lo posible para poder pagarla “afuera” porque el hecho de ir a La Caja le provoca miedo, disgusto y desconfianza.

...tuve que gastar mis ahorros pagando esas dos operaciones...

“Claro, eran mis ahorros, yo me fui para Estados Unidos, yo estaba trabajando, que mi pensión me quedó sumamente baja y eran mis ahorros que yo había hecho trabajando allá y tuve que gastar mis ahorros pagando esas dos operaciones que buena falta me hace esa plata ahora porque, gracias a Dios yo tengo casa propia y todo, pero, pero ahora necesito operarme de, de un problema que tengo en la vejiga y ya no me queda plata para irme a operar, o sea, ya si pago otra operación...” Catalina

Entonces, además de la expulsión estructural y la realización de estrategias, las personas se sienten obligadas a usar sus ingresos para pagar un bien simbólico, que no es, en la propuesta de este análisis, ni público ni privado es un bien que para cada persona tiene un significado que representa vida, estar bien, autosuficiencia, capacidad de trabajo, utilidad. Si bien muchos de estos significados refuerzan las ideas sobre lo que se considera es tener salud

en nuestras sociedades y se ajustan a los conceptos de salud legitimados socialmente, no dejan de tener peso en tanto refuerzos que dan sentido a sus estrategias y por qué consideran que, aunque no tengan los recursos económicos suficientes, es mejor hacer un esfuerzo y pagar directamente por consultas, exámenes y en algunos casos tratamientos.

...he tenido que pagar cantidades altas de dinero...

“Díay cuando lo he utilizado he tenido que pagar cantidades altas de dinero que me ha afectado en todo los demás gastos habituales que tenga que hacer, o sea, tanto así que trato de no utilizarlos, de utilizarlos lo menos posible, verdad... sea una emergencia o...” Gustavo.

De acuerdo a este testimonio, la pregunta que queda en el análisis es: ¿por qué en un país con un sistema de salud público que es considerado ejemplo mundial, hay personas que se preocupen de tener que ajustar sus ingresos para el pago directo en servicios médicos a pesar de las cotizaciones? Parte de esta respuesta se ha respondido con el análisis a los procesos de privatización y la absoluta aniquilación de un sistema público, el cual es saqueado por un sector privado que se sirve de la infraestructura pública para impulsar sus intereses y las consecuencias se experimentan directamente por las personas.

Es necesario decir que los procesos de privatización, como ideología, también repercuten en las personas, en el caso de Luis, él considera que se tiene la idea de que lo privado es mejor que lo público y que, aunque más caro, prefiere ir primero a pagar directamente.

... uno paga y le recetan lo mejor

“Yo por ejemplo, cuando un chiquito se me enferma, cuando un niño se me enferma o un muchacho se me enferma, porque ya se me han enfermado, la primera intención es utilizar servicios privados porque uno sabe que son mejores, o sea, uno le tiene esa idea de que son mejores porque bueno uno dice: uno paga y le recetan lo mejor, los mejores medicamentos y uno va y los compra aunque sean caros pero uno sabe que son, que son de calidad.”, Luis

Entonces, preferencia o posibilidad, a partir de las nueve entrevistas realizadas, fue posible conocer que estos hogares tienen ahorros, planes, presupuesto o han pasado por momentos de reajustes económicos que han tenido efectos significativos en los ingresos y uso del dinero.

En el caso de Sergio, él tenía unos ahorros para arreglos del carro pero se trasladaron para pagar algunas de las consultas privadas de su esposa.

...diay el carro que se quede así, está primero la salud

“Sara, yo tengo una plata ahí guardada que era para el carro, para hacerle un arreglo al carro... diay el carro que se quede así, está primero la salud”- le digo yo- “yo voy a agarrar esa plata, nos vamos a ir a ver ese doctor...” y después con los exámenes ella ha tenido que conseguir prestado, ha tenido que conseguir prestado porque son exámenes... le mandaron uno de 29 mil colones, otro de 30 mil, los exámenes de sangre que valen... no sé por ahí andan como por 12 (12 mil colones) y entonces tuvo que pedir un préstamo para los exámenes y yo para la, la cita...” , Sergio

La situación de Sara, a consideración de Sergio y los hijos, era de urgencia porque ella estaba con cambios a nivel emocional que ellos no entendían, después que le diagnosticaron un quiste en la garganta así que usar el dinero que era para el carro significaba poder pagar una consulta con un doctor “particular” y que ella se sintiera mejor. Fueron a la cita y todo empezó a mejorar, según explicó Sergio.

...le decía gracias doctor, gracias porque usted sí me puso atención.

“y ese día mi esposa abrazaba al doctor y le decía que muchas gracias y que... porque ella sentía que le estaban poniendo atención a lo que ella tenía, no es lo mismo que ir ahí al EBAIS o eso que tuvo del EBAIS al INS y nadie le resolvía el problema, nadie le hacía caso y ese doctor, con sólo que le puso atención a lo de ella, lo abrazaba y lo besaba, le decía gracias doctor, gracias porque usted sí me puso atención.” Sergio

Tanto el tiempo, como las posibilidades económicas definen el proceso de la ruta crítica y qué tan complicado sea poder entrar a los servicios de especialidades de La Caja. Por otra parte, están las personas que se endeudan por medio de préstamos o tarjetas de crédito.

Por ejemplo, en el caso de Diego, él dice que dentro del hogar se manejaban los presupuestos de las citas privadas porque una de sus hijas tiene tratamiento constante de oftalmología; sin embargo, ellos le pagaron unas operaciones y dice que eso sí afectó el presupuesto familiar. Diego dice que,

La tarjeta de crédito la usamos como un puente...

“Entonces nos hemos endeudado, entonces ahí cambia un poquito el panorama económico, las citas era normales porque ya uno las llevaba dentro del presupuesto, dentro del presupuesto ya uno sabía que, diay ahí sacaba un... pero lo que han sido ya las operaciones grandes sí hemos tenido que buscar algún tipo de financiamiento, algún tipo de milagro...La tarjeta de crédito la usamos como un puente: cancelo hoy pero yo sé que dentro de dos meses tengo que cancelarla, entonces en eso, más o menos desde que conseguimos la documentación, presentamos a, al banco entonces fuimos y cancelamos la tarjeta de contado, realmente ha sido por financiamiento, es así como présteme ahora y le pago después, realmente ha sido como financiamiento bancario...” , Diego

En relación también a las experiencias de Sergio, el presupuesto del hogar sí se percibió significativamente afectado debido al pago de servicios médicos privados. Ellos son un hogar que se compone por siete personas y debido a varias consultas de la esposa han tenido que posponer pagos de servicios básicos.

...ahorita todos los recibos que tengo los tengo atrasados porque estoy ahorita, ahorita con lo de mi esposa

“¡Claro que sí!, claro... usted no me lo está preguntando pero este... ahorita, ahorita todos los recibos que tengo los tengo atrasados porque estoy ahorita, ahorita con lo de mi esposa, estamos primero con ella... vamos a salir y le digo yo: “no sé por qué no nos han cortado la luz, por qué no nos han cortado el agua ni nada”... porque de todo de lo que estamos agarrando lo estamos agarrando para salir de ahí y después a ver si logro conseguir otra plata para ya ir saliendo de los recibos pero vamos, no quiero ofender a Dios, o sea, sí comemos, vamos comiendo ahí pero lo que son los recibos y de todo se ha atrasado por estar ahorita con mi esposa porque ahí sí los gastos están fuertes, son exámenes de 30 mil para arriba y, y faltan todavía y si no salimos de esos exámenes es como dejar a medias todo y si ya salió un quiste eh, este... yo estoy preocupado... yo quiero saber si eso lo pueden deshacer con laser, o hay que operarla o qué.”, Sergio

A partir de los efectos económicos en el presupuesto de los hogares debido a los procesos de ruta crítica o a la realidad que les muestra un “sin salida”, se concluye que si ir a los servicios médicos públicos o privados se ajusta a estrategias, el derecho a la salud como tal queda limitado a las posibilidades de agencia que cada hogar pueda definir de acuerdo a sus condiciones económicas y significados que le asignen a cómo atender el proceso salud-enfermedad.

En función de esto es que se propone el concepto sobre la *distribución desigual de la experiencia del proceso salud-enfermedad*, este surgió precisamente a raíz del trabajo de campo al constatarse que las experiencias sobre salud-enfermedad y las estrategias, condicionadas también por subculturas de salud, son desiguales porque dependen del conocimiento del campo de servicios médicos, de las consideraciones sobre *eventos corpóreos* como urgentes y por ingresos económicos que les permita hacer pagos directos.

Serían los determinantes socioeconómicos que están vinculados a las construcciones simbólicas y no al margen de estas, que permiten también afirmar que las experiencias del proceso salud-enfermedad son tanto a nivel de procesos corporales así como procesos estructurales sociológicamente desarrollados. Por lo tanto, no se trata sólo de pensar en

determinantes sociales de la salud estructuralmente, como hasta ahora lo está fomentando la OMS, sino en relación a las subjetividades.

Cada hogar tiene sus propias interpretaciones del proceso salud-enfermedad en tanto es un proceso social, cultural e histórico que, además, se vincula con el contexto político y económico que lo condicionan. Por lo tanto, las subculturas de salud como ejemplos de expresión, cargados de imaginarios sociales, sustentan las razones subjetivas que justifican las acciones y las formas en que las personas se explican a sí mismas muchas de las cosas que hacen y que sienten.

Por lo tanto, el concepto de *habitus* permite explicar cómo se definen las estrategias y cuáles son las condiciones con que cada hogar cuenta para definir sus estrategias o simplemente aceptar que no hay otra opción. Así, el *habitus*, como subjetividad socializada, otorga la posibilidad de que en cada *habitus* se otorguen significados al uso de servicios médicos privados en relación con los servicios médicos públicos, según situaciones particulares.

Según Alvarez Larrauri, las estrategias no son intencionales ni tienen objetivos conscientes, sin embargo, como se pudo leer en los relatos, las estrategias de estas personas sí tienen objetivos conscientes e implicaciones contundentes. Si bien es cierto, desde esta perspectiva teórica las personas se analizan como agentes, algunas veces pasivos en relación al campo; en este caso, a pesar del dominio del campo de servicios médicos sobre el *habitus* que consiste en, por ejemplo, el dominio y manipulación de los profesionales que insinúan una mejor calidad de atención en sus consultorios privados, las estrategias sí pueden ser definidas con claras intenciones porque estas son, en todos los casos, ingresar a servicios de especialidades médicas. Entonces, en cierta medida, son estrategias definidas bajos parámetros

de manipulación a lo interno de las relaciones médicos-pacientes y de una expulsión estructural que exige a los hogares “agenciarse” de maneras específicas.

No obstante, como lo propone Di Nicola, ya no se trata de comportamientos irracionales sino de unos que adquieren una unidad y una lógica respecto al sentido que los sujetos atribuyen a las estrategias y así es como el proceso salud-enfermedad pasa a ser uno histórico y no lineal, un proceso experimentado individual y colectivamente que ubica a las subjetividades en contextos más amplios y vinculantes unos con otros.

2.2.3. Servicios médicos de La Caja: ¿para qué sirven entonces?

En relación con las estrategias, también es importante mostrar lo que piensan las nueve personas entrevistadas sobre La Caja, para qué creen ellas que funciona y así poder ampliar más cómo conciben los vínculos entre los servicios médicos privados y lo que sí consideran es “bueno” de La Caja.

Por ejemplo, los relatos permiten resumir, lo que las personas entrevistadas piensan, así: La Caja, como caja de emergencias: sólo para tratamientos caros y emergencias es buena La Caja.

Desde el neoliberalismo se puede argumentar, siguiendo a Selva Sutter, que el sector privado se desarrolla en función del financiamiento público ya que

...no hay que olvidar que el objetivo principal de la política neoliberal es aumentar el papel del sector privado en los asuntos públicos como un medio para revalorizar el capital y aumentar su rentabilidad. (Selva Sutter, 2004: 554)

Valga decir, sin hacer los trabajos de inversión, porque eso ya está en la institucionalidad pública. Entonces,

La cuestión no es eliminar lo público, sino el afán del sector privado por disponer del patrimonio público con entera libertad para su propio beneficio. (Selva Sutter, 2004: 554)

Eso es lo que La Caja significa para estas personas en relación a sus experiencias y el uso de servicios médicos privados que pagan directamente. Los relatos positivos se circunscriben a los partos y a tratamientos costosos que hayan recibido, en general, las malas experiencias se han tenido antes de lograr ingresar a los servicios de especialidades, cuando eso se logra, la atención mejora.

...antes de llegar a un especialista tenés que pasar muchos trámites

Vilma, cuenta así su relato,

“mejor me quedo así como estoy y eh... sigo utilizando los dos servicios porque La Caja le sirve, como se lo dije ahora, para una emergencia, una operación, ya para una operación sí son muy buenos, cuando ya estás en la operación, pero antes de llegar a un especialista tenés que pasar muchos trámites: que el médico general, que si te remiten, que si esperás 6 meses, que si esperás un año verdad para llegar a la persona que realmente es la adecuada que te va a ver. Mientras tanto, tu salud se te va complicando, se te va deteriorando por esperar tanto tiempo verdad.”, Vilma

La espera es una condición muy relevante, porque esto significa la urgencia que las personas consideran en relación a su salud y la de las personas del hogar. La urgencia determina la definición inmediata de las estrategias y del uso de los servicios médicos privados como opción.

Las condiciones y la mediación del sector privado están antes de ingresar a los servicios de especialidades públicas. Sergio, a pesar de tener muchas quejas, reconoce que estando adentro, todo mejora.

...lo que cuesta es ingresar

“vea, de los servicios de la Caja ya cuando uno está dentro, en el hospital, que lo van a operar y le llegó su turno y de todo es magnífico ya, pero ya cuando usted ingresó... lo que cuesta es ingresar, lo que cuesta es que le lleguen a lo que usted tiene pero ya cuando usted está en el hospital ya ahí sí lo atienden bien, ya ahí... buena comida, las operaciones eh... todo lo que ellos ocupan y de todo, yo opino que todo eso está bien pero ya hasta que usted está adentro. Antes, antes... que usted no ha llegado al hospital, que no lo han revisado... hasta ahí está todo malo de ahí para atrás.”, Sergio

En relación con esto, La Caja sirve también para quienes tienen contactos, en algunos casos se narra hasta como un cometido acabado cuando se ingresa, evadiendo los trámites que todas las personas aseguradas deberían hacer. Asimismo, se considera que las personas que tienen familiares o amigos trabajando en los servicios de La Caja disfrutan de ciertas ventajas que el resto de personas que “no tienen comodines⁵⁰”, como lo dice Catalina.

La Caja que siga trabajando porque hay mucha gente que, que vive metidos ahí...

Catalina piensa que sí hay gente que necesita La Caja, tanto la que no puede pagar directamente como quienes entran con “comodines”. Esto es lo que ella relata,

“Diay es que La Caja, La Caja que siga trabajando porque hay mucha gente que, que vive metidos ahí, que de alguna manera los médicos los ven. Porque también eso es otra, mire, en La Caja que está llena la mamografía... no se la pueden hacer, que está lleno el servicio de tal cosa pero ¿qué pasa?, ¿por qué está lleno?: porque van los familiares y los amigos de la misma gente que trabaja ahí y se lo digo porque lo sé, entonces, esos son lo que tienen prioridad entonces nunca hay campo, para los demás que no tenemos comodines ahí: no hay campo y es cierto, entonces yo no sé, yo no sé qué sería... ¿modificar el seguro ahora?, no, no, más bien yo pienso que los médicos lo tratan mal a uno para que uno vaya a pagar afuera.”, Catalina

Entonces, La Caja queda para quienes tienen “comodines” o para quienes consideran que asegurarse solo se hace por las ventajas de que la atención nunca será negada. Por ejemplo, Lucía dice que ella y su esposo tienen seguro voluntario sólo porque es una ventaja cuando se presentan emergencias porque, a pesar de todo, La Caja es mejor en cuanto a atención de emergencias y la atención nunca será condicionada en caso de emergencia.

⁵⁰ Sobre este tema, ver III Encuesta sobre corrupción en Costa Rica, que realizó la Universidad de Costa Rica entre el 13 y 28 de junio 2009. Uno de los resultados muestra que se pagaron 880, 6 millones de colones por realizar un “biombo” o recibir tratamiento médico. Mientras que 332 millones de colones para internamiento en alguna clínica u hospital de la CCSS.

...siempre será una ventaja porque, como siempre, en las ventajas que tiene eh, el este... el hospital o los hospitales públicos no los tienen las clínicas privadas

– Entrevistadora: ¿por qué a pesar de que prefieran ir a algún centro médico privado, pagan el seguro voluntario? –

“porque este... con el seguro voluntario se, o sea para mi tiene... pagar el seguro voluntario siempre será una ventaja porque, como siempre, en las, las ventajas que tiene eh, el, el este... el hospital o los hospitales este públicos no los tienen las clínicas privadas, ¿me entendés? Como decir, yo no voy a comparar un hospital a ASEMBIS, o sea yo no voy a comparar Clínica (nombre de la clínica) tampoco digamos al Calderón porque una emergencia grave no voy a pedir que me lleven a ASEMBIS o a (nombre de la clínica) o a la (nombre de la clínica) verdad, yo de una vez o me llevan al hospital o...”, Lucía

Entonces, más que por obligación o por seguir los principios de la seguridad social, el aseguramiento es una forma de estrategia para tener segura la entrada a los servicios de La Caja cuando el evento corpóreo se ha considerado de emergencia o, eventualmente, no se tengan los recursos económicos necesarios en un momento determinado.

A diferencia de Lucía, Diego sí considera que la cotización debería darse más por principio y solidaridad para quienes no tienen otra opción. Sin embargo, se nota en su relato que al final de cuentas, La Caja queda para todas esas personas que tienen que lidiar con las listas de espera.

... si no se diera eso, este, mucha gente que no tiene los medios, este diay, se quedarían al garete

“yo siento que sí debería darse la cotización de La Caja porque eh... si no se diera eso, este, mucha gente que no tiene los medios este diay se quedarían al garete, diay... la cotización de La Caja debería de darse, debería darse porque bueno, primero por principio Costa Rica es un estado solidario verdad entonces, el solidario es diay el que yo pago diay...”, Diego

Con respecto a la cotización en sí, algunas de las personas entrevistadas dijeron no estar de acuerdo en seguir cotizando si, además, se veían obligadas a pagar directamente servicios de afuera. De acuerdo a las experiencias de Sergio y su esposa, él piensa que no es justo que ella deba cotizar si no recibe la calidad de los servicios que merece cualquier persona a la que le rebajan de su salario una cantidad de dinero por mes para las cuotas.

...si tengo que estar sacando plata para estar haciéndome exámenes afuera... mejor que no me rebajen seguro

yo digamos si fuera ella (porque yo soy más arrancado en eso), yo exigiría que no me rebajen seguro, que no me lo rebajen porque si tengo que estar sacando plata para estar haciéndome exámenes afuera... mejor que no me rebajen seguro. Y digo yo, los sindicatos que tienen los educadores para qué están, le digo yo, no están para defenderlos a ustedes y qué hacen, le digo yo, ustedes también tienen que pagarle a los sindicatos para que los defiendan... digamos en los problemas laborales pero en ese problema debieran ellos de meterse y hacer qué sé yo... una huelga como ellos hacen o lo que sea y pronunciarse hacia el seguro para ver qué solución da el seguro a las comunidades o a los asegurados...”, Sergio

Diana también considera que no debería seguirse con la cotización como carga obligatoria, si no que cada quien pague de acuerdo a sus posibilidades, sin embargo, cuando se le preguntó para qué usaría La Caja dijo que para operaciones, porque eran muy caras.

Ella piensa que,

“Digamos a los servicios de la Caja, a hacerse una operación, que uno sabe que por fuera es muy, muy... los costos son muy elevados, o sea que ahí ya uno sí buscaría los servicios de La Caja. Sería lo único.”, Diana

En relatos como estos, las personas se contradicen al decir que prefieren no cotizar, pero que cuando se trate de la necesidad de usar servicios costosos sí usarían los servicios de La Caja. Lo dicen, parece, sin darse cuenta que por medio de las cotizaciones es que se financian los servicios costosos que quisieran usar cuando sean requeridos: por ejemplo operaciones, hospitalizaciones por tratamientos o accidentes y exámenes especializados.

Vilma también considera que sería mejor dejar de cotizar,

“yo escogería no asegurarme y sino seguir con un plan de, de estos programas que hay eh, eh, de salud yo no sé cómo se llaman esos programas, que usted paga-

Entrevistadora: ¿los planes de salud?-

- sí los planes de salud o los servicios médicos que usted paga, tiene derecho a toda la atención en cualquiera de esos hospitales (a los privados se refiere).” Vilma

En el mismo sentido, Catalina sí dice que, de todas formas, quienes trabajan formalmente cotizan por obligación, que aunque no se quiera cotizar lo hacen porque el rebajo salarial es por ley.

...porque es obligatorio, porque es obligatorio

“...porque es obligatorio, porque es obligatorio, a mí me lo rebajan, yo soy pensionada y me lo rebajan, me rebajan el seguro. Imagínese cuánto dinero he pagado yo desde que empecé y qué, cuánto... cinco años en Estados Unidos, casi nunca lo usé y cuando venía, de vez en cuando, iba así, una consultilla ahí para que me dieran famotidina y, y, o algún medicamento porque allá no se podía, no lo podía conseguir.”, Catalina

Para Lucía, por ejemplo, como se vio en relatos anteriores, cotizar es más como una estrategia de asegurarse la entrada a los servicios caros de La Caja y es así para el resto de las personas entrevistadas; para Vilma también es más por recibir pensión cuando le corresponda. Lo que sucede es que cotizar ha significado “pagar doble”: por un lado, las cotizaciones para La Caja y por otro los pagos directos.

Por su parte, en razón de sus experiencias, Diego considera que lo más importante son las hospitalizaciones, su relato de experiencias se basa en que actualmente él se está recuperando de un accidente de tránsito (fue atropellado) que le provocó muchas lesiones físicas y demanda de los servicios médicos públicos, a parte de los que recibió en el INS. Por eso para él cotizar sí es importante, además sus razones van en función del discurso oficial del acceso universal de servicios de salud y La Caja como institución responsable de otorgar esos servicios.

...las hospitalizaciones, eso sí, imagínese que uno tuviera que pagar esas hospitalizaciones

El entonces considera que, los servicios de La Caja sirven para,

“...diay yo diría que para lo que son cositas así, sencillitas. Exámenes... hospitalizaciones es muy importante, porque las hospitalizaciones... diay cuánto cuesta una hospitalización. Si una cirugía ambulatoria mínimo le cuesta a uno quinientos mil colones, el hospital nada más, ambulatoria, sólo entre, pague y hale. Este... hospitalización, o sea, cuando uno está internado diay con todos los defectos que pueda tener esto diay ahí está uno, con comida fea, en algunos casos comida buena, no todos dan comida mala. Este... qué sé yo, cosillas así que hacen que... tratamientos ahí de que ya uno va montado en un rol, de que siempre está yendo ahí digamos diabéticos y todo ese tipo de gente. Y las hospitalizaciones eso sí, imagínese que uno tuviera que pagar esas hospitalizaciones, cuánto saldría eso.”, Diego

Gustavo da una respuesta muy categórica y refuerza el sentimiento del uso de servicios médicos privados como una obligación, porque los servicios de La Caja, específicamente los de los EB AIS expulsan a esas muchas personas que “prefieren” ir “afuera”, él usa los privados en tanto no logró ingresar a los de La Caja. No es como una decisión de conveniencia sino una estrategia obligada y afirma que,

“...digamos que la utilización de los servicios privados dependería de la falta de atención de los servicios públicos, eso es lo que pienso.”, Gustavo

Por eso dice que, a pesar de todo, La Caja ha servido para que su mamá pudiera ir a realizarse varias operaciones que resultarían muy caras si no hubiera un sistema de contribución como el actual.

...como mi mamá que le hicieron seis operaciones gigantes

“Los servicios de La Caja pues yo intentaría en todo momento de hacerlo, pero yo sé que sería mejor en aspectos como de emergencia, no sé pero los sistemas de emergencia, al menos en mi caso, han respondido bastante rápido y bien y también, digamos como mi mamá que le hicieron seis operaciones gigantes y así para no tener uno que pagar eso. Aunque sí hay que diay esperarse meses de meses para que le den la cita.”, Gustavo.

A diferencia de los relatos anteriores, Luis considera que La Caja no es la mejor si se trata de una emergencia, y esto lo cuenta muy en relación con la reciente experiencia que vivió con su esposa. Ella tenía fuertes dolores de estómago, ya le habían hecho varios exámenes en

el hospital de Guápiles, en una última gastroscopia le dijeron que tenía un cáncer muy avanzado y que no había nada que hacer, para Luis eso fue inaceptable, dice que en La Caja no encontró apoyo para intentar hacer algo más, entonces tomó la situación por sí mismo (individualizándose la experiencia del proceso salud-enfermedad) y este es su relato,

Si uno ve que el caso es un poco urgente lo mejor es un servicio privado

“Yo creo que La Caja es buena por ejemplo, bueno, alguien está, alguien tiene... le duele qué sé yo, la espalda entonces va al Seguro, lo primero que hacen es que lo inyectan, le quitan el dolor mientras tanto y le pueden hacer análisis qué sé yo, a ver dónde está la infección entonces le hacen examen que de orina, que de sangre, que de heces... qué sé yo, le hacen varios exámenes y entonces ahí le dan un diagnóstico de... ah sí tiene una infección por ejemplo, una infección de riñones, aparece algún problema, entonces ellos lo atacan, le dan antibióticos, le dan pastillas y ese fue, ese fue el servicio que uno recibió.

Pero ya si es una cuestión urgente, que uno vea que hay que mover la situación, La Caja no es la más indicada... Bueno, cuando es una emergencia, bueno depende de lo delicado que uno vea el caso verdad. Si uno ve que el caso es un poco urgente lo mejor es un servicio privado porque es más rápido, más ágil. No es lo mismo que uno llegue al hospital y le programen una... por ejemplo, una gastroscopia o le programen una, un ultrasonido o un TAC o cualquier gestión de esas pero uno sabe que eso tiene su tiempo, entonces uno va a un servicio privado y se lo hacen ya. Porque por ejemplo ahí, donde el doctor, el que le hizo los ultrasonidos... em... ahorita no recuerdo el nombre... en la Clínica (nombre de la clínica privada en Guápiles) a ella le hicieron dos o tres ultrasonidos, que fue el que me puso a correr. Entonces me dice: “esto yo lo veo extraño” y, y definitivo, él me dijo: “vaya y le saca unas placas y me las trae porque las quiero ver y se las lleva al doctor (apellido del doctor)” – porque el doctor en el hospital tiene contacto con ese médico de la Clínica (la privada).”, Luis

El siente que en el caso de su esposa tuvo que “mover la situación”, así es como también la experiencia del proceso salud-enfermedad se define como desigual de acuerdo a condiciones y posibilidades concretas y a los significados que cada persona le atribuya al proceso como tal.

Las estrategias son muestra de la complejidad, y a continuación, se presentan los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a los vínculos con los servicios médicos públicos en tanto es necesario pagar directamente por los primeros para entrar a los segundos.

Las nueve personas entrevistadas piensan que sólo para “cosas caras” sirve La Caja y es porque así lo han experimentado pero también porque estructuralmente, los servicios médicos públicos, se han sumido en cambios con enfoques reduccionistas, eficientistas y productivistas como ya se discutió en el capítulo III.

Una pregunta que queda en el tintero de los relatos es: ¿por qué si las y los médicos que atienden en La Caja son los mismos que atienden “afuera” la calidad de la atención no es la misma? Se preguntan así mismas las personas entrevistadas

Como se concluye en el estudio que coordinaron Macq y Martiny (2006), el negocio de la salud no está en la atención primaria sino en la medicina especializada (Macq y Martiny, 2006: 71). Así, desde el punto de vista de los procesos de privatización, al sistema de salud público se le responsabiliza de otorgar los servicios médicos no rentables para el sector médico ya que la medicina especializada se otorga a personas con tratamientos crónicos o *eventos corpóreos* muy graves que requieren de restablecimientos costosos.

Los anteriores relatos es posible apoyarlos con los datos proyectados por el estudio que hizo Sáenz a partir de la Encuesta Nacional en Salud 2006. Ella concluyó que

...las enfermedades agudas se dirigen al sector privado con un 74% y si son crónicas pasan al sector público (Hernández y Saénz, 2007. Presentación en las IV de Economía de la Salud “Dra. Ana Gabriela Ross”).

Así es como queda claro que el negocio de la salud en Costa Rica, a partir de estudios como el de Hernández y Saénz o Herrero y Durán, y de las entrevistas a profundidad, está en las especialidades médicas. Una anécdota particular la relata Isabel, a partir de su experiencia laboral durante 14 años en uno de los hospitales privados más grandes del país,

“ah es que estuvo de asistente el doctor fulano que es especialista en esto...”

“Los médicos se abusan, tal vez entran ahí, ahí a chepiar algo y cuando ven... y ellos mismos se aconsejan. Yo antes de trabajar en la oficina de abajo, en admisión y eso yo trabajaba en un consultorio privado (de un hospital privado) con dos médicos y ellos este... llegaban y le decían: “mira, buscate...” y ellos buscan en el mismo grupito de ellos, médicos... y si ven que la gente tiene plata dicen: “no, no es fulano de tal llegate porque quiero que veás unos pasos de una cirugía” y con sólo él que invitaba ese a llegar, ese cobraba.

Entrevistadora: por ejemplo, si yo soy una doctora y por ir a ver, ¿cobraba?-

-Sí y si le iban a enseñar a usted un paso o a dar, a seguir un tratamiento cosas así, por sólo el rato de estar ahí.

Entrevistadora: ¿las personas que son atendidas no se dan cuenta de eso?-

-No, “ah es que estuvo de asistente el doctor fulano que es especialista en esto y en el otro... porque queríamos salir de dudas” y ese es el cuento y ahí uno, uno que trabajó ahí como 14 años, salí, después volví un poquitillo más pero yo estuve con consultorio privado, con los médicos y después abajo en la oficina de admisión que ahí es donde, cuando llegábamos a hacer este... cuando yo llegaba a sacar las, la contabilidad de todo, de toda esa gente entonces ahí es donde ¡jue!, qué es este montón de facturas. Las agendas dobles para tributación, yo llenaba doble agenda, sacaba al día dos o tres recibos y eso era lo que anotaba en la agenda que le daba yo a tributación, la otra donde estaba la grande que se veía el montón de plata, esa se la llevaba el doctor. No, sí hay montones de cosas.” Isabel.

Mientras tanto, el sector privado se encarga de captar a población de “menor riesgo” y cuando la rentabilidad se va perdiendo, las personas se trasladan al sector público. Por lo tanto, la salud como negocio y como mercancía representa un bien de acumulación para laboratorios, consultorios, clínicas y hospitales privados que se vende como bien simbólico para las personas al reforzar los significados de la salud como tesoro.

Por lo tanto, en el contexto de los procesos privatizadores, la salud es tanto un bien de acumulación como un bien simbólico que se ajusta a los significados pero también a las leyes del mercado.

La salud como derecho queda entre las paredes de una institucionalidad pública que se debe ajustar a enfoques medicalizantes y privatizadores con el riesgo de reducir el derecho a

quienes primero puedan hacer pagos directos en los servicios médicos privados que sí son rentables y que se vinculan directamente con los servicios de especialidades de La Caja.

Por eso es que la vinculación entre servicios médicos privados y públicos se compone de un complejo contexto político y económico que ha permitido mostrar que la vinculación estructural no se queda solo en ese nivel sino que también se refleja, como práctica estratégica, en la vida concreta de las personas.

2.3. Relatos sobre significados.

Los significados pueden estar relacionados con atribuciones, calificaciones, sentidos y experiencias que las personas, en su condición de generadoras de experiencias, ahondan según el contexto socio-político. Estos relatos se vinculan, también, a los sistemas de creencias como mecanismos para definir las estrategias.

Los sistemas de creencias expresados en los significados muestran la imbricación estructural experimentada concretamente. De los sistemas de creencias se deriva, lo que Di Nicola llama, subculturas de salud y a partir de estas se establecen las estrategias que se analizaron anteriormente.

Es decir, la imbricación estructural es significativa a partir de un esquema de sistema de creencias y subculturas de salud que, en este caso, obligan a definir estrategias relacionadas con el campo de servicios médicos.

Los relatos se analizaron a partir de los dos significados que más coincidían entre los diferentes relatos de las nueve personas entrevistadas. El primer significado es qué significa pagar, qué sienten cuando pagan por un servicio médico privado. Para Luis, por ejemplo, el significado de pagar no tiene sentido para él porque él no lo percibe como pago, sino como una forma de ayudar a que su esposa esté mejor. El caso de él y su familia indica que lo que se pone en juego es el significado de la vida y la muerte de un miembro del hogar y con el cual se tiene una relación afectiva.

A diferencia de Luis, para Diana significa darse gustos porque ella se merece una buena atención y siente que no la recibe en los servicios de La Caja. Isabel lo siente como un derroche de dinero porque se supone que teniendo acceso a la seguridad social no deberían hacer otros pagos, directos, para acudir a los servicios de La Caja.

El segundo significado es sobre qué significa, explícitamente, usar servicios médicos privados en función de lo que significa “estar sano” o “estar enfermo”. De esta manera, el tercer significado se enfoca a lo que es estar sano o estar enfermo en relación a la atención del proceso salud-enfermedad y en el entendido de que los cuerpos son espacios de expresión social.

2.3.1. ¿Qué significa pagar?: derecho a la salud condicionado.

A partir de los relatos fue posible concluir que las personas sienten más derecho sobre su salud en el sector privado porque pueden exigir, pedir cuentas y controlar quién quiera que los atienda y cómo.

Lo que se muestra con esta investigación es que el poder de exigencia y rendición de cuentas, además de la calidad de atención, son aspectos que según la teoría deberían ser inherentes a todo servicio público; sin embargo, en el mismo discurso oficial de los procesos de privatización se aclama por la libertad de elección y el derecho a la salud que cada quien quiera tener.

El derecho no puede entonces delimitarse por una separación institucional y política entre lo público y lo privado, el problema es que si el derecho se promueve desde lo privado la salud sería un derecho condicionado por las posibilidades individuales de ser ejercido. A pesar de eso, en los relatos es posible leer que el derecho se está ejerciendo más “afuera” que “adentro”.

...digamos para mí significa rapidez, significa el ir a un lado privado, significa de que usted va a estar bien de salud rápido... así de fácil

“digamos para mí significa rapidez, significa el ir a un lado privado, significa de que usted va a estar bien de salud rápido... así de fácil. Si usted paga, a usted lo atienden inmediatamente, inmediatamente le mandan las mejores medicinas y todo es mejor... la atención, la atención a usted le dicen: “venga pase por aquí inmediatamente, ya le vamos a...”- usted va al EBAIS y ahí siéntese en una banca y espérese que lo llamen verdad, es diferente...” Sergio

Lucía expresa claramente que es afuera donde siente que sí puede exigir,

Bueno, ahí en ese caso cuando yo he ido a las clínicas privadas y tengo que pagar, yo tengo toda la ventaja de, de exigir

“Bueno, ahí en ese caso cuando yo he ido a las clínicas privadas y tengo que pagar, yo tengo toda la ventaja de, de exigir que se me atienda como debe de ser, mientras que en el seguro muchas veces se les olvida a la gente de que uno está pagando seguro y lo tratan como se les antoja, o sea y uno realmente pagando seguro, entonces esa es una de las cosas que a veces, yo en lo particular, prefiero ir a pagar a una clínica, que se me atienda como debe de ser y no ir al EBAIS o a alguna de las clínicas X del seguro: en primer lugar a perder prácticamente todo un día antes que te atiendan, bueno las cansadas verdad, por lo mismo, quizás no, no tanto será la, la este... la culpa del personal si no por vivir tan saturado de gente, o sea, el estrés de toditos los días y prácticamente muchas veces la gente no está totalmente capacitado, o yo no sé, para atender a la gente porque muchas veces lo que falta, lo que falta en los EBAIS o en las clínicas, incluso en los hospitales, es amabilidad.”, Lucía

Ir “al seguro” es perder tiempo, así es como parece más bien que el enfoque eficientista ha desgarrado el sector público, ¿será entonces que la eficiencia sólo se genera en lo privado, es propia de lo privado? ¿Si tanto se alardea de esta virtud privada entonces por qué no resulta en lo público?

Estas preguntas analíticas son cuestionamientos que las mismas personas hacían en el transcurso de la entrevista: qué hacer ante lo dado, ante lo disponible. La salud es un negocio, en eso se resumen las apreciaciones de las personas ante las respuestas que ellas se daban para sí mismas, un negocio y los médicos quieren ganar dinero.

...termina yendo uno donde un privado y prácticamente le receta lo mismo

“...el médico, em, este hace su mayor esfuerzo aunque a veces uno va al público y como que uno no... no sé si es la misma presión que tienen ahí verdad, llegan y como que ni lo vuelven a ver a uno y termina yendo uno donde un privado y prácticamente le receta lo mismo y ahí a uno sí le ponen más atención... Diay como un negocio (risas), como un negocio... realmente diay digamos nosotros pusimos esta oficina de contabilidad y vamos a ofrecer un servicio contable y tratamos de ofrecerlo de la forma más profesional que se pueda... bueno el médico también, diay pero la finalidad de él es de hacer más dinero”, Diego

Asimismo Diego considera que el pago significa libertad de exigir,

Diay, considero que al ser un servicio pagado uno diay pues como que se siente más en la libertad de exigir, verdad, y pedir.”, Diego

Relacionado con poder de exigir está la confianza de sentir que la salud, la salud propia y lo que siente el propio cuerpo se puede “tomar en las manos” decidiendo qué se puede ir haciendo y cómo. En el caso de Luis, él dice que

...la diferencia se siente porque no es lo mismo que uno llegue a pagar a una clínica

“Bueno es que se siente, la diferencia se siente porque no es lo mismo que uno llegue a pagar a una clínica, privada lógicamente, que ir a recibir servicios a un hospital – un servicio público – se siente la diferencia. Ahora, no es que quiera decir que en el hospital no hay del todo humanidad, seguramente que sí hay muchas personas que la practican, pero cuando uno se da cuenta, como en el caso mío, que el doctor simple y sencillamente me dijo: “mejor se la lleva para su casa”, este... son tres o cuatro meses y tengo que enterrarla y yo cómo me voy a resistir a eso, cómo yo voy a aceptar esa situación.”, Luis

Esto quiere decir que el uso de servicios médicos privados y públicos no es indistinto, es decir, no significa lo mismo para las personas, la imbricación es mucha pero la diferencia también lo es.

...ahí uno llega y lo tratan bien aunque tenga que pagar pero se siente la diferencia.

“Yo siempre, yo siempre he valorado los servicios de, los servicios públicos muy bien porque como quiera que sea es un servicio que se lo brindan a uno con muy bajos costos, o sea, el hecho de que una operación o un internamiento lo hagan por medio del Seguro que es una cuota mínima, muy baja la que uno paga, eso es muy importante para la gente de escasos recursos, como uno que apenas anda ahí... viviendo, pillizcandola. Pero, pero de ahí a que a uno no le den un servicio como el que uno quisiera, por lo menos el trato, trato eh... pues un trato bonito, que uno sienta que lo tratan bien. Lo que no sucede en las clínicas privadas, que ahí uno llega y lo tratan bien aunque tenga que pagar pero se siente la diferencia.”, Luis

Es decir, las personas experimentan una diferencia significativa de acuerdo al trato y calidad de la atención aunque el profesional en medicina que las atienda sea el mismo que las atiende en La Caja. El doble rol, como ejemplo empírico de imbricación estructural, hace de la experiencia concreta algo diferente si ocurre en un consultorio privado o en La Caja.

...puede ser el mismo doctor y vos vas a consulta particular, el trato no es el mismo

“Y es que es curioso, usted va donde un doctor que te atiende, digamos, en un hospital de la Caja, el trato no es el mismo; puede ser el mismo doctor y vos vas a consulta particular, el trato no es el mismo, que el que te da que cuando te atiende en la Caja, que cuando te atiende en consultorio privado, verdad.”, Diana

De este modo, los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados, en relación con el pago directo, se distancian de las nociones de gasto en salud porque, aunque represente un reajuste en el presupuesto del hogar, los pagos significan mejor atención, prontitud, acceso, significan poder hacer algo más allá del sistema médico público. Así que los pagos no se sienten como un gasto, porque las personas no dijeron sentir la salud como un gasto sino algo sobre lo que hay que reaccionar, de ahí la importancia de los sistemas de creencias como mecanismos de acción, de decisión y de movilización a partir de circunstancias concretas, en este caso de *eventos corpóreos*, como tan acertadamente los define Alvarez- Larrauri, por medio de la aplicación de la teoría del mundo social a la sociología de la salud.

No siendo los pagos un gasto, son parte de una necesidad que, en el caso de Isabel, se convierte en resignación ante la pregunta de por qué ella y las personas que conforman su hogar usan servicios médicos privados,

...yo pienso a veces que diay que por pura necesidad es que tiene que ir uno afuera

“...yo pienso a veces que diay que por pura necesidad es que tiene que ir uno afuera por, a veces por negligencia de ellos qué sé yo o que el doctor está en vacaciones o que esto y aquello y entonces a veces hay que pagar consultas afuera también o tal vez tiene usted el examen y el doctor no está, se fue de vacaciones o está enfermo porque por lo general se da mucho eso de las incapacidades.”, Isabel

Para el caso de las nueve entrevistas, los sistemas de creencias que se expresan por medio de los relatos anulan la noción de gasto en salud. Esto es muy relevante, porque a nivel nacional, los trabajos sobre uso de servicios médicos privados lo que han hecho es medir el

llamado gasto en salud sin tomar en cuenta lo que este llamado gasto significa cualitativamente, las mediciones inhiben un análisis que pueda acercarse al sentido de los por qué.

Las encuestas más recientes, del 2006 que se presentaron en el capítulo III, dan cuenta de cantidades millonarias de la medición de lo que ellos consideran como gasto en salud, sin embargo, con estos relatos, detrás de los números hay impotencia ante “no tener otra salida”, hacia lo privado como necesidad y obligación, hay miedo a no ser atendido o que no se atienda a alguien del hogar y hay un derecho que se media por una distribución desigual de la experiencia del proceso salud-enfermedad.

...voy a tener una garantía de que lo que estoy pagando es por calidad

“Pues para mí más bien significa que yo voy a tener una garantía de que lo que estoy pagando es por calidad, por atención, por personas que tenga eh, tal vez más eh, este como te dijera, más eh... disposición para el paciente tanto médico como el personal que laboran ahí”
Vilma

No es gasto porque se trata de calidad garantizada, en el caso de Isabel tampoco es gasto porque se trata de la vida de los hijos, que además es un hogar en el cual se muestra claramente el rol de madre disponible y responsable por la atención médica de las personas del hogar. Desde su punto de vista es un derroche de dinero en el sentido del “pago doble” pero la idea de pago se hace a un lado cuando se trata de sus hijos.

...¿para dónde agarra uno? O sea es necesario

“Bueno, significa a veces... qué te puedo decir: un derroche de dinero (risas). Diay sí, este diay tener, tal vez por, o sea por... bueno por la salud de mis chiquitos no, si hay que hacerlo, hay que hacerlo pero a veces por cosas, por esas citas como lo del urólogo de mi hijo, diay hay que hacerlo porque hay que sacar diay plata para hacerlo pero diay: ¿para dónde agarra uno? O sea es necesario –

Entrevistadora: ¿usted lo siente como necesario?-

“Sí por pura necesidad hay que hacerlo porque si no para dónde agarra uno... esperar y no sólo que la pase algo a uno de los güilas”, Isabel

Pagar significa, a pesar de ser una obligación, algo seguro y manejable porque se tiene la certeza de que cualquier complicación está La Caja. Dos testimonios relatan qué debería hacer La Caja entonces, cómo podría mejorarse.

¿Por qué te tienen que cobrar un millón por hacerte una operación de lo que sea?

“Yo quisiera que hubiera un hospital que le dieran a la gente como, como... privado, como el hospital este... ¿cuál fue el que me dijo usted?, el que está allá por- el CIMA- aha, como el CIMA o un hospital así que, que la gente pudiera pagar y que la atendieran ahí en forma privada pero, pero no... o que vendieran acciones baratas y que todo mundo sea accionista y que, que, alguna forma de que uno pueda optar a un servicio privado sin tanto problema, sin que sea tan caro, ¿por qué te tienen que cobrar un millón por hacerte una operación de, de lo que sea?, o un millón y medio, y a parte la clínica te cobra como si estuvieras en un hotel de lujo, carajo, ahí ya no existe lo social, el servicio social, un médico como deber ser, no, ellos quieren ser millonarios todos en poco tiempo.” Catalina

En esta misma línea, Gustavo dice que,

...yo creo que se podría hacer al frente del CIMA un CIMA para la gente normal

“O sea la inversión que está haciendo la, la empresa privada, el sector público debería hacerlo igual o más porque está tratando de, de poder captar a muchísima más gente, el servicio privado obviamente hace su inversión con estudios de que van a tener clientela y que no, o sea, y que no van a quebrar y esa minoría de gente que tiene acceso a eso les da para hacer esas inversiones tan gigantes digamos como el CIMA, debería haber dinero del gobierno para hacer eso y más en el servicio público. O sea, yo creo que se podría hacer al frente del CIMA un CIMA para la gente normal, de La Caja y todavía no darían abasto, o sea, si lo hicieran sería genial.”, Gustavo

En estos relatos se expresa claramente la influencia de los enfoques privatizadores al decirse que se atiende en forma pública pero como un lugar privado. Esta es la difícil separación público-privado y la justificación hacia lo privado como forma única de eficiencia y calidad.

Eso que Catalina quiere es lo que se tiene con La Caja, por medio de las cotizaciones se es “accionista” de una institución pública que fue sólida pero que desde la década de los años noventa se ha desgastado por la confluencia de múltiples intereses y por el espacio que se ha dado al sector privado para ofrecer y administrar servicios médicos. Gustavo, por su parte,

apela a un CIMA para “gente normal”, que desde el enfoque mixto y de mercado que discute Selva Sutter, son un ejemplo de cómo debería ser lo público en relación con lo privado.

De esta forma, según los relatos, lo público debería ser como lo privado, entonces ¿cómo podría ser público? De nuevo, aparece la dualidad teórica de múltiples sentidos, como se retoma de Rabotnikof, expresada en testimonios concretos en donde lo privado significa calidad, eficiencia, confianza mientras a lo público le hace falta todo eso.

En síntesis, a pesar de que los pagos directos signifiquen un resentimiento hacia La Caja, también son una forma de poder exigir calidad de atención, recibir atención inmediata y una forma en que desaparece la condición de pago debido al significado de salud como bien simbólico.

2.3.2. *¿Qué significa usar servicios médicos privados a partir de experiencias particulares?: vacíos de los servicios de La Caja.*

...por qué no darme mis gustitos

“Eh, pues yo lo que pienso es por qué no darme mis gustitos, uno, uno se merece una buena atención, y yo me siento más segura con el diagnóstico que me da el doctor de un hospital privado que con los EBASIS, que uno sabe que los que mandan ahí son los doctores que son, que están, digamos, en el internado, o algo así, entonces, uno no se siente como muy seguro, como muy, muy a gusto.”, Diana

Usar servicios médicos privados: ¿por qué?, antes se han presentado respuestas estructurales a esta pregunta y con las interpretaciones previas se han mostrado algunos de los significados que las personas atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación con los servicios médicos públicos. Se aclara que es en relación a los servicios médicos públicos porque el significado se otorga en contraposición a estos, por lo que es relevante para el análisis de los vínculos, ya que los significados los expresan siempre en comparación con los servicios médicos de La Caja.

Para Isabel significa “darse gustos”, ese darse significa para ella salir hacia lo privado porque ahí puede darse gustos por medio de un pago directo que deja de ser pago cuando ella lo siente como algo que se merece para sí misma. El sector privado se separa del público en razón de sus gustos y se imbrica cuando usarlos le permite pasar más rápido hacia La Caja, como lo expresa ella en relatos anteriores.

Significa calidad, mejor atención, calidad del servicio, de la operación, calidad del, de la clínica

“Significa calidad, mejor atención, calidad del servicio, de la operación, calidad del, de la clínica, mejor atención de parte de todo el personal; significa más tranquilidad y más eficiencia, ¿no?, porque yo me imagino que lo tratan a uno mejor porque uno está pagando. Significa, ¿qué significa?, que todo es más fácil, más..., cómo le dijera- pausa- di pues sí, que lo van a tratar mejor, usted va..., tiene más confianza en el médico, que se va a portar mejor que si fuera cualquier médico, usted va al seguro ahora que la operen y la operan los estudiantes y eso es lo que yo no soporto, imagínese que haya un estudiante que nada que ver, porque es la verdad.”, Catalina

Según las experiencias de Catalina, significa calidad y confianza ya que su principal temor es que en La Caja atienden “los estudiantes” y significa eso a pesar de que antes dijera que “ahí ya no existe lo social” porque las y los médicos quieren “hacerse millonarios al mismo tiempo”. Para ella significa una atención segura, atendida por un o una profesional con experiencia, por lo tanto, se recalca que la distinción público-privado se hace imprecisa en la experiencia concreta, aunque las implicaciones sean diferentes.

...aunque haya que pagar pero ellos tienen mucha humanidad a la hora de tratarlo a uno

“Bueno, yo creo que excepcional, o sea, maravilloso. Yo, yo siempre he creído que esos servicios son eficientes y aunque, como le digo, aunque haya que pagar pero ellos tienen mucha humanidad a la hora de tratarlo a uno, tratar el paciente...uno paga y le recetan lo mejor, los mejores medicamentos y uno va y los compra aunque sean caros pero uno sabe que son, que son de calidad. Lo que uno no le tiene mucha fe al Seguro, seguro es porque como ahí lo más que recetan es acetaminofén que para el dolor o algunos medicamentos no son exactamente lo mejor porque tal vez ellos tengan razón: son muy caros y diay no podrían repartirle a todos los asegurados...”, Luis

Calidad y poder, calidad de atención y poder de compra, de comprar los medicamentos de mejor calidad, eso significa para Luis. Asimismo, este testimonio debe analizarse a la luz de su experiencia muy específica, ya que para él los servicios médicos privados significaron poder enfrentar una situación de desahucio que le dieron a su esposa en los servicios médicos de La Caja. “Salir” hacia el sector privado significó poder hacer algo más, buscar algo más qué hacer, fue no resistirse a la palabra médica pública. Por su parte, está la palabra médica privada que alienta y apoya la desesperación de una familia, finalmente, la palabra divina que se convierte en indispensable porque él insistía en aceptar la voluntad de Dios mientras se hacía lo que se podía y eso sólo fue posible en el sector privado donde él sentía control de la situación porque, al fin y al cabo, él estaba pagando aunque el pago no se sintiera como “comprar salud” para su esposa.

¿Cómo es posible que pagando se pueda sentir control de una situación familiar tensa, que desgarrar las emociones y las incertidumbres de la vida?, ¿cómo media el dinero en las situaciones vitales? En La Caja, las manos se sienten atadas, en lo privado se gestionan las posibilidades, esta idea es la que se ha extendido, basada en la ilusión de la libertad de elección como principio de un “consumo libre”. La discusión ética es ¿cómo el mercado de la salud manipula a través de este principio en desmedro de las emociones afectivas que provocan los eventos corpóreos y lo que estos signifiquen para las personas?

Sobre este dilema, Sergio reflexiona así,

“Que digo yo, el mismo doctor, por ética, no se sentirá mal en decir: “puña, esta persona necesita un ultrasonido de urgencia y yo lo estoy mandando cada 2 años”- digamos, ellos podrán dormir tranquilos, digo yo, yo no sé si podrán dormir tranquilos porque como profesionales diay, es mejor que le digan a la persona: “vea, aquí para lo que son exámenes mejor vayan afuera, vayan, vayan y se hacen los exámenes y traen el resultado tal vez yo así sí le puedo ayudar... qué es lo que tiene y todo...”, Sergio

Sin embargo, él acepta que entonces, en lugar de fortalecer la institucionalidad pública se trasladen las personas a lo privado como condición única ante los vacíos de La Caja y se fortalezca así un sector privado a costa de debilidades de un sector público reforzadas por los mismos procesos privatizadores.

Lo importante es escoger y eso solo es posible, desde el punto de vista de las personas entrevistadas, hacerlo “afuera”

...uno puede escoger un buen médico

“...uno puede escoger un buen médico y que uno puede escoger que lo, que lo... eso es lo principal que uno pueda escoger la persona que uno tenga toda la confianza de que va a salir bien y que se va a preocupar por usted.” Catalina

La libre elección del mercado es una forma de individualizar el proceso salud-enfermedad, se niega su condición colectiva, histórica y social. Entonces, el problema no está en que las personas ejerzan control sobre su cuerpo y los procesos corporales, sino que se

fomente la idea de que eso sólo es posible hacerlo en el sector privado y el derecho a la salud quede dispuesto y se sienta ejercido a través de los pagos que se hacen a un sector que negocia con la salud, para ellos el pago significa ganancia y acumulación, para las personas como Luis, significa hacer algo más por la vida de su esposa.

Entonces se establece,

...ya no es una relación médico – paciente, sino, médico – cliente

“...bueno casi todos los casos han sido un poquito más de... número uno: tranquilidad, menos pérdida de tiempo, no necesariamente pero, este, porque por ejemplo el pediatra donde nosotros siempre que íbamos ahí casi que había que sacar toda la tarde porque a ese hombre se le llenaba el consultorio, este, pero... atención más personalizada eso sí es algo muy importante, atención más personalizada y tal vez no sé, por ser uno ya... ya no es una relación médico – paciente, sino, médico – cliente...”, Diego

Esta relación que cambia es fundamental, porque las personas se sienten dueñas de su médico, su tratamiento, su consultorio. Estas sensaciones de posesión les permite una relación de “iguales” porque pueden hablar con la o él médico, porque le pueden preguntar, porque pueden tener y revisar su expediente, es decir, se sienten dueños de todo eso que en La Caja sienten que no les pertenece porque ni su expediente pueden solicitar con el derecho de saber qué les han hecho, cómo y cuáles han sido los resultados.

...te explica todo en forma muy detallada, muy, muy detallada, y eso para uno es muy importante, vos no te quedás con dudas.

“Eso es muy importante, verdad. Después, eh, cuando vas donde un médico, bueno ahora que acabo de ir donde este médico de la Clínica (nombre de la clínica), te explica todo en forma muy detallada, muy, muy detallada, y eso para uno es muy importante, vos no te quedas con dudas. Sino que todo te lo explica, incluso hasta con computadoras, todo el avance de la tecnología, y todo te lo explica en computadora, entonces como que usted le queda más claro todo. Que no es lo mismo que pasa en la Caja, verdad.” Diana

La imposición médica se siente en los servicios de La Caja y no en los del sector privado porque en estos “quien manda es el cliente”, como dice el dicho popular: “el cliente tiene la última palabra”. De esta forma, lo público es lo impuesto y lo privado lo escogido, se

deja libre de toda culpa al negocio de los consultorios y clínicas privadas porque son las personas las que deciden y escogen. Esta condición de cliente hace a un lado la manipulación médica que se genera desde el sector privado, esconde la violencia simbólica por medio de las libertades de elección mientras las personas consideran que ahí es el espacio donde pueden ejercer el derecho a la salud.

De esta manera, también significa salir,

Porque adonde uno no ve esa eficacia es donde tiene que irse

“...aquí en Costa Rica está la Caja del Seguro Social para eso, para atendernos, bueno en el caso mío cuando fui asegurado, para atendernos cuando estemos enfermos, ¿ya? No es para ir a buscar doctores aparte y de todo teniendo la Caja del Seguro verdad. Entonces, yo lo que digo es si me siento mal, en el seguro me tienen que atender bien verdad. Ahora, no es que le hagan la radiografía ahí mismo, o sea uno sabe, es mucha la gente, todos, todos los que están en un EBAIS están ahí porque están enfermos, tenemos que esperar el turno pero que sea... que haya más eficacia en el servicio, ¿me explico? Porque adonde uno no ve esa eficacia es donde tiene que irse, donde tiene que buscar los servicios privados y dice uno: cómo es posible si se está pagando seguro ir a buscar lo privado no, no, o sea no tiene lógica.”, Sergio

Es una salida que implica una forma de entrada diferente porque a través de esa salida es que se logra entrar a los servicios de La Caja, porque como se ha dicho, cuando se logra entrar, las cosas mejoran.

Este llamado juego de entrada y salida se fundamenta también en una búsqueda de un estado de salud que se apoya en los significados que cada sociedad tenga sobre salud y enfermedad y cómo actuar ante esos significados. Desde la perspectiva de Alvarez-Larrauri, son parte de las interpretaciones sobre salud y enfermedad según el *habitus* en relación a la salud que no es más que,

...la concordancia entre estructuras objetivas del campo de la salud y las estructuras cognitivas del *habitus*, entre la conformación del ser y las formas de conocer y de hacer, que se construye la relación del *habitus* con el mundo y la reproducción del mismo, y por lo tanto, de su salud y su enfermedad. (Alvarez-Larrauri, 2004: 199)

Es así como en el *habitus*, entendido como espacio donde se desarrolla la vida concreta, se expresan las implicaciones estructurales, en este caso específico, los procesos de privatización. Los significados, de acuerdo al actual momento histórico, social y político, se insertan dentro de los procesos privatizadores porque estos han tenido incidencia en sus *habitus*, porque los *habitus* no son naturales ni están aislados, ya que por medio de estos, además de atribuir significados al uso de servicios médicos privados en relación con los servicios médicos públicos, las personas son capaces de explicarse a sí mismas por qué hacen lo que hacen y cuáles consideran que son las razones más allá de sus vivencias subjetivas que justifica sus estrategias.

Para Vilma, usar servicios médicos privados le “salvó la vida”,

...cuando uno llega inmediatamente lo atienden

“bueno, por experiencia propia, yo considero que los servicios son mejores porque cuando uno llega inmediatamente lo atienden, eh, yo por medio de eso, tuve una operación que diay me salvó la vida prácticamente verdad. “Y te llevan a un cuarto bonito, agradable, eh con televisión, eh te tienen el equipo de, de, de, por ejemplo de una bata decente, bonita... en cambio de ahí, de la clínica (Clínica Dr. Moreno Cañas y luego de ahí la trasladaron al Hospital San Juan de Dios para otra cirugía) te tenías que andar agarrando porque no tenían botones verdad ni nada, necesitaba eh... tal vez te dicen, ni siquiera te dan la instrucción de que no tenés que levantarte verdad entonces ya uno considera.” Vilma

Lo interesante de notar en este relato es cómo se pasa de un significado vital a significados que denotan lo “bueno” que sí tiene el sector privado: televisión, cuartos bonitos y batas decentes, mientras en lo público todo es feo, difícil, incómodo, impersonal e inhumano, como lo sintieron Luis y su familia.

...como que un hijo mío me dijo que el hospital no era para la gente

“Bueno, como que un hijo mío me dijo que el hospital no era para la gente, el hospital común y corriente verdad, no hospital privado... que no era para gente, que esa gente no tienen escrúpulos para tratarlo a uno, o sea, no lo tratan con la humanidad que debieran. Humanitariamente están muy... están lejos de la realidad.”, Luis

Cómo interpretar esto: ¿como violencia simbólica por parte del sector público y benevolencia del sector privado?, o ¿el sentido de humanidad como estrategia publicitaria del consultorio, la clínica u hospital privado? ¿No sería esto también violencia simbólica al manipularse los eventos corpóreos que serán siempre importantes e incondicionales para las personas? Porque aunque no sea una “emergencia” desde el punto de vista médico, sí puede serlo desde el punto de vista de las personas y cómo interpreten lo que sienten.

Por eso el relato de Isabel se centra en la necesidad de atender lo que ella considere una urgencia,

...es por necesidad es porque se necesita o urge qué sé yo

“...no, es una necesidad, o sea a veces hay que gastar lo, tal vez por... nada más por negligencia del hospital, del seguro porque a veces ellos por, por verdad por “hay que tal cosa y... ” Entonces uno tiene que por fuerza ir a gastar pero de todos modos no, no se está botando el dinero ni nada porque es por salud y para mí eso es lo más importante así es que no, no, no es por necesidad es porque se necesita o urge qué sé yo...”, Isabel

Para ella significa atender algo urgente y donde sea posible escapar de la negligencia de los hospitales públicos, la negligencia es algo que su *habitus* le permite explicar en razón de sus experiencias en el tanto están ubicadas en un contexto de procesos privatizadores complejos.

Finalmente, para Diego significa fe, él interpreta los significados atribuidos al uso de servicios médicos privados como fe, en contraposición con la poca fe o confianza que le tiene a los servicios de La Caja.

“diay este, diay uno como que al tomárselo como más confiado como que le tiene más fe verdad, a veces muchas cosas es de pura fe verdad.”, Diego

Fe en lo privado, esto es parte de significados alrededor de la credibilidad y de cómo la palabra médica se condiciona al sector donde esta sea pronunciada. Esto es muy relevante porque la confianza de las personas hacia los diagnósticos se basa según el sector en el cual se desempeñe la o el médico.

Yo no confío en los hospitales, yo no confío en el Calderón Guardia.

“Yo no confío en los hospitales, yo no confío en el Calderón Guardia. ¡Eh!, sabe que me dijo la doctora, le digo: “doctora, se me está saliendo una pelota, así, tengo... algo se me está saliendo y tengo problemas, que no puedo orinar porque tengo una cistitis todo el tiempo y...”- me dice- “ah, póngase una faja”- eso fue lo que me dijo: póngase una faja. Entonces yo sé que si voy donde una doctora particular me dice: “la opero mañana”- pero tengo que pagar dos millones o quién sabe cuánto...”, Catalina

Sin embargo, para Lucía no puede ser tan indistinto porque no se explica cómo la calidad del diagnóstico va a ser diferente entre uno de La Caja y otro de consulta privada, ya que la formación profesional es la misma. Para ella, el médico es médico sea en lo público o en lo privado, la calidad del trato puede ser diferente pero no la del diagnóstico

...muchos de los casos van a parar al Calderón

“Bueno, en lo de una clínica privada porque muchas veces no hay lo suficiente y no te van a atender igual como te atienden en un hospital ya en un caso de gravedad, como decir, es como, es como... (Risas)... una vez me dijo un doctor de la (nombre de la clínica) este... y siendo de hospital-clínica: “si es un caso”- me dice- “de gravedad, que realmente sea de vida o muerte...”- prácticamente me dice- “aunque sea”- me dice- “en (nombre de la clínica) o en la (nombre de la clínica) muchos de los casos van a parar al Calderón”- entonces me dice- “por una u otra razón, que no hay los suficientes equipos o no está el suficiente personal capacitado para que atiendan la emergencia”- entonces me dice- “muchos casos ya tratándose de X o tales hospitales altamente privados como por ejemplo (nombre de la clínica) que son los, digamos, los mejores hablando de lo privado o la (nombre de la clínica) muchos casos van a dar o al San Juan o al Calderón”. Lucía

Por eso Lucía considera que, si todo va “a dar al Calderón” quiere decir que no hay diferencia en la formación, y que el ejercicio médico en sí no podría variar tanto. A pesar de eso, Catalina más bien reconoce que no le tiene confianza al Hospital Calderón, esto debe

considerarse a partir de su experiencia específica cuando, por medio de un biombo, consiguió una cirugía en ese hospital y resultó una mala praxis.

A diferencia de los testimonios anteriores y del significado que la mayoría de las personas otorga al uso de los servicios médicos privados en relación a los públicos, se presenta el relato de Gustavo, él reconoce que de no ser por los servicios del sector privado se “hubiera muerto” porque de La Caja fue rechazado debido al faltante de camas. Sin embargo, su relato no expresa la excepcionalidad de los anteriores,

O sea, si no hubiera presentado mi tarjeta de crédito cuando entré, así de mal, no me hubieran dejado entrar

“O sea, si no hubiera presentado mi tarjeta de crédito cuando entré, así de mal, no me hubieran dejado entrar, viéndome así de mal, en la clínica (nombre de la clínica) una clínica que qué sé yo, con toda la trascendencia religiosa, de ayudar al prójimo y todo eso, si no hubiera estado el plástico ahí de por medio, me hubieran matado ahí, en ese estado. Tal vez eso no lo hacen en La Caja.” Gustavo

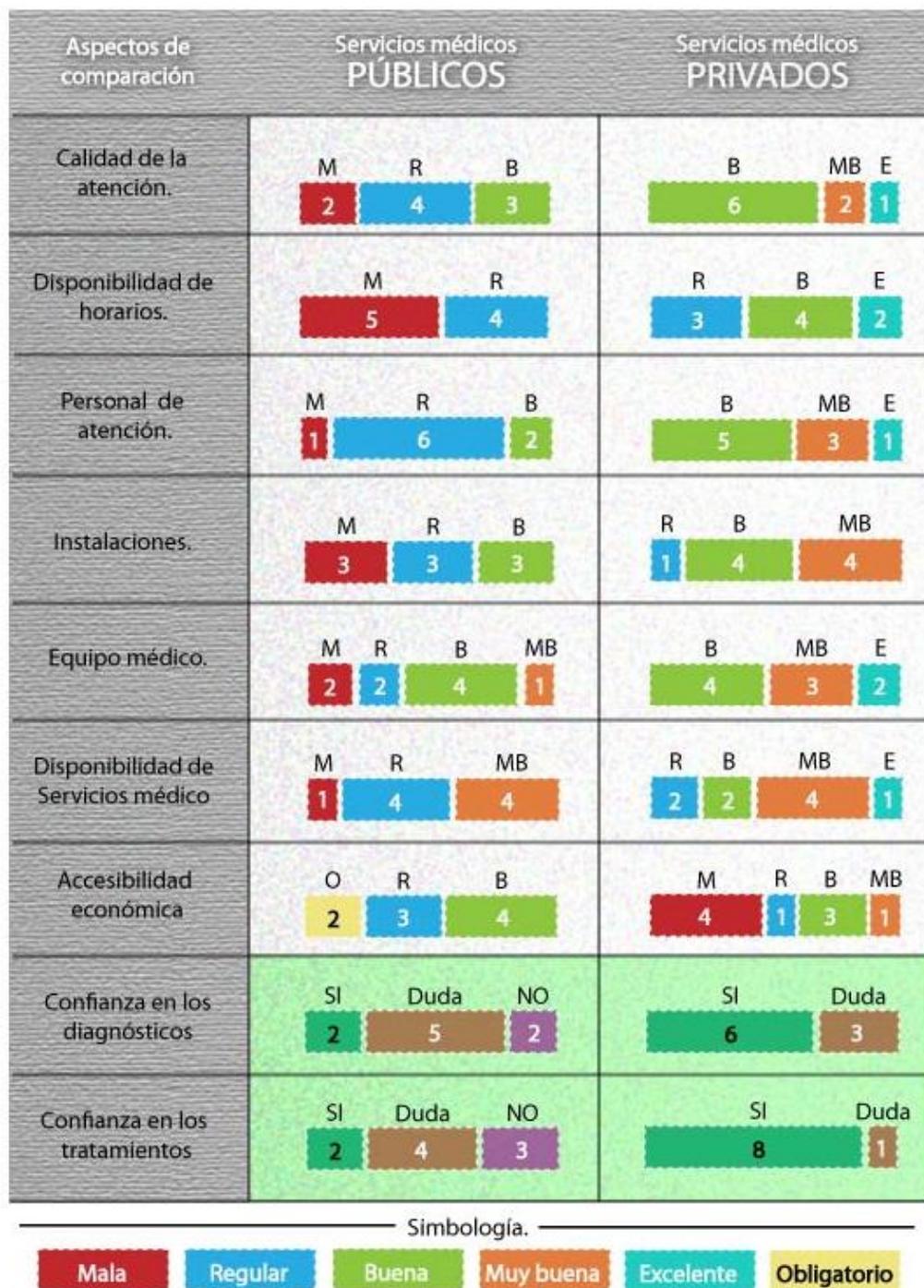
Es así como el pago se convierte en atención humanitaria, en el caso de Luis por ejemplo, el pago quedó de lado porque lo único importante era poder “hacer algo más” por su esposa, por lo tanto lo sintió como una oportunidad.

En el caso de Gustavo más bien fue una burla y la sensación de condicionar su gravedad al pago directo, primero fue a La Caja pero al “ser rechazado” y por tratarse de un evento corpóreo urgente (tenía un cuadro de dengue que le estaba afectando su sistema inmunológico) no tuvo más que ir a un hospital privado. Como él dijo, antes averiguó cuál hospital era más barato y al no contar con dinero en ese momento, tuvo que usar su tarjeta de crédito. Para él fue más como cerrar un trato o un negocio: se da el dinero, se es atendido.

Los significados son las interpretaciones que expresan el por qué usar servicios médicos privados, qué se siente y qué significa para la atención del proceso salud-enfermedad. Estos significados se ajustan a los *habitus*, por su parte, los *habitus* se conforman de las

posiciones y disposiciones basadas en sistemas de creencias que permiten dar sentido a lo que se hace, cómo y por qué se hace.

Figura 4. Aspectos de comparación según servicios médicos privados y públicos



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de la investigación.

En la figura anterior se presenta un resumen de las opiniones que tienen las personas sobre ciertos aspectos de los servicios médicos. Las opiniones están dadas a partir de las comparaciones entre servicios médicos del sector privado y público. Como se expresa en los relatos, la calidad de la atención en el sector privado se considera buena en comparación con una calidad regular del sector público, asimismo, el personal de atención.

La disponibilidad de horarios se considera mala para el sector público y bueno para el sector privado, esto se expresa claramente en relatos como el de Diana que dijo que ir al sector privado le permite ajustar el horario de las citas médicas con su jornada laboral.

En los aspectos donde hay menos claridad es la confianza en los diagnósticos y tratamientos ya que algunas personas expresan duda para los servicios de La Caja. Como se mostró en los relatos anteriores, la credibilidad en el sector privado es más por fe aunque, efectivamente, esa fe la basan en sus propias experiencias con respecto al uso de servicios médicos privados.

Por último, en el siguiente aspecto se muestran los testimonios que expresan lo que significa salud y enfermedad. Desde el momento de plantear la pregunta fue difícil ya que a las personas entrevistadas parecía que nunca se les había hecho esa pregunta. Algunas decían frases tan difundidas como “la salud es un tesoro”, otras, después de un silencio... dijeron algunas cosas más.

2.3.3. Sano (a) y enfermo (a): significados de eventos corpóreos y la atención del proceso salud-enfermedad.

Como se discutió en el capítulo II, sobre salud y enfermedad persisten múltiples significados y definiciones que pertenecen a momentos históricos determinados, como lo afirma Bustelo, cada sociedad define a sus personas sanas y a sus personas enfermas de acuerdo a aspectos culturales, políticos y científicos. De esta forma, las concepciones sobre salud y enfermedad son instauradas socialmente y legitimadas institucionalmente para luego ser interpretadas subjetivamente y concebidas según los sistemas de creencias que conformen los *habitus* como subjetividad socializada.

Para Alvarez-Larrauri, el campo de la salud

...está marcado por un sincretismo de saberes y una confusión de paradigmas; se caracteriza también por una combinación de normas éticas y una fragilidad de códigos deontológicos que dan origen al derecho, a la disputa entre normas. Se caracteriza por una falta de control sobre la atención, que permite situaciones de abuso nacido de la contradicción entre el interés del médico y el interés del enfermo. (Alvarez-Larrauri, 2004: 203)

Esto es fundamental y se relaciona con el tema de los imaginarios sociales y la dialéctica entre los imaginarios médicos legitimados científicamente y los imaginarios desde las personas. Esta lucha de imaginarios se provoca por el desconocimiento de la palabra médica y en algunos casos docilidad porque quienes saben son ellos o ellas, la salud o la enfermedad queda dispuesta por el imaginario médico que, en algunos casos, violenta las posibilidades de apropiarse del cuerpo y de los procesos corporales.

La salud es todo: moverse, caminar, ser autosuficiente, estar bien, es lo contrario a la muerte. Para Isabel, sin salud no hay nada, es decir, la salud como determinante de la vida de ella y la de su hogar. El espacio del hogar se convierte en una clave para definir la salud en función de los hijos o hijas.

...sin salud no hay nada por eso hay que correr y hacer el gasto que sea necesario donde sea

“La salud diay es lo más importante que hay, o sea es lo primordial, sin salud no hay nada por eso hay que correr y hacer el gasto que sea necesario donde sea, bueno por lo general es afuera verdad porque a veces en la Caja este depende de lo que... con lo que uno vaya te atienden bien o espérese o saque cita y así pero para mí es primordial, es lo más importante.(...) no, no, no es algo necesario porque con la salud no se juega, uno tiene que estar siempre al tanto, por eso uno siempre tiene que tener un ahorro porque diay somos humanos verdad en cualquier momento sale uno ahí... se le zafa un pie, se corta o qué sé yo y siempre uno tiene que estar preparado para eso.”, Isabel

La salud y la enfermedad se vinculan estrechamente con el cuerpo y las enfermedades como urgencias. De esta manera, el cuerpo pasa a ser un espacio de manifestación que requiere ser comprendido más allá de los esquemas medicalizantes que reducen esas manifestaciones a los procesos de *somatización histórica de lo social*.

Por lo tanto, la salud es primordial para las personas porque no sólo es parte de poder ser en vida, sino porque es parte de procesos corporales y se expresa en los cuerpos mismos como condición cultural, política y social.

Los hijos de uno es lo primero, verdad, la salud

“Lo primero es la salud. Cuando uno ve que hay algo, digamos yo, en el caso de mis hijos, si yo les veo algún problemita yo prefiero correr a la Clínica Bíblica, que no correr a un EBAIS, o, me siento más segura, sobre todo. Los hijos de uno es lo primero, verdad, la salud.”, Diana

Ahora, esas manifestaciones corporales se trasladan casi inmediatamente a instituciones médicas porque además parece haber una preocupación por no dejar escuchar lo que quieran decir los cuerpos. Por ejemplo podrían responder a preguntas como: por qué hay tantas personas en los hospitales, cómo se determina la enfermedad de tanta gente, cómo se prescribe la cura, qué se está haciendo de manera colectiva.

...la salud es lo más importante porque si yo estoy bien, mi familia está bien

“Para mí la salud es lo más importante, la salud es lo más importante porque si yo estoy bien, mi familia está bien, si yo estoy enfermo no genero y además mi familia está triste de verme que estoy en una cama verdad”, Sergio

La salud para Sergio, tiene una connotación masculina, por eso significa un estar bien para su familia, porque si tiene salud puede asumir el rol de proveedor. También la salud tiene el fuerte significado de bendición a diferencia de la enfermedad como maldición y muerte.

...uy imagínate lo... como que lo vital para cada persona, ¿no?

“La salud para mi es, diay... para mí la salud es una bendición. Tener salud para mi es... uy imagínate lo... como que lo vital para cada persona, ¿no? Para poder moverse, para poder trabajar, para poder este... hacer lo del día a día. Entonces imagínate, una persona sin salud prácticamente está en una cama, sin vitalidad, sin movimiento... está muriendo, ¿no?”, Lucía

Los sistemas de creencias y los *habitus*, proporcionan las interpretaciones subjetivas de las construcciones sociales sobre ambos conceptos y sobre los procesos corporales que se viven en relación con la salud o la enfermedad. En los cuerpos se instaura el bienestar o malestar y mientras se sigan considerando solo como cuerpos físicos-biológicos, no se reconocerá la dimensión social que permitiría reconocer también el bienestar o malestar social que se impregna en los cuerpos de las personas porque los cuerpos son, además, espacios sociales de manifestación.

Así, el relato de Gustavo invita a pensar la salud como posibilidad de crecer como persona, por eso es que la atención del proceso salud-enfermedad no podría estar reducida a la atención médica e instituciones médicas que prescriban las recetas y se llegue a estandarizar los cuerpos, a establecer un orden social de normalidad que acepta una única condición de sanidad y lo que esto pueda significar para las personas a través de los procesos corporales.

...no estar preocupado por si tiene buena salud sino tener buena salud para preocuparse por otras cosas y crecer como persona

“Yo pienso que está relacionado con, con el aspecto físico y mental en relación no tanto a la calidad de vida sino al bienestar que puede tener cada persona para realizar las funciones que quiera. Tanto sea de trabajar, o de ocio pero poder tener como el mínimo de, de, de las capacidades para poder hablar, para desplazarse, para sentirse bien y pensar este... en otras cosas, no estar preocupado por si tiene buena salud sino tener buena salud para preocuparse por otras cosas y crecer como persona...”

...es como quedar debiendo por vivir

...sí, ahí es donde yo creo que... por ahí es donde yo digo que uno no tiene que como, como ese derecho a, a la salud sino que diay es como, no sé cómo explicarlo, como una pena, como una, como cuando el padre manda a los católicos a hacer la penitencia es... diay algo que no debería, es como quedar debiendo por vivir.”, Gustavo

De su relato se puede interpretar la violencia simbólica de una institucionalidad médica y política que subordina a las personas a un único proceso de la salud y la enfermedad, a una única forma de tratamiento, a un único camino para la curación. Cuando esto sucede, los cuerpos se disponen y se afectan por una violencia simbólica de un campo que domina no sólo el cómo curarse sino la disposición de la vida y la muerte.

Las valoraciones que hacen las personas entrevistadas de la estructura institucional provoca la definición de las estrategias que se rigen de acuerdo a una ruta crítica de acceso a los servicios médicos especializados de La Caja, en tanto, los significados dan soporte a estas estrategias. ¿Cómo manejar esta dificultad en el acceso si varios estudios citados en la presenta investigación afirman que el negocio de la salud está en los servicios médicos especializados? A partir de los relatos presentados, esta realidad se constata cuando el uso de servicios médicos privados se hace, principalmente, para ingresar a servicios médicos públicos especializados.

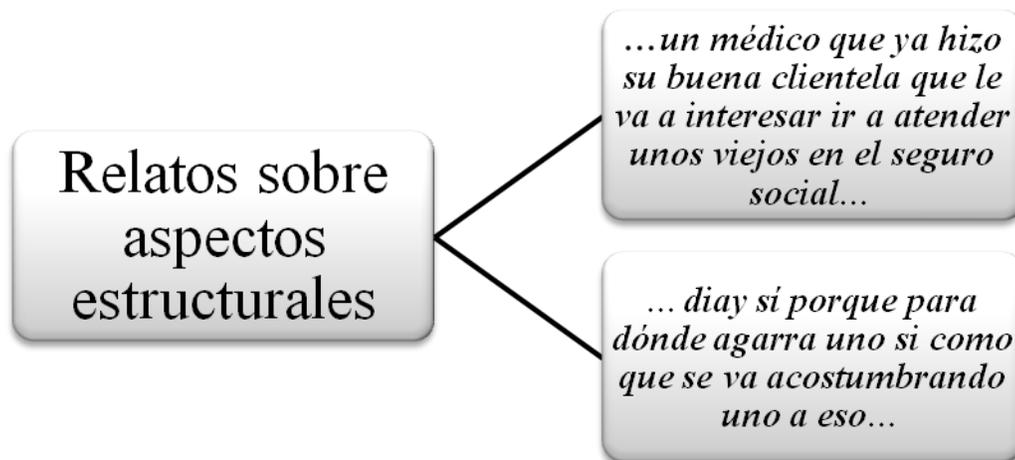
Si se trata de un negocio, ¿no quedará más que decir “así es”, “hay que acostumbrarse” o, “no hay salida”? La encrucijada se establece en las relaciones imbricadas entre ambos sectores y se expresan en los significados que las personas atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación con los públicos.

Por eso, fue preciso conocer el significado de los eventos corpóreos como detonantes para definir estrategias en función de las posibilidades estructurales y de las condiciones concretas en que viven los hogares.

A manera de resumen y tomando en cuenta los significados expresados en cada categoría de análisis, se muestra el siguiente esquema que establece las relaciones entre los significados según cada categoría. Se presentan a manera de momentos que permiten notar cómo, poco a poco, los procesos estructurales van teniendo implicaciones directas en la vida concreta y cómo los procesos sociales son históricos imbricados en la complejidad de un contexto determinado.

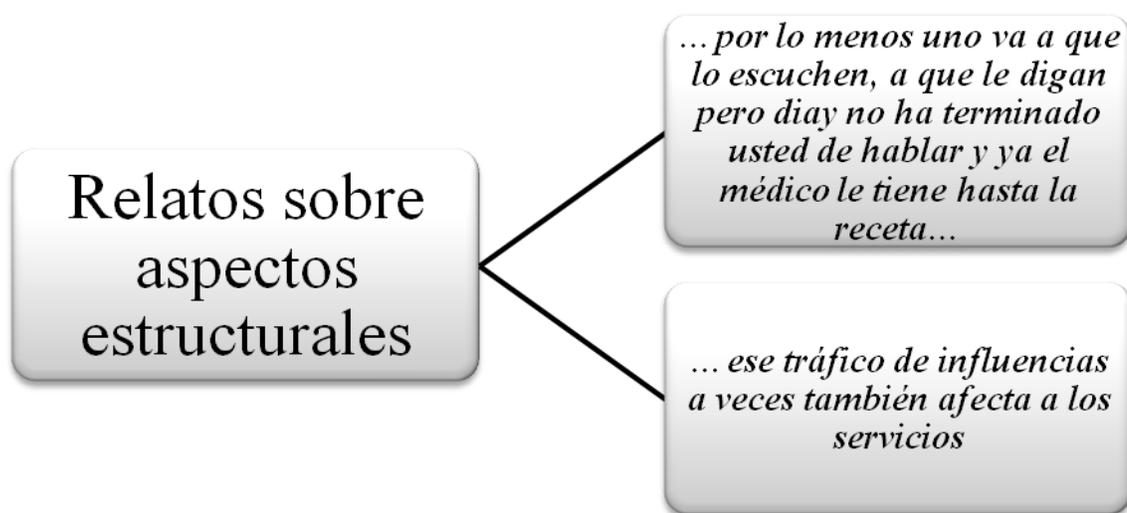
Momento 1.

DOBLE ROL



Este primer momento contiene los testimonios como expresión de las explicaciones que las mismas personas se dan sobre los procesos de privatización. Se divide en dos, primero el doble rol de las y los profesionales médicos que se aprovechan de los servicios médicos de La Caja para pasar a las personas como clientes de sus consultorios y segundo, las implicaciones que estos mismos procesos privatizadores han tenido en La Caja, según las personas entrevistadas.

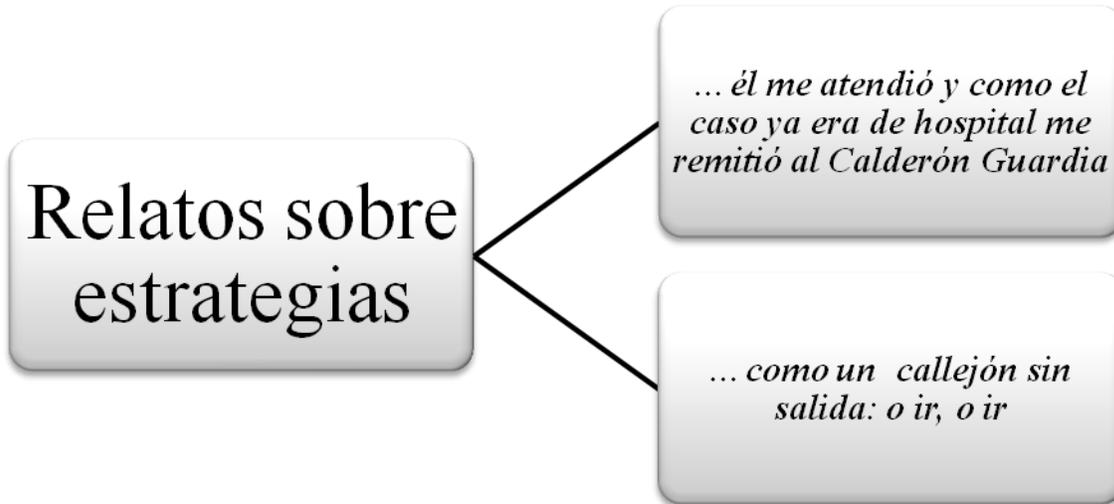
IMPLICACIONES EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA CAJA



De este primer momento, se pasa al segundo, en el cual se reflejan las estrategias que las personas definen para ingresar más rápido a los servicios de especialidades médicas de La Caja.

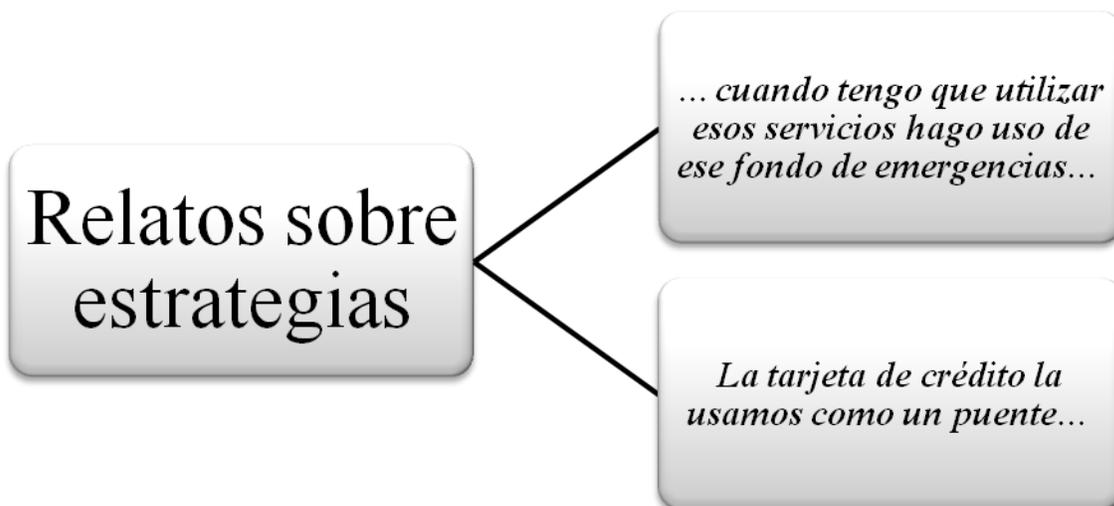
Momento 2.

VÍNCULOS ENTRE SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS



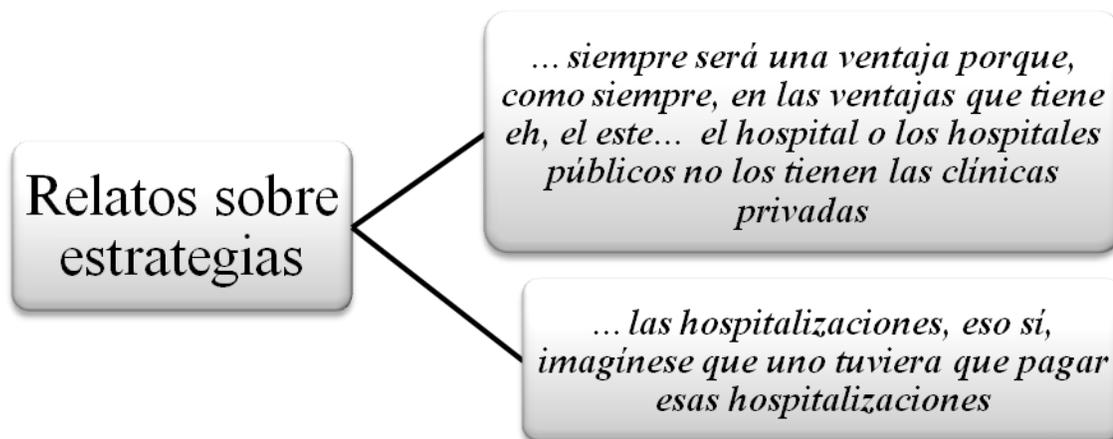
Las estrategias definidas tienen implicaciones en el presupuesto de los hogares porque estas se cumplen por medio de pagos directos. Por tal motivo, el juego entre salir hacia lo privado para ingresar hacia lo público tiene implicaciones en el uso del presupuesto de cada hogar.

IMPLICACIONES EN PRESUPUESTO



De este modo, también hay relatos que expresan para qué sirve entonces La Caja y cuáles ventajas hay de cotizar.

¿QUÉ SE USA DE LA CAJA?

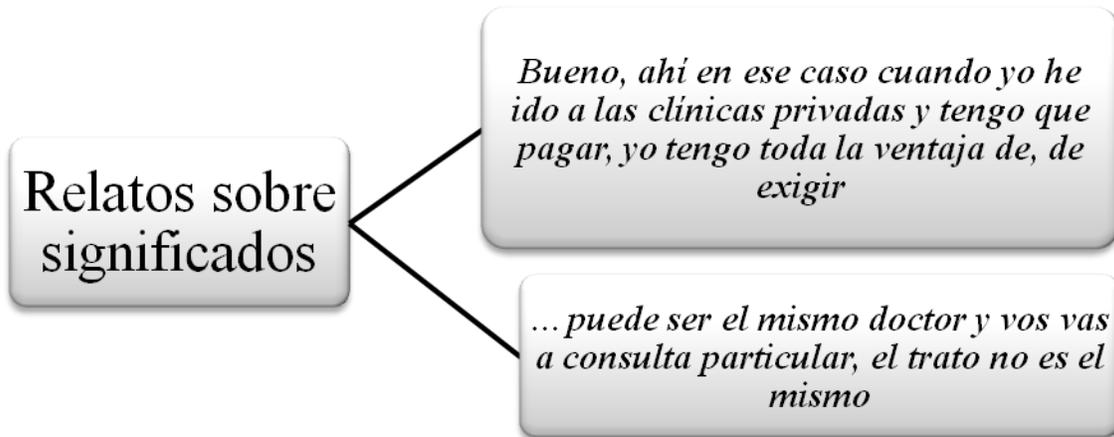


Cotizar es casi otra estrategia porque se paga, por medio de las cotizaciones, por los servicios médicos caros como las hospitalizaciones y “los pobres” o los que “quedan al garete”, como lo dijo Diego, son quienes tienen que esperar y soportar las largas listas de espera.

El siguiente momento, da cuenta de los significados experimentados debido a los procesos de privatización y a las estrategias definidas como una manera de “tomar la salud en las manos”.

Momento 3.

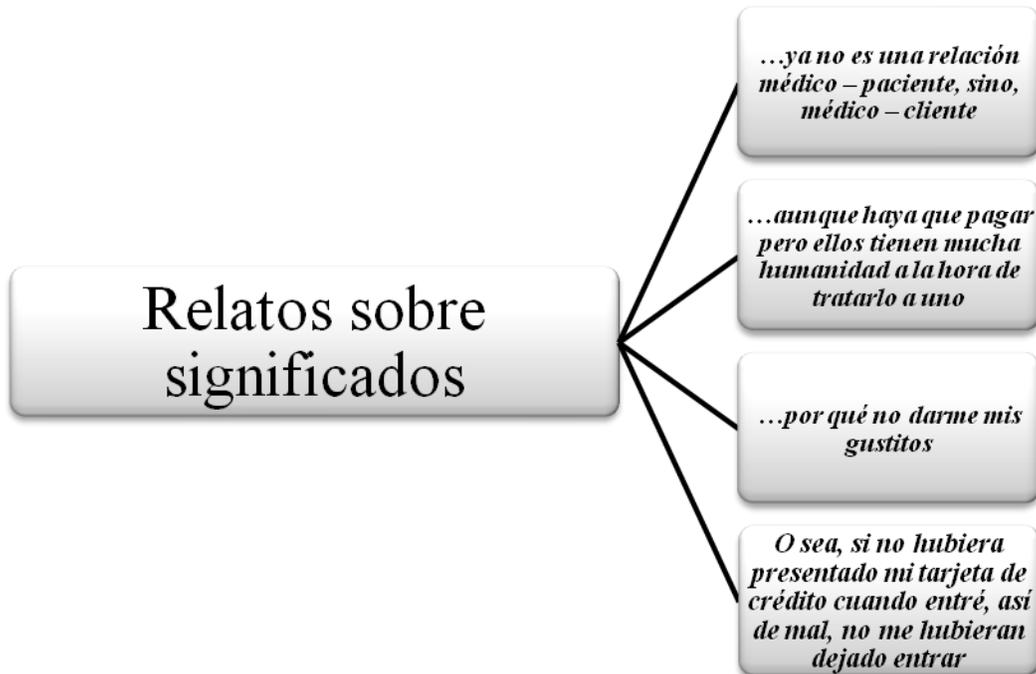
SIGNIFICADO DE PAGAR



Pagar significa calidad y poder: calidad de la atención y poder de exigir. El pago directo marca la diferencia entre la atención que se da en La Caja y la que se da en un consultorio, clínica u hospital privado.

Sin embargo, lo relevante es que el significado del pago se relaciona con el significado de la salud como bien simbólico, por lo tanto, con el pago no se siente que se esté “comprando” salud sino, atendiendo un evento corpóreo que “no tiene precio” aunque se cumpla por medio de una transacción monetaria.

¿QUÉ SIGNIFICA USAR SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS?

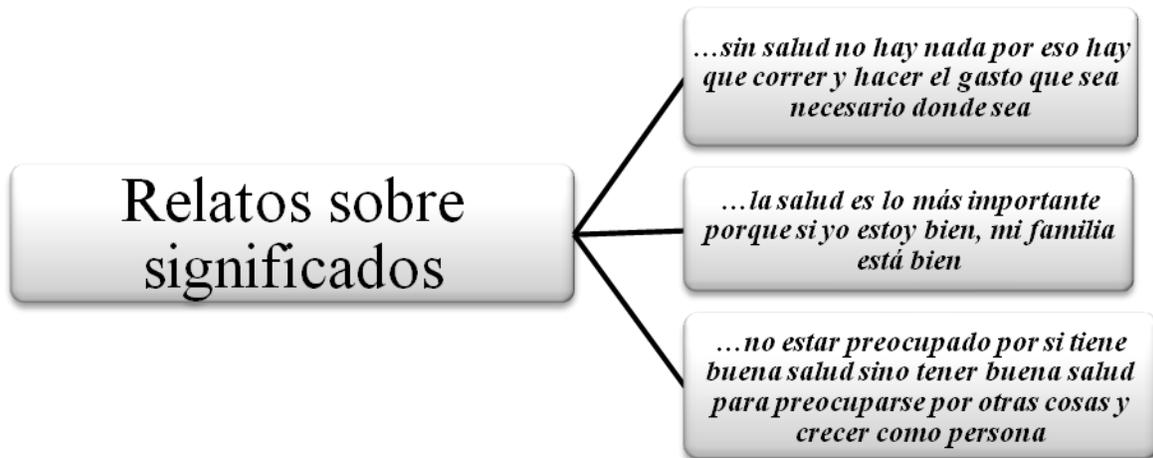


Usar estos servicios, siempre en comparación con los de La Caja, significa cambiar de relación con la o el médico, significa rapidez y “darse gustos”. Pero también significa una necesidad, obligación, una expulsión por parte de los servicios médicos públicos, resignación e impotencia.

Este contraste de significados, que son en cierto sentido contradictorios, se relacionan con lo que social y políticamente, significa “lo privado” y “lo público”. De esta forma, queda claro que los significados se expresan en relación con el contexto y con momentos históricos determinados, además, a través de ellos es posible mostrar las implicaciones que las transformaciones estructurales tienen en la subjetividad de las personas.

Así, los significados de los eventos corpóreos revelan por qué las personas buscan con urgencia la atención del proceso salud-enfermedad.

SIGNIFICADOS DE EVENTOS CORPÓREOS



A partir de estos esquemas, se expresan las relaciones entre las condiciones estructurales y las vivencias de las personas, se trazan un conjunto de significados en forma de relatos que dan cuenta de los vínculos estructurales y concretos entre servicios médicos privados y públicos.

Habiendo presentado la interpretación y el análisis de los resultados, es momento de señalar explícitamente las conclusiones que se han obtenido; estas se circunscriben a los resultados obtenidos en relación con los objetivos y el problema de investigación planteado.

Capítulo V. Conclusiones

La sociedad, que con tanta frecuencia se opone mentalmente al “individuo”, está integrada totalmente por individuos y uno de esos individuos es uno mismo. Pero nuestro lenguaje y nuestros conceptos están configurados en gran medida como si todo lo que queda fuera de la persona individual tuviese carácter de “objetos” y además, como suele pensarse, carácter de objetos estáticos. (Elias, 1982: 13)

1. Hallazgos a partir del análisis de los resultados.

Como introducción a las conclusiones, es necesario retomar las tres hipótesis que se presentaron en el capítulo I. dichas hipótesis fueron planteadas por uno de los antecedentes de investigación más representativos a nivel nacional sobre la privatización de los servicios médicos en Costa Rica (Herrero y Durán, 2001) y es importante retomarlas porque los resultados de esta investigación permitieron constatar tendencias interpretativas y analíticas en cuanto al uso de servicios médicos privados en nuestro país.

A partir de los resultados, sólo dos de las hipótesis coinciden con estos. Estas hipótesis⁵¹ son:

- Que los servicios privados de salud en la modalidad ambulatoria, llenan el vacío que deja el sector público en esta misma modalidad. Esta es precisamente la modalidad que se media a través de los EBASIS, pero que, según los relatos sobre aspectos estructurales, que forman parte de la primera categoría de análisis, en el contexto de los procesos de privatización y la imbricación entre servicios médicos privados y públicos, ha sido el sector

⁵¹ Con respecto a la primera hipótesis que se propone en el estudio de estos dos investigadores, no fue posible sugerir ningún tipo de constatación a partir de los resultados que se obtuvieron. Esta hipótesis propone que son las personas de mayor ingreso las que aportan el grueso de este incremento ya que poseen una mayor capacidad de pago. Sin bien hay relatos que narran las implicaciones del uso de servicios médicos privados en el presupuesto del hogar, no se demuestra que sean los hogares de mayor ingreso los que aporten el grueso al incremento de estos servicios. Además es una hipótesis que se dirige más hacia la medición de lo que se conoce como gasto en salud.

privado el que ha fungido como mediador si se quiere “entrar más rápido”. Asimismo, desde el análisis de contexto, se muestra cómo “las debilidades públicas” son aprovechadas por el sector privado para que se consolide un negocio con los servicios médicos privados y que las personas entrevistadas reconocen cuando dicen: “la salud es un negocio”.

- Que la demanda de servicios de salud que se da por medio de transacciones privadas es provista en establecimientos públicos. Esta se ejemplifica claramente con la segunda categoría de análisis, es decir, con los relatos que expresan la definición de las estrategias y los vínculos creados entre servicios médicos privados y públicos; vínculos que se legitiman institucionalmente por medio de las referencias emitidas desde los consultorios que se han adscrito a la modalidad de medicina mixta y también por medio de los llamados biombos que reflejan el doble rol del profesional en medicina.

A continuación, se presentan las conclusiones a partir de las tres categorías de análisis que se expusieron en el capítulo anterior. La referencia a las dos hipótesis anteriores, sólo se hizo para mostrar la relevancia que tienen las conclusiones como parte de tendencias a nivel de estudios previos y mostrar el valor de los datos cualitativos que permiten un acercamiento a las experiencias y significados concretos sobre uso de servicios médicos privados en relación con los servicios médicos públicos.

A nivel general, queda expuesta la pregunta sobre, ¿Cómo es que el sistema de salud catalogado como el más universal y público de América Latina se vincula con altos y complejos grados de mercantilización de los servicios médicos? Esta investigación permitió conocer los grados de vinculación a nivel concreto de las personas, según sus experiencias particulares y se demostró, por medio de la contextualización de la temática, cómo a nivel estructural se definen los vínculos estableciendo relaciones articuladas que cuestionan “la gran

dicotomía”, entonces surge esta otra pregunta: ¿pueden definirse límites entre lo público y lo privado cuando las relaciones se imbrican hasta casi diluirse? Y de ser así: ¿quién los define?

Cuando a las nueve personas entrevistadas se les preguntó ¿por qué usan servicios médicos privados?, la primera reacción fue de confusión, ya que les parecía una pregunta de respuesta obvia y por lo tanto, en el momento de argumentar sus razones respondiendo a un por qué, tuvieron que verse a sí mismos y mismas para pensar sobre el por qué. Esto hizo que las respuestas, en apariencia obvias, fueran relatos de experiencias particulares que estuvieran más allá de decir: porque hay filas, porque la atención es mala, porque los diagnósticos son dudosos.

Por eso fue muy importante haber realizado una categorización de la guía de entrevista, ya que así se podía manejar mejor esas respuestas obvias para que fueran ampliadas en función de lo que se quería obtener con cada pregunta.

Con respecto a la exposición de las conclusiones, que serán presentadas según cada categoría de análisis, las dos primeras categorías se relacionan con las dimensiones del capítulo III: institucionales y económicas. La tercera categoría se relaciona con esas dos dimensiones pero en función de connotaciones emocionales y afectivas. Como se mencionó en el capítulo I, el análisis contextualizado de los resultados sería fundamental para, no sólo hacer un análisis a partir de la discusión teórica, sino también, en relación con el análisis de contexto y establecer un análisis triangulado entre teoría, análisis de contexto y resultados empíricos, que permite verificar una linealidad entre las tres categorías como procesos que se vinculan unos con otros.

De esta forma, se presentan las conclusiones que se establecieron a partir de la investigación realizada.

1.1. Conclusiones sobre los relatos de aspectos estructurales.

- Desde las experiencias concretas, la separación entre lo público y lo privado, se hace entre “La Caja” como lo público y “lo de afuera” o “lo particular” como lo privado. A nivel estructural, la separación es parte de un discurso que, políticamente, crea la separación para distinguir la “lucha” de intereses; sin embargo, los procesos de privatización muestran la manera en que la “lucha” se cubre con el velo de la conciliación y negociación entre ambos intereses, aparentemente separados.

- Unido a lo anterior está el tema de la constitución de los cuasi-mercados y los compromisos de gestión como ejemplos de reformas de gestión que han tenido sus implicaciones a nivel laboral, de asignación de recursos, de rendición de cuentas y que han constituido una competencia interna por la asignación de recursos, lo cual ha provocado una desigualdad a nivel de las capacidades financieras de los hospitales, las clínicas, las áreas de salud y los EBAIS. Además son ejemplo de la inserción de prácticas eficientistas, con perspectiva gerencial, en donde muchas cosas se reducen a la competencia.

Las personas se explican eso como un desmejoramiento de los servicios de La Caja, porque lo que quieren los médicos es tener clientes para sus consultorios particulares. Por lo tanto, el desmejoramiento ha sido parte de decisiones políticas y económicas que implican en la vida de las personas. Desde los planteamientos de Bobbio, las llamadas políticas eficientistas son mecanismos de *publicitación de lo privado* mediante el *slogan* de lo privado como solución a los problemas de lo público.

- Estos cambios estructurales se dan sin ser conocidos por las personas, sin ser explicados, sin ser informados y lo que experimentan es una *violencia simbólica* reflejada en impotencia, la cual se siente cuando se viven las contradicciones institucionales que son inmanejables por las personas, sólo en tanto estas definan sus propias estrategias que

“resuelvan” las contradicciones “pueden” hacer algo al respecto. Además, el análisis de contexto permite concluir que los procesos de privatización llevaron a un cambio en el concepto de salud, enfermedad y las prácticas con respecto a la salud-enfermedad como proceso.

- Por lo tanto, hay un problema de intereses y un problema de derechos, por un lado están los intereses de las y los médicos de La Caja y por otro los de las y los médicos del sector privado. Los médicos usufructúan con los servicios médicos privados y la gente debe usar dinero (que se supone ya invirtió con la seguridad social) para los pagos directos a los consultorios privados, así que, ambos intereses se imbrican en relaciones complejas que diluyen la separación institucional entre lo que es público y lo que es privado, aunque, las implicaciones en la vida concreta no sean indistintas social, política ni económicamente.

- De esta forma, se establece un doble rol del profesional médico, el cual es una forma de imbricación profesional que se legitima y acepta por el sistema de salud público. Ese doble rol significa el juego de entrada y salida, el doble rol regula las pautas y hace de su rol público un medio para “asegurar clientes”. El prestigio de lo público, se traslada hacia los consultorios médicos privados de los cuales son dueños o socios; se establecen, en otras palabras, mecanismos perversos entre las instituciones de la seguridad social y la práctica médica privada.

- En relación a eso, las personas en su experiencia naturalizan la imbricación, enfatizando que cuando las o los médicos asumen el rol privado la salud se convierte en un negocio y que si bien la atención es mejor, su objetivo es ganar dinero. Además, tienen una interpretación comprensiva de esto, es decir, “ellos también quieren hacer su plata”.

- Por eso, los procesos de privatización repercuten directamente en las personas tanto así que han significado una expulsión, sentida como obligada y necesaria, hacia los servicios

médicos privados. Sin embargo, esa expulsión estructural se transforma en significados particulares sobre uso de servicios médicos privados siempre en comparación con los servicios médicos públicos que usan o han usado.

- Así, la imbricación se vuelve entonces cotidiana, se vuelve parte de experiencias concretas de personas que sienten la imposibilidad de incidir en la complejidad estructural, pero que sí se definen estrategias de acuerdo al conocimiento del campo, a influencias o “argollismos”, a experiencias previas y experiencias de otras personas.

1.2. Conclusiones sobre los relatos de estrategias

- Se pudo mostrar que los servicios médicos privados son intermediarios para el ingreso a servicios de especialidades médicas de La Caja, estos se convierten en eslabones de acceso o en el “derecho de entrada” que condicionan quién entra más rápido, en conclusión, median el derecho a la salud.

- De esta forma, las consecuencias de usar los servicios médicos públicos y privados son diferentes aunque estructuralmente la separación sea cada vez más imprecisa, por eso vale preguntarse cuáles serían las consecuencias de privatizar el sistema de salud costarricense, ya que la privatización provoca una segmentación de acceso a los servicios de salud. De ahí la relevancia del concepto *distribución desigual del proceso salud-enfermedad*, propuesto desde esta investigación que permite explicar que las experiencias del proceso salud enfermedad son dinámicas en el tiempo y vinculantes con aspectos estructurales que caracterizan la desigualdad y diferenciación de las experiencias.

- El aporte teórico sobre el concepto de *imbricación* permitió analizar la relación, como intermediario, que se establece entre los servicios médicos privados y públicos, intermediario porque se media el acceso. La intermediación es una imbricación que experimentan las

personas a través de las estrategias que definen según una expulsión estructural del sistema público hacia el sector privado de servicios médicos.

- De acuerdo a las entrevistas, las personas no quieren ir a los EBAIS, quieren ir al hospital, sentirse con un médico especialista que les va a decir qué tienen y la forma de hacerlo es pagando antes en un consultorio privado. En los relatos se pueden leer palabras de urgencia, una urgencia por la atención, por la rapidez y por recibir medicamentos en el mismo instante. Esto es lo que ellas sienten debido a sus experiencias concretas, pero se fundamentan en la expulsión estructural de la cual podrían no darse cuenta aunque sí implique en la forma de atender el proceso salud-enfermedad que se influencia por un enfoque privatizador y medicalizante.

- Por eso, el uso de servicios médicos privados no se hace necesariamente por “gusto” sino que hay una institucionalidad que expulsa hacia el uso de servicios médicos privados, esta expulsión convierte a los servicios médicos privados en el medio por el cual las personas acceden a los servicios médicos especializados de La Caja, es una vía de acceso rápida y entonces la cuestión que reluce es ¿cómo, habiendo un sector público que se encarga de hacer cumplir el derecho a la salud, las personas se sienten en la obligación de “pasar” primero por “lo particular” para después ingresar a “La Caja”?

- Los vínculos entre servicios médicos privados y públicos que se reconocen en los significados que las personas atribuyen a estos vínculos, muestran efectos importantes en cuanto a los pagos directos que deben hacer. Si bien no se puede concluir nada con respecto a lo que se conoce como gasto catastrófico en salud, sí fue posible mostrar el impacto que puede tener en los hogares usar este tipo de servicios.

La principal molestia que sienten las personas es por qué tener que pagar si se está pagando un seguro que se supone garantiza acceso a servicios médicos.

- Por lo tanto, si ir a los servicios médicos públicos o privados se ajusta a estrategias, el derecho a la salud como tal queda limitado a las posibilidades de agencia que cada hogar pueda definir de acuerdo a sus condiciones económicas y significados que le asignen a cómo atender el proceso salud-enfermedad. Entonces, ¿dónde se está curando la gente, dónde sienten las personas que se curan? El sistema actual, provoca una influencia muy importante, porque promueven que es en el sector privado donde “sus problemas de salud” se resuelven y por lo tanto, sus estrategias se definen en función de esta premisa.

- Por eso, las nueve personas entrevistadas piensan que sólo para “cosas caras” sirve La Caja y es porque así lo han experimentado pero también porque estructuralmente, los servicios médicos públicos, se han sumido en cambios con enfoques reduccionistas, eficientistas y productivistas. De esta forma, cotizar se siente como una obligación y parte de una estrategia que da ventajas cuando un evento corpóreo se considera más costoso o de cuidados especializados.

- En ese sentido, la salud como derecho queda entre las paredes de una institucionalidad pública que se debe ajustar a enfoques medicalizantes y privatizadores con el riesgo de reducir el derecho a quienes primero puedan hacer pagos directos en los servicios médicos privados que sí son rentables y que se vinculan directamente con los servicios de especialidades de La Caja. Se puede constatar entonces, que el negocio de la salud está en los servicios de especialidades médicas, como se plantea en el estudio para Costa Rica de Collins y Barten (2006).

- Así, los *eventos corpóreos* se especializan, los procesos corporales se fragmentan y el enfoque medicalizante promueve el negocio de programar una cita tras otra, un medicamento tras otro que se fundamenta en el significado que “justifica cualquier gasto” porque la salud es lo primero, es un tesoro. Esto es un claro ejemplo de cómo el mercado se apropia de elementos

simbólicos para justificar prácticas de consumo, en este caso las estrategias definidas en función del uso de servicios médicos privados, que pudieron ser analizadas desde lo que Alvarez-Larrauri propone como la *somatización histórica de lo social*, es decir, los procesos de enfermización histórica.

- Por medio de experiencias concretas, se logró mostrar la imbricación, ese traslape que se da a raíz de las estrategias que las mismas personas definen para “tomar la salud en sus manos” y que se adecúan a los sistemas de creencias que las personas tienen en razón del *habitus* en el cual viven sus experiencias, que para el caso de esta investigación, se convirtieron en relatos. Los relatos, fueron los elementos de análisis como expresión de las experiencias y de los significados que las personas atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación con los públicos, de esta forma, los relatos fueron los resultados de investigación obtenidos después de la reducción de datos, su disposición y transformación hasta la obtención y verificación de conclusiones.

1.3. Conclusiones sobre los relatos de significados.

- En concordancia con las conclusiones anteriores, fue posible determinar que un mercado de la salud domina simbólicamente a las personas intercambiándoles, a cambio del uso de servicios privados, “buena salud”, “calidad de vida”, “seguridad” y hasta “larga vida”: esas son las recompensas que se pueden obtener. Las personas, se conciben como agentes económicos que se mueven dentro del campo del mercado de la salud; un mercado cargado de simbolismos que, al final, son los bienes a vender; así el acto económico queda cubierto por estos ideales que definen la salud como tesoro. Pero, ¿se logra todo esto por medio del sector privado de servicios médicos?

- Por eso, a partir de los significados expresados desde las personas, la salud no es ni pública ni privada, sino un bien simbólico que está cargado de significados condicionados cultural, social e históricamente.

- En ese sentido, los significados son: un sentimiento de expulsión obligada, pago que no es pago porque la condición de bien simbólico hace a un lado la connotación de gasto y pago; confianza, seguridad, tranquilidad y fe a lo privado. Los vínculos, expresados en los significados, son como un vínculo de amor-odio porque se resiente la expulsión, por lo tanto el uso de estos servicios no necesariamente es por conveniencia, pero se reconoce, podría ser más por condición que por amor, la calidad de los servicios de La Caja cuando se logra entrar.

- La credibilidad también es muy importante y se nota cómo tiene legitimidad la palabra médica, las personas se sienten directamente implicadas con las afirmaciones médicas, de ahí la importancia para las personas de acudir al sector privado donde encuentran mayor credibilidad. Los múltiples criterios médicos sobre “algo” (“algo” porque siempre es algo desconocido, “que no sé que tengo”, “qué es”, “por qué lo siento”) producen mucha incertidumbre, confusión y se busca llegar donde se sienta tranquilidad y se valore, hasta cierto punto, el diagnóstico que se considere más creíble. Es decir, se buscan muchas opiniones pero al final se debe creer en una. De ahí la cuestión de la fe, es decir, las personas entrevistadas sienten que se curan cuando van al sector privado, en La Caja puede ser que también “encuentren la cura” pero es más lento.

- Se distinguen entonces entre las palabras médicas públicas, las palabras médicas privadas y las divinas. Estas palabras tienen diferentes significados y proveen de sentidos específicos el uso de servicios médicos, cómo y dónde atender el proceso salud-enfermedad. Asimismo, se concluye cómo los vínculos estructurales se manifiestan en los significados que le atribuyen los hogares a los servicios médicos privados y cómo en los significados que

adquieren los vínculos se devela una forma particular de privatización en los servicios médicos de Costa Rica. ¿Quién cura: el sector público o el privado? Ninguno de los dos, primero porque la cura se vive de acuerdo a contextos sociales específicos de normalización, la cura es tener el tipo de salud que una sociedad acepte como correcta y quienes definen son las palabras médicas, que tanto en lo público como en lo privado, se expresan en relación a enfoques medicalizantes y de control sobre los cuerpos.

- La relación médico-paciente también adquiere un significado diferente, en La Caja son pacientes, en el sector privado son clientes, las personas prefieren ser clientes que pacientes porque sólo esta condición cambia el trato hacia ellos, ellas y sus hogares, sólo así sienten poder de exigir. Entonces, el derecho que se contempla en el sector privado es el del consumidor, el derecho a la “libre elección” porque en La Caja, las manos se sienten atadas, en lo privado se gestionan las posibilidades, esta idea es la que se ha extendido, basada en la ilusión de la libertad de elección como principio de un “consumo libre”.

- De esta manera, las personas experimentan una diferencia significativa de acuerdo al trato y calidad de la atención aunque el profesional en medicina que las atienda sea el mismo que las atiende en La Caja. Por eso, los pagos se distancian de las nociones de gasto en salud porque, aunque represente un reajuste en el presupuesto del hogar, los pagos significan mejor atención, prontitud, acceso, significan poder hacer algo más allá del sistema médico público, significan cambiar de relación con la o el médico, significan rapidez y “darse gustos”. Pero también significan una necesidad, obligación, una expulsión por parte de los servicios médicos públicos, resignación e impotencia.

- En relación con esto los significados atribuidos al uso de servicios médicos se diferencian según se trata del sector público o privado, es decir, el significado de los vínculos es diferente en relación a “lo de afuera-particular” y a “La Caja”. De esta manera, se concluye

también que los significados son atribuciones históricas transformables relacionadas con vivencias muy particulares.

- Por eso, la salud y la enfermedad se vinculan estrechamente con el cuerpo y las enfermedades como urgencias. De este modo, el cuerpo pasa a ser un espacio de manifestación que requiere ser comprendido más allá de los esquemas medicalizantes que reducen esas manifestaciones a los procesos de *somatización histórica de lo social*.

2. Reflexiones finales

Estas reflexiones se componen de preguntas, inquietudes y de propuestas para continuar investigaciones desde la sociología de la salud con un enfoque crítico y reflexivo.

En los siguientes puntos se exponen las principales reflexiones:

- ¿Cómo podría definirse una sociedad que percibe la salud en términos de gasto? con este tipo de percepción, las sociedades se distancian de los términos en que se definen los derechos, las ciudadanías, estableciéndose un orden social fundamentado por relaciones mercantiles. De esta manera, se establece un orden social mercantil que envuelve muchas actividades cotidianas, que envuelve relaciones sociales, que envuelve y define la vida en colectividad de acuerdo a lógicas que se han naturalizado, visiones de mundo “sagradas”, imaginarios que juegan en su *campo* esperando relevos, premios o sanciones.

- Por lo tanto, las mediciones sobre gasto en salud, si bien muestran el peso económico de estas erogaciones, ubica el derecho como un gasto y se dejan de lado las razones “del gasto”, los significados que median los pagos directos que no se ajustan a ningún tipo de medición costo-beneficio.

- Por eso, la salud como concepto teórico, pero también como derecho y práctica social e institucional debe y merece mucho más debate del que se le ha dado, únicamente subordinado a un paradigma científico, biomédico y occidental⁵². Por esta razón se considera importante hacer estudios desde un enfoque de la Sociología de la Salud.

- En ese mismo sentido, cómo analizar la salud como derecho en un contexto donde cada vez más el sector privado media el ingreso a una institucionalidad pública que, supuestamente, lo garantiza. Al fin y al cabo, dónde es que se puede ejercer un derecho, las personas sienten

⁵² En el marco de esta investigación, esto se entendió como un enfoque generalizado y dominante de la sociedad occidental con respecto a la salud y la enfermedad como conceptos. La definición científicamente legitimada desde el campo médico ha fomentado definiciones a-históricas al imponer un único concepto que se ha considerado científico.

apoderarse de este cuando buscan por sí mismas, pagan directamente de acuerdo a sus posibilidades económicas. El pago se aleja de una connotación capitalista porque la salud, desde sus significados, no se iguala al dinero, sino al bienestar que se pueda tener para hacer, para “estar bien”. No es necesariamente que las personas prefieran hacer pagos directos, sino que la condición de “sin salida” coloca el derecho a la salud en una encrucijada.

- En relación a la reflexión que hace Selva Sutter, sobre la *consolidación de un enfoque neoliberal del cuidado médico* que se ampara en las perspectivas de mercado, de consumo, de gasto y de costos, que posiciona la práctica médica sobre el enfoque biomédico positivista occidental enmarcado en la “curación” y se obvia la experiencia desigual del proceso salud-enfermedad porque se pretende normalizar el orden social a una única forma de “estar sano”.

- En relación con una problemática nacional controversial, se propone desarrollar una mayor discusión y estudio sobre el desvío de fondos públicos hacia el sector privado porque, ¿si la vinculación es tan articulada que se diluye la separación creada entre ambos sectores cómo seguir hablando de lo público y lo privado? El punto es que este “desvío” de fondos ha permitido que un sector de servicios médicos privados crezca a costa de la institucionalidad pública, a costa de la infraestructura pública y a costa del financiamiento público. De ahí la importancia de mostrar cómo se han producido “los vacíos” en La Caja, cómo se ha mantenido un estado de “crisis” de la cual se viene discutiendo desde la década de los años noventa, quiénes la mantienen y cómo se justifican los procesos de privatización.

- Se insta a generar más reflexiones sobre las imbricaciones público-privado y la diferenciación teórica de lo público y lo privado como conceptos para comprender su condición histórica y condicionamiento político y económico.

- Asimismo, con la salud y la enfermedad como conceptos, los cuales cambian según momentos históricos determinados y el uso que se hace de estos por parte de organismos

políticos como la OMS y la OPS. La condición histórica de los conceptos son un ejemplo de cómo la teoría se transforma en realidad concreta interpretada subjetivamente a partir de experiencias vividas concretamente.

- ¿Cómo sienten las personas las dinámicas históricas, cómo sienten las transformaciones? Es muy importante insistir en la necesidad de estudiar las implicaciones que tienen los cambios estructurales en la vida de las personas, cómo les afecta, cómo los interpretan y qué significan en términos de las transformaciones a nivel concreto.

- Suficientemente discutido y esclarecida sólo su complejidad, queda planteada la cuestión sobre la condición política de la salud. Al ser política, se asocia con pública y, a la vez, con el control que se ejerce a través de esta. El análisis de Alvarez-Larrauri, que hace aplicando la teoría del mundo social a la sociología de la salud, le ha permitido afirmar

El significado de concebir el cuidado de las enfermedades no como algo privado, sino público, hace de la salud un juego de naturaleza política. (Alvarez-Larrauri, 2004: 201)

En razón de esto es que surge la pregunta ¿y si el cuidado de las enfermedades se concibe como algo privado entonces se hace de la salud un juego de naturaleza económica?

Bibliografía

Libros

- Bobbio, Norberto. Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política. Capítulos 1, 3 y 4. Fondo de Cultura Económica. Segunda reimpression. D.F, México. 1992.
- Bourdieu, Pierre. Las estructuras sociales de la economía. Manantial. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- Donati, Pierpaolo. Manual de Sociología de la Salud. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, España. 1994.
- Duarte Nunes, Everardo. Ciencias Sociales y Salud en la América Latina: tendencias y perspectivas. OPS - CIESU. Montevideo, Uruguay. 1986.
- Ehrenreich, J. (Editor). The Cultural Crisis of Modern Medicine. Monthly Review Press. New York. United States. 1978.
- Elias, Norbert. La sociedad de los individuos. Ediciones Península. Barcelona, España. 1939.
- Elias, Norbert. Sociología Fundamental. Editorial Gedisa S.A. Barcelona, España. 1982.
- Foucault, Michel. El orden del discurso. Segunda edición. Fabúla Tusquets Editores S.A. Barcelona, España. 2002.
- Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina. 2003.
- Foucault, Michel. Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber. Segunda edición. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- Foucault, Michel. Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres. Tercera edición. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina. 2006.
- Hernández, Roberto. et.al. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. Distrito Federal, México. 1998.
- Hidalgo, Antonio. Costa Rica en evolución: política económica, desarrollo y cambios estructural del sistema económico costarricense, 1980-2002. Editorial de la Universidad de Costa Rica: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva. San José, Costa Rica. 2003.
- H. San Martín et.al. Salud. Sociedad y enfermedad. Estudios de epidemiología social. Editorial Ciencias. Madrid, España. 1986.

INEC. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. Instituto Nacional de Estadística y Censos. San José, Costa Rica. Marzo, 2006.

Jiménez, Elías. La seguridad social en Costa Rica: problemas y perspectivas. EDNASSS-CCSS. San José, Costa Rica. 1994

Macq, Jean y Martiny, Patrick (coordinadores). La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central: ¿una opción para asegurar una atención eficiente, equitativa y sostenible? Proyecto CAPUBPRIV. 2006.

Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. Costa Rica. Ministerio de Salud-OPS. San José, Costa Rica. 2002.

Medel, Julia. et.al. Cuidadoras de la vida: Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres. CEM. Chile. 2006.

Mesa-Lago, Carmelo. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Documentos de proyectos. CEPAL. Santiago, Chile. 2005.

OPS-MS. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos. OPS-Ministerio de Salud-CCSS. San José, Costa Rica. 2003.

Pinto, Louis. Pierre Bourdieu y la Teoría del Mundo Social. Primera Edición en Español. Siglo XXI Editores. México. 2002.

Pintos, Juan Luis. Orden social e imaginarios sociales. Universidad Santiago de Compostela. España. 1995.

Rodríguez, Adolfo. La Reforma de Salud en Costa Rica. CEPAL-Documento de Proyecto. Uruguay, 2006. Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/27120/lcw77e.pdf> [Consulta hecha el 28 de marzo, 2007]

Rodríguez, Gil y García, E. Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición Ediciones ALJIBE. España. 1999

Artículos de libros

Bourdieu, Pierre. “La economía de los bienes simbólicos”. En Cosas Dichas. GEDISA Barcelona, España. 1993.

Bustelo, Eduardo. “Salud y ciudadanía: una mirada a la salud del futuro”. En Bustelo, Eduardo De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad. Homo Sapiens Ediciones. Santa Fe, Argentina. 2000. Pp.174-221

Collins, Charles y Barten, Françoise. “Análisis comparativo del contexto y la contratación de servicios de salud de primer nivel de atención”. En Macq, Jean y Martiny, Patrick (coordinadores). La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención

en América Central: ¿una opción para asegurar una atención eficiente, equitativa y sostenible? Proyecto CAPUBPRIV. 2006.

Di Nicola, Paola. “Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud”. En Donati, Pierpaolo. Manual de Sociología de la Salud. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, España. 1994. Pp. 33-42

Güendell, Ludwing. “Gestión de la reforma de las políticas de salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento”. En Costa Rica, las políticas de salud en el umbral de la reforma. UNICEF. San José, Costa Rica. 1997.

Laurell, Asa Cristina. “La salud: de derecho social a mercancía”. En Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud Fundación Friedrich Ebert. 1994

Rabotnikof, Nora. “Público-Privado”. En Baca, Laura et.al (comp) Léxico de la Política. FLACSO-Fondo de Cultura Económica. México. 2000.

Rabotnikof, Nora. “Introducción: pensar lo público desde la ciudad”. En Ramírez, Patricia (coord) Espacio público y reconstrucción de ciudadanía. FLACSO. México. 2003.

Villalobos, Luis. “El concepto de salud en la reforma: implicaciones operativas para una aplicación integral”. En Costa Rica, las políticas de salud en el umbral de la reforma. UNICEF. San José, Costa Rica. 1997.

Artículos de revistas y especializados

Alvarez-Larrauri, Selene. “Habitus, campo y violencia simbólica. Una construcción sociológica de la salud”. Acta Sociológica N^o40. UNAM. Enero-Abril, 2004. Pp.179-214.

Arce, Claudio. “La externalización de bienes y servicios de salud y de apoyo al Sector Privado: la experiencia de la Caja Costarricense de Seguro Social: 1970-1997”. En Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Vol. 6, N^o1. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica. 1998. Pp. 30-41.

Barba, Carlos. “Paradigmas y regímenes de bienestar”. Cuaderno de Ciencias Sociales. N^o137. FLACSO. San José, Costa Rica. 2005.

Botey, Ana María. “Auge y crisis de la economía y el estado liberal: 1890-1940”. Publicaciones de la Cátedra de Historia de las Instituciones de Costa Rica. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1993.

Botey, Ana María.et.al “Costa Rica 1870-1949, la república liberal, Costa Rica 1949, la segunda república”. Editorial Eidós. San José, Costa Rica. 1997.

Bronfman, Mario.et.al “Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios”. En Salud Pública de México. Vol. 39, N^o05. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Setiembre-October, 1997. Pp. 442-450

Castillo, Alcira. “La crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Reforma del Estado costarricense”. En Anuario de Estudios Centroamericanos N°26. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2000. Pp.113-132

CENIDET. <http://www.cenidet.edu.mx/misc/cursoadmon/ruta%20critica.pdf> Revisado el 20 de mayo, 2009

Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas. “Estudio sobre los gastos privados en salud en Costa Rica durante 1971-1974”. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Marzo, 1977.

Germà, Bel. “Estado ¿versus? Mercado”. Estudios de Economía Aplicada. Vol. 22 N°2. Universidad de Barcelona. Barcelona. 2004. Pp. 231-249

Herrero, Fernando y Collado, Andrea. “El gasto en el sector salud de Costa Rica: un acercamiento a las cuentas nacionales de salud.” Serie Cuadernos de Trabajo N°. 2001-01. PROCESOS. San José, Costa Rica. Enero, 2001.

Herrero, Fernando y Durán, Fabio. “El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica”. Serie Financiamiento del Desarrollo N°109. CEPAL. Santiago, Chile. 2001.

Homedes, Núria y Ugalde, Antonio. “Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica”. En Gac Sanit. N°16. Correspondencia: Dra. Núria Homedes. Universidad de Texas-Houston. Escuela de Salud Pública. 1100 North Stanton. Suite #110. El Paso, Texas 79902. 2002. Pp. 54-62. Disponible en www.scielo.isciii.es/pdf/gsv16n1/original6.pdf

Huaylupo, Juan. “Las políticas públicas en un contexto de la privatización de la práctica social del Estado”. En Revista Reflexiones N°78. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Semestral, 1999. Pp. 109-122

Jaramillo, Juan. “Cambios en las estrategias para la atención de la salud en Costa Rica”. En Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 102, N°3. Marzo, 1987. Pp. 217-226. Consultado en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> [Consulta hecha el 17 de julio, 2008]

Kleysen, Brenda. “Los gastos privados en salud en Costa Rica”. Documento N°154. Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Marzo, 1992. Pp. 1-18.

Mainetti, Jose Alberto. “La medicalización de la vida”. Electroneurobiología N°3 Vol. 14. Instituto de Bioética y Humanidades Médicas, Escuela Latinoamericana de Bioética y Fundación Mainetti. Argentina. 2006. Pp.71-89. Disponible en <http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm> [Consulta hecha el 10 de marzo, 2009]

Marín, Juan José. “Balances y perspectivas para una historia social de la medicina en Costa Rica”. En Revista Reflexiones N^o80. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Semestral, 2001. Pp. 53-65.

Marín, Juan José. “Melodías de perversión y subversión. Una aproximación a la música popular en Costa Rica. 1932-1949”. Vicerrectoría de Acción Social-UCR. Col 14. N^o2. San José, Costa Rica. 2002. Disponible en <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/bases/canciones/cancion.pdf> [Consulta hecha el 14 de marzo, 2010]

Martínez, Juliana. “Poder y alternativas: las agendas internacionales en las reformas del sector salud en Costa Rica, 1988-1998”. En Anuario de Estudios Centroamericanos N^o25. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1999. Pp. 159-182

Martínez, Juliana y Castro, Mauricio. “Reforma de Salud en Costa Rica: ¿Amenaza el modelo de gestión los principios de universalidad, equidad y solidaridad?”. En Revista Reflexiones N^o79. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Semestral, 2000. Pp. 113-129

Martínez, Juliana. (Por publicar, citado con la autorización de la autora) “Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de servicios.” Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica. Documento presentado en la conferencia “Latin American perspectives on public health” Universidad de Toronto. Mayo, 2005.

Peticara, Marcela. “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”. Serie Políticas Sociales. N^o141. CEPAL. Santiago, Chile. Abril, 2008.

Picado, Gustavo. “Costa Rica: estimaciones del gasto privado en salud”. Dirección actuarial. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 2005.

Picado, Gustavo y Sáenz, Katty “Estimación del gasto privado en servicios de salud en Costa Rica”. Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Departamento de Estudios Económicos. CCSS. San José, Costa Rica. 2000.

Pittman, P y Hartigan, J. “Calidad de la atención y la perspectiva de género”. En Revista Mujer Salud. RSMLAC, 3-4/95.

Pozas, María de los Angeles et.al. “La Sociología Económica: una lectura desde América Latina”. Cuaderno de Ciencias Sociales N^o134. FLACSO. San José, Costa Rica. 2004.

Rosero Bixby, Luis. “Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental”. En Revista Panamericana de Salud Pública. 2004; Vol. 15 N^o 2. Pp. 94-103. Disponible en http://revista.paho.org/?a_ID=498

Sanabria, Roxana. “La gestión reguladora del Ministerio de Salud en relación con la compra de servicios de salud privados por parte de la CCSS, periodo 1994-2002, a COOPESALUD R.L y ASEMECO”. En Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad

Social. Vol. 12, N^o2. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica. 2004. Pp. 35-44

Selva Sutter, Ernesto. “La descentralización y la reforma de salud neoliberal”. ECA-UCA Estudios Centroamericanos, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”. San Salvador, El Salvador. Septiembre, 2003. Pp. 1029-1047

Selva Sutter, Ernesto. “Sistema de salud mixto neoliberal quizás abuso, engaño o torpeza, pero siempre privatización”. Vol. 59 N0668. ECA. Estudios Centroamericanos, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”. San Salvador, El Salvador. Junio, 2004. Pp. 549-579

Smith, Marjorie. “La privatización como alternativa en la prestación de servicios de salud”. Revista Centroamericana de Administración Pública N^o25. Julio-diciembre, 1993. Pp. 95-105.

Sojo, Ana. “Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa”. Revista de La CEPAL N^o66. CEPAL, División de desarrollo social. Santiago, Chile. Diciembre, 1998. Pp. 71-102

Sojo, Ana. “Reformas de gestión en salud en América Latina”. Revista de la CEPAL N^o 74. CEPAL. Santiago, Chile. Agosto, 2001. Pp. 139-157

Sojo, Ana. “La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasi-mercados a inicios del milenio.”. Serie de estudios y perspectivas. N^o 44. Sede subregional de la CEPAL en México. Unidad de desarrollo social. D.F., México. Febrero, 2006.

Tamez, Silvia y Valle, Rosa. “Desigualdad social y reforma en salud”. En Revista Mexicana de Sociología N^o2 Vol.67. UNAM-ISS. D.F, México. Enero- Junio, 2005. Pp. 321-356

Torres, Ana Cristina y Knaul, Felicia. “Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000”. 2003. Pp. 209-225 Disponible en <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/15%20DeterminantesDelGasto.pdf> [Consulta hecha el 28 de julio, 2007]

Trejos, María y Valverde, José. “Compromisos de gestión y transformaciones laborales en el sector salud de Costa Rica”. En Revista de Ciencias Sociales. N^o90-91. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. 2000. Pp. 107-124.

Villalobos, Luis. “Una perspectiva para orientar el análisis de los recursos humanos en salud en Costa Rica”. San José, Costa Rica. Junio, 2007. [Facilitado por el autor]

Tesis

Durán, Osvaldo.et.al. Privatización de los servicios de salud: ¿una alternativa para la participación popular? Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología.

Departamento de Sociología, Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1991.

Ramírez, Ana Catalina y Sibaja, Irina. Representaciones sociales de salud sexual en mujeres jóvenes solteras y su incidencia en la prevención de infecciones de transmisión sexual. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Antropología y Sociología, Departamento de Sociología. San José, Costa Rica. 2006.

Ponencias

Alvarez, Adriana. “¿Un enemigo menos?: erradicación y remergencia del paludismo en la Argentina 1940-1960”. Ponencia presentada en el IX Congreso Centroamericano de Historia. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Julio, 2008.

Córdoba, Cynthia y María Luz Sanarrusia. “Aproximación del Ingreso y Gasto Corriente de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004 a la Encuesta Nacional de Gasto en Salud 2006”. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Economía de la Salud “Doctora Anna Gabriela Ross”. 30-31 de octubre, 2007. San José, Costa Rica.

Hernández, Karla y Sáenz, Inés. “Primera Encuesta Nacional de Salud (ENSA2006). Primeros Resultados”. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Economía de la Salud “Doctora Anna Gabriela Ross”. 30-31 de octubre, 2007. San José, Costa Rica.

Picone, Gabriel y Collado, Andrea. “Determinantes del uso de farmacias privadas en Costa Rica”. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Economía de la Salud “Dra. Ana Gabriela Ross” 30-31 de octubre, 2007. San José, Costa Rica.

Informes

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Comisión Permanente Especial de Control de Ingreso y Gasto Públicos. Acta N^o016. 27 de octubre, 2005.

Banco Mundial. “El Estado en un Mundo en Transformación”. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Banco Mundial. 1997.

CCP. “Resultados preliminares, Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENSA)”. Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población, Proyecto de Investigación en Farmacoeconomía. Disponible en <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

CCSS. “Informe sobre el funcionamiento de las Juntas de Salud”. Superintendencia General de Servicios de Salud. CCSS. 2001

CLAD-Cedai. “Programa de traslado de servicios del sector público al sector privado en Costa Rica”. Reporte de Avances N^o3. San José, Costa Rica. Setiembre, 1991.

OMS. “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (formato ppt). Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Agosto, 2008.

Programa Estado de la Nación. Decimoprimer Informe del Estado de la Nación. Programa Estado de la Nación. San José, Costa Rica. 2005.

Programa Estado de la Nación. Decimotercer Informe del Estado de la Nación. Programa Estado de la Nación. San José, Costa Rica. 2007.

Programa Estado de la Nación. Decimocuarto Informe del Estado de la Nación. Programa Estado de la Nación. San José, Costa Rica. 2008.

Solano, Elizabeth y Chaves, Aida. “Informe Final. Encuesta sobre Gastos en Salud”. INEC. San José, Costa Rica. Setiembre, 2006.

Artículos de periódicos

Aguilar, Yensy. “Listas de espera empujan a visitar centros privados”. Al Día. Sección, Nacionales. 26 de mayo, 2008. Disponible en http://www.aldia.cr/ad_ee/2008/mayo/26/nacionales1548830.html [Consulta hecha el 06 de enero, 2009]

Arias, Sylvia. “Medicina privada se remoza”. El Financiero. Sección Negocios. 05 de marzo, 2000. Disponible en http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2000/marzo/05/negocios1.html [Consulta hecha el 05 de enero, 2009]

Bermúdez, Mario. “Ticos son fieles a la CCSS”. El Financiero. En Portada. Semana del 13 de setiembre, 2009. Edición 735. Disponible en http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2009/septiembre/20/enportada2086063.html [Consulta hecha el 15 de setiembre, 2009]

Britton, Garrett. “Hospital Santa María respiró apenas tres años”. El Financiero. Sección, Negocios. 30 de agosto, 2009. Edición 732. Disponible en http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2009/agosto/30/negocios2061670.html [Consulta hecha el 31 de octubre, 2009]

Córdoba, Javier. “Costarricenses gastan más de ₡ 6.000 millones en sobornos”. Semanario Universidad. En Portada. Edición del 25 de noviembre al 1 de diciembre, 2009.

Morales, Sergio. “Hasta el sector salud se contagió. Servicios médicos privados carecen de inmunidad ante la contracción económica”. El Financiero. Sección, Negocios. Semana del 23 de marzo, 2009. Edición 711. Disponible en http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2009/marzo/29/negocios1907993.html [Consulta hecha el 25 de marzo, 2009]

Entrevistas

Villalobos, Luis Bernardo. Representante del área de salud ante el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica y médico. 20 de junio, 2007

Anexos

ANEXO 1.

Operacionalización de los objetivos

OBJETIVO 1	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS	
1. Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.	Servicios Médicos	Nivel de atención de los servicios	Primaria: ejemplo programas de prevención	Cuestionario	
			Secundaria: ejemplo consulta ambulatoria		
			Terciaria: ejemplo hospitalización y/o especialidad		
		Tipo de servicio utilizado	Servicios de laboratorio		Entrevista a profundidad
			Emergencias		
			Consulta externa		
			Especialidad		
		Lugar de atención (Público y/o Privado)	Hospitalización		
			EBAIS		
			Laboratorios		
			Farmacias		
			Consultorios		
	Hogares	Tamaño del hogar	Número de personas que vive en cada hogar	Cuestionario	
			Características de las personas que componen los hogares		
		Niveles educativos			
		Edad			
		Características laborales de las personas que reciben ingresos	Condición de aseguramiento y formas de acceder a servicios médicos privados		Entrevista a profundidad
			Niveles de ingreso		
		Lugar de residencia	Categoría ocupacional		
Centro urbano					
Urbano-marginal					
		Fuera de la GAM			

OBJETIVO 2	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS
<p>2. Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.</p>	<p>Sistema de creencias</p>	<p>Significados atribuidos al uso de servicios médicos privados y/o públicos</p>	<p>Valoraciones de los servicios que se brindan en cada sector (horarios, equipos, especialistas, entre otros)</p>	<p>Entrevista a profundidad</p>
			<p>Concepciones de salud y enfermedad</p>	
			<p>Sensaciones de salud o enfermedad</p>	
			<p>Elementos de interpretación utilizados según tipo de servicio médico que se busca</p>	
			<p>Razones para usar servicios médicos del sector público</p>	
			<p>Razones para usar servicios médicos privados</p>	
			<p>Significado de los vínculos posibles entre el uso de servicios médicos privados y públicos</p>	
			<p>Prácticas relativas a la atención en salud no reductibles a los servicios médicos</p>	
			<p>Relaciones establecidas entre los servicios médicos de uno u otro sector</p>	
			<p>Tipo de servicio que se usa en cada sector</p>	
<p>Situaciones que provocan el uso de servicios médicos privados</p>				

OBJETIVO 3	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS
3. Reflexionar sobre los vínculos que se expresan en los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM atribuyen al uso de servicios médicos privados, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.	Contexto estructural	Causas externas	Relatos de experiencias: vínculos creados entre uso de servicios médicos públicos y privados	Entrevista a profundidad
	Hogares	Causas internas	Significados de usar servicios médicos privados y públicos: implicaciones concretas	
			Cambios en el presupuesto del hogar	
			Acceso a servicios médicos	Entrevista a profundidad
	Disminución de la capacidad de ahorro del hogar			
Redefinición de prioridades según la cantidad de recursos utilizados				

ANEXO 2. Guía temática para las entrevistas en profundidad

Tema	Sobre lo que se quiere preguntar
<p>Significados atribuidos al uso de servicios médicos privados</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Percepción de los servicios que se brindan en cuanto a horarios, modos de atención, servicios que se brindan, calidad de los equipos. Relato de experiencias -Cuándo, por qué y para qué son utilizados -Quién o quiénes toman la decisión de que se usen estos servicios -Qué o quiénes influyen en la decisión: por ejemplo anuncios de la prensa, la televisión o programas de televisión -En términos económicos, qué significa utilizar estos servicios: presupuesto familiar, redefinición de prioridades, cómo se pagan -En términos de atención a la salud, qué significa utilizar estos servicios
<p>Significados atribuidos al uso de servicios médicos públicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Qué significa tener seguro social para acudir al uso de servicios médicos públicos -Percepción de los servicios que se brindan en cuanto a horarios, modos de atención, servicios que se brindan, calidad de los equipos. Relato de experiencias -Cuándo y por qué son utilizados -Quién o quiénes toman la decisión de que se usen estos servicios -Qué o quiénes influyen en la decisión -En términos de atención a la salud, qué significa utilizar estos servicios
<p>Vínculos entre uso de servicios médicos privados y uso de servicios médicos públicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Descripción de ese vínculo: qué se usa de uno y qué de otro, hay o no complementación de los servicios que se usan en uno u otro sector -Cómo se consiguen los vínculos: por cuenta propia, conocidos/as que trabajan en uno u otro sector, arreglos previos -Qué situaciones hace que se genere tal vínculo -Qué significa pasar de los servicios médicos públicos a los privados -Siente que está comprando salud -Qué significan los servicios de salud como derecho -Asiste a un EB AIS administrado por un ente privado: qué diferencias pueden haber entre una administración pública y otra privada

ANEXO 3. Categorización del cuestionario aplicado tanto en ASEMBIS como en el HCSM

Ítem Datos personales, entrevistada/o	Para qué el ítem	Relación con objetivo específico de la investigación
Edad	Porque es un indicador que se relaciona con la frecuencia en el uso de servicios médicos y el tipo de servicio médico que se usa.	Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.
	Porque probablemente los significados que se atribuyan al uso de servicios médicos privados sea diferente según edad. Así como la percepción que se tenga de los servicios médicos públicos. Además, por la condición: padre, hijo/a, madre, etc.	Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.
Sexo	Porque es un indicador que se relaciona con la frecuencia en el uso de servicios médicos y el tipo de servicio médico que se usa. Porque cada sexo implica momentos vitales diferentes.	Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.
	Porque los significados que se atribuyan al uso de servicios médicos privados es diferente según sexo. Así como la percepción que se tenga de los servicios médicos públicos.	Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.
Nivel Educativo	Porque podría condicionar un mayor uso de servicios médicos privados. Porque se aproxima para suponer un nivel de ingreso. Para confrontar la idea de que sólo personas con alto nivel educativo usan servicios médicos privados.	Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.

	<p>Porque los significados que se atribuyan al uso de servicios médicos privados podrían ser diferentes según nivel educativo. Así como la percepción que se tenga de los servicios médicos públicos.</p>	<p>Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.</p>
<p>Residencia</p>	<p>Porque la ubicación geográfica permite mostrar la cercanía o no a servicios médicos (públicos o privados). La accesibilidad no está solamente determinada por la ubicación geográfica. Hay otros factores que inciden.</p> <p>Porque dentro del área urbana se da segregación con respecto a “mejores” y “peores” lugares de para la atención médica.</p>	<p>Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.</p>
<p>Aseguramiento</p>	<p>Porque el aseguramiento no garantiza que no se usarán servicios médicos privados.</p> <p>Porque es importante conocer qué tipo de seguro tienen las personas que usan servicios médicos privados y así saber quiénes son, en términos de aseguramiento, las personas que usan servicios médicos privados y qué peso tienen para la financiación del seguro de salud de la CCSS.</p>	

Ítem Datos del hogar	Para qué el ítem	Relación con objetivo específico de la investigación
Número de personas	Porque el tamaño de un hogar condiciona un mayor o menor uso de servicios médicos.	Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.
Número de personas menores y mayores de edad	Es importante conocer este dato porque en estos dos extremos de edad es que se hace un mayor uso de servicios médicos.	
Número de personas que usan los servicios médicos de ASEMBIS u HCSM	Porque permite determinar cuántas y quiénes son las personas de un hogar que usan servicios médicos privados.	
Servicios médicos privados más utilizados	Porque permite determinar qué tipo de servicios se usan con más frecuencia en un hogar.	
Servicios médicos públicos más utilizados	Porque permite determinar qué tipo de servicios se usan con más frecuencia en un hogar.	
Número de personas con trabajo remunerado	Es importante porque indica cuántas personas del hogar tienen trabajo no remunerado. Permite conocer la composición del ingreso que tiene el hogar.	

<p>Ítem</p> <p>Uso de servicios médicos privados, ASEMBIS u HCSM. Entrevistado/a y hogar</p>	<p>Para qué el ítem</p>	<p>Relación con objetivo específico de la investigación</p>
<p>Uso de servicios médicos privados</p>	<p>Para conocer con cuánta frecuencia usan los servicios médicos privados.</p>	<p>Caracterizar a los hogares que usan los servicios médicos de ASEMBIS y el HCSM, así como servicios médicos públicos a los que tengan acceso.</p>
<p>Servicios médicos privados utilizados</p>	<p>Permite determinar qué tipo de servicios son utilizados y en que nivel de atención se ubican.</p>	
<p>Frecuencia en el uso de los servicios médicos privados</p>	<p>Permite conocer cada cuánto tiempo usan los servicios médicos señalados en la respuesta anterior.</p>	
<p>Uso de los servicios de los EBAIS</p>	<p>Permite conocer si usan servicios médicos públicos e ir articulando los vínculos entre público y privado. Permite conocer para qué se usan los servicios de los EBAIS y qué significa usarlos.</p>	

ANEXO 4. Categorización de la entrevista a profundidad aplicada a las 9 personas entrevistadas.

Ítem Sobre servicios médicos privados	Para qué el ítem	Relación con objetivo específico de la investigación
¿Qué opina usted de los servicios médicos privados?, ¿qué se habla de estos servicios en su hogar?	Para conocer opiniones con respecto a horarios, calidad y oportunidad de la atención. Permite dar cuenta de las percepciones sobre los servicios médicos privados y de los de cada centro médico a estudiar en particular.	Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.
¿Cuáles han sido algunas de sus experiencias o las de algunas personas de su hogar cuando han usado servicios médicos privados? ¿Qué puede contarme sobre el HCSM o ASEMBIS?	Porque permite conocer vivencias concretas en cuanto al uso de servicios médicos privados, da los elementos para hacer comparaciones con el sector público y entre ambos centros médicos a estudiar. Da cuenta de alguna anécdota o anécdotas que ayuden a ahondar sobre por qué se usan servicios médicos privados, la intención es obtener un relato de experiencias.	
¿Hay alguna persona dentro del hogar que diga: “bueno, vamos a ir donde un doctor privado o vamos a sacar una cita a la clínica tal”?	Esto es importante ya que muestra el control a lo interno del hogar sobre la atención en salud y da cuenta de la dimensión de género que envuelve la temática. La persona que decida, mujer u hombre, podría condicionar el significado que, desde el hogar, se asigne al uso de servicios médicos privados. Además, permitiría comparar quién decide cuando se usan servicios del sector privado y quién cuando se usan servicios del sector público.	
¿En cuáles situaciones es que se decide o han decidido usar los servicios médicos privados? Y,	Es importante porque permite conocer cuáles son los elementos o criterios para decidir el uso de servicios médicos privados. Permite hacer las comparaciones entre cuándo se usan servicios	Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en

¿Además de usar los servicios del HCSM o ASEMBIS, van a algún otro centro médico?	médicos privados y cuándo servicios médicos públicos. Es necesario saber si usan servicios médicos privados de otro centro médico para tener una idea general con respecto a considerar el uso de los servicios de otro centro médico para no afirmar que son hogares que usan, exclusivamente, los servicios de HCSM o ASEMBIS.	relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.
¿Qué ha influido para que usen servicios médicos privados: amigos, familiares, horarios laborales, alguna situación de salud particular, publicidad como los anuncios?	Esta pregunta ayuda a complementar la anterior, es decir, las razones por las que se usan servicios médicos privados. Se quiere responder ¿qué influencia la decisión de usar servicios médicos privados?	
¿Además de las experiencias que el hogar ha tenido en cuanto al uso de servicios médicos privados, hay algunas otras razones por las que los utilicen?	Puede ser una pregunta como respuesta de control para las respuestas de la primera pregunta, es decir, relacionar opiniones y razones. Además se pueden conocer razones con argumentos basados en lo religioso, la distinción o prestigio, confianza, satisfacción que podrían relacionarse con el relato de experiencias.	
¿Considera que el presupuesto de su hogar se ha visto afectado debido al uso de servicios médicos privados?, ¿cómo?	Conocer qué significa el uso de servicios médicos privados en términos económicos, si los recursos del hogar han sido suficientes para pagar los servicios y si no, cómo los han pagado, cuáles actividades del hogar se han reconfigurado y si el presupuesto del hogar se ha desviado hacia el pago de servicios médicos privados. Esta información sería útil para conocer el peso relativo que tiene el pago de estos servicios en el presupuesto de un hogar y llegar al punto sobre las causas y consecuencias del uso de servicios médicos privados	Reflexionar sobre los vínculos que se expresan en los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM atribuyen al uso de servicios médicos privados, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.
¿Qué significa para ustedes, para su hogar, usar servicios médicos privados?, ¿qué siente usted	Permite conocer qué ha representado para el hogar el uso de servicios médicos privados, lo cual se	

cuando usa esos servicios?	relaciona con las respuestas sobre por qué se usan como por ejemplo: mejor diagnóstico, mejor atención, mejor tratamiento, menos sufrimiento o dolor. ¿Qué significa?, significa tranquilidad, seguridad, cuidar la salud; o también lograr acercarse a qué significa en términos de los esfuerzos que se han hecho (si es que se han hecho) para poder usar estos servicios. Responde a las consecuencias de usar estos servicios y da cuenta de las causas que provocan usarlos.	
----------------------------	--	--

Ítem Sobre servicios médicos públicos	Para qué el ítem	Relación con objetivo específico de la investigación
¿Qué opina usted de los servicios médicos públicos?, ¿qué se habla de estos servicios en su hogar?	Para conocer opiniones con respecto a horarios, calidad y oportunidad de la atención, listas de espera. Permite dar cuenta de las percepciones sobre los servicios médicos públicos.	Determinar los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM, atribuyen al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.
¿Cuáles han sido algunas de sus experiencias o las de algunas personas de su hogar cuando han usado servicios médicos públicos?	Porque permite conocer vivencias concretas en cuanto al uso de servicios médicos públicos, da los elementos para hacer comparaciones con el sector privado según los dos centros médicos a estudiar. Da cuenta de alguna anécdota o anécdotas que me ayuden a ahondar sobre por qué se usan servicios médicos públicos, la intención es obtener un relato de experiencias.	
¿La misma persona que toma la decisión de acudir a un centro privado es la que decide cuando se usan los servicios del EBAIS o algún hospital nacional?	Esto es importante ya que muestra el control a lo interno del hogar sobre la atención en salud y da cuenta de la dimensión de género que envuelve la temática. La persona que decida, mujer u hombre, podría condicionar el significado que, desde el hogar, se asigne al uso de servicios médicos privados. Además, permitiría comparar quién decide cuando se usan servicios del sector privado y quién cuando se usan servicios del sector público.	
¿Por qué si algunas veces usan los servicios médicos privados, otras usan los servicios de los EBAIS u hospitales nacionales?	Es importante porque permite conocer cuáles son los elementos o criterios para decidir el uso de servicios médicos privados. Permite hacer las comparaciones entre cuándo se usan servicios médicos privados y cuándo servicios médicos públicos.	Reflexionar sobre los vínculos que se expresan en los significados que los hogares que usan los servicios de ASEMBIS y el HCSM atribuyen al uso de servicios médicos privados, en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos.
¿Cuándo considera que es mejor usar los servicios médicos públicos?, ¿las personas del hogar quedan satisfechas cuando van al	Es importante porque responde a cuándo se usan servicios médicos públicos y para qué e ir mostrando mejor los vínculos que crean los hogares	

EBAIS o a algún hospital nacional?	entre uno y otro sector de servicios médicos.	
¿Qué significa para ustedes, para su hogar, usar servicios médicos públicos?, ¿considera que se cumple su derecho a la salud?	Permite conocer qué ha representado para el hogar el uso de servicios médicos públicos, lo cual se relaciona con las respuestas sobre por qué se usan como por ejemplo: fácil acceso, más servicios, mejor tratamiento, menos sufrimiento o dolor; o más dolor, incertidumbre. ¿Qué significa?, significa tranquilidad, seguridad, cuidar la salud; o angustia, preocupación, poco control de la situación.	

ANEXO 5. Cuestionario aplicado

CUESTIONARIO N^o _____

FECHA:

LUGAR:

Buenos días/Buenas tardes

Soy estudiante de la Universidad de Costa Rica y estoy realizando un estudio sobre el uso de servicios médicos privados. La intención es saber para qué y por qué se usan este tipo de servicios.

Quiero solicitar su colaboración para que conteste a unas preguntas.

En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas y son completamente confidenciales. Le haré entrega del documento que garantiza la confidencialidad de sus respuestas.

Muchas gracias por su colaboración

1. Datos personales [DP1]

[dp1] Edad _____

[dp2] Sexo

[dp2.1] Mujer ()

[dp2.2] Hombre ()

[dp3] Nivel educativo

[dp4] Ocupación

[dp5] Lugar donde vive

[dp6] Está asegurada o asegurado

[dp6.1] Sí () ¿qué tipo de seguro tiene?

[dp6.2] No ()

2. Datos sobre el hogar [DH2]

[dh1] ¿Cuántas personas viven en el mismo hogar (o vivienda, casa)?_____

[dh2] ¿Cuántas personas menores y mayores de edad viven en el hogar?

Menores_____ Edad_____

Mayores_____ Edad_____

[dh3] Cuántas personas del hogar usan los servicios de este centro médico_____

[dh4] Cuáles son los servicios médicos privados, de otros centros médicos, más utilizados por las personas del hogar

[dh5] Cuáles son los servicios médicos públicos (de la Caja) más utilizados por las personas del hogar

[dh6] Cuántas personas del hogar tienen trabajo remunerado_____

3. Uso de servicios médicos [USM3]

[usm1] Desde cuándo utilizan los servicios que se ofrecen en este lugar

[usm2] Cuáles son los servicios que han utilizado

[usm3] Cada cuánto tiempo utilizan los diferentes servicios que mencionó antes

[usm4] Ustedes utilizan los servicios del EBAIS de su comunidad

[usm4.1] Sí () Nombre del EBAIS _____

[usm4.2] No () ¿por qué?

[usm5] Para qué utiliza los servicios del EBAIS de su comunidad

¡Muchas gracias por el tiempo dedicado a responder estas preguntas!

Además de este cuestionario, también haré unas entrevistas como otra parte de la investigación y de acuerdo a lo que usted respondió en el cuestionario, considero que podría colaborar para una entrevista en la cual se profundicen algunos aspectos.

Aceptaría que le realizara una entrevista

Sí () Escribir nombre y número de teléfono para coordinar el trabajo de entrevistas

No sabe ()

No ()

ANEXO 6. Guía de entrevista

ENTREVISTA N^o _____

FECHA:

Hora:

Nombre:

Lugar de la entrevista:

Soy estudiante de la Universidad de Costa Rica y estoy realizando un estudio sobre el uso de servicios médicos privados. La intención es saber para qué y por qué se usan este tipo de servicios.

Quiero solicitar su colaboración para que conteste a unas preguntas.

En esta entrevista no hay respuestas correctas ni incorrectas y son completamente confidenciales. Le haré entrega del documento que garantiza la confidencialidad de sus respuestas.

Guía de preguntas para las entrevistas en profundidad

Sobre servicios médicos privados

1. ¿Ha escuchado sobre el hospital Clínica Bíblica o el CIMA?
2. ¿Qué opina sobre esos hospitales?
3. ¿Qué opina de los servicios médicos privados en general?
4. ¿Qué se habla de estos servicios en su hogar?
5. ¿Cómo ha sido la experiencia de utilizar servicios médicos privados?
6. ¿Qué puede contarme sobre el HCSM o ASEMBIS?
7. ¿Cuáles aspectos han influido para que ustedes usen servicios médicos privados: amigos, familiares, horarios laborales, alguna situación de salud particular, publicidad como los anuncios?
8. ¿Quién decide, dentro del hogar, cuando usar los servicios médicos de un centro privado?
¿Hay alguna persona dentro del hogar que diga: “bueno, vamos a ir donde un doctor privado o vamos a sacar una cita a la clínica tal”?
9. ¿Por qué han decidido usar servicios médicos privados? Ya mencionó algunas de sus experiencias, ¿hay otras razones?

10. A parte de usar los servicios del HCSM o ASEMBIS, ¿usan los servicios de algún otro centro médico privado?
11. ¿Considera que el presupuesto de su hogar se ha visto afectado debido al uso de servicios médicos privados?
12. ¿Cómo: han solicitado préstamos, han utilizado el crédito...?
13. ¿Qué significa para ustedes, para su hogar, usar servicios médicos privados?
14. ¿Qué siente usted cuando usa esos servicios?

Sobre servicios médicos públicos

1. ¿Qué opina usted de los servicios médicos públicos (de la Caja, del seguro)?
2. ¿Qué se habla de estos servicios en su hogar?
3. ¿Cuáles han sido algunas de sus experiencias cuando han usado servicios médicos públicos (de la Caja, del seguro)?
4. ¿Quién decide cuándo acudir al EBAIS o a algún hospital público (de la Caja, del seguro)?
5. ¿Cuándo prefieren ir a los servicios médicos públicos (de la Caja, del seguro) y cuándo a los privados (particulares)?
6. ¿Considera que ustedes tienen buen acceso a los servicios médicos públicos (de la Caja, del seguro)? Esta es como pregunta de control porque en 1 y 3 hablan sobre la dificultad de ser atendidos/as en los servicios de la Caja pero en esta muchas respuestas son afirmativas. Entonces, legalmente hay buen acceso (jurídicamente) pero en las experiencias contadas se refleja la dificultad en cuanto a un acceso concreto, es decir, efectivo.
7. ¿Cuál considera que es la principal limitación (hace difícil) que tienen para acudir a los servicios médicos públicos (de la Caja, del seguro)?
8. ¿Cuándo consideran que es mejor usar los servicios médicos públicos (de la Caja, del seguro)?
9. ¿Ustedes sienten confianza en los servicios que se ofrecen en el sector público (en la Caja, en el seguro)?
10. ¿Qué significa para ustedes usar servicios médicos públicos (de la Caja, del seguro)?
11. ¿Usted siente que puede ejercer el derecho a la salud cuando usa servicios médicos privados y públicos (de la Caja, del seguro)?

Para que respondan sobre la comparación en el uso de ambos tipos de servicios, se aplicó un ejercicio por medio de una tabla.

Tabla de comparación: servicios médicos públicos y servicios médicos privados

El ejercicio trata de leer a la persona entrevistada cada aspecto y preguntar qué es lo primero que piensa cuando el aspecto leído se refiere a los servicios médicos públicos o privados.

Aspectos de comparación	Servicios médicos públicos	Servicios médicos privados
Calidad de la atención		
Disponibilidad de horarios		
Personal de atención		
Instalaciones		
Equipo médico		
Tipo de servicios que se ofrecen		
Accesibilidad económica		
Confianza en los diagnósticos		
Confianza en los tratamientos		
Concepto de salud		

ANEXO 7. Acepciones de algunos conceptos en el contexto de los proyectos de reforma de los sistemas de salud

Tomando en cuenta los planteamientos políticos y los cambios sugeridos por el Proyecto de Reforma del Sector Salud, se consideró indispensable presentar algunas formas de entender dicho proceso en ese contexto de coyuntura. Esto permite señalar cómo los cambios a nivel estructural han provocado una transformación en el análisis teórico de la salud, la enfermedad, y los servicios médicos de atención.

Los proyectos de reforma de los sistemas de salud se fundamentan en una determinada concepción de la salud (estructuralmente legitimada), concepción construida por los organismos financieros internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud) que dieron publicidad a este tipo de reforma en la región latinoamericana a inicios de la década de los noventa. Se promovía, discursivamente, un paradigma ya no biologista sino “integral”, es decir, la salud entendida desde una perspectiva multidimensional. ¿Qué significa esto?

Precisamente, antes y después de los proyectos de reforma, hay un antes y después del concepto, que institucionalmente, se ha manejado de la salud-enfermedad. Según destaca Villalobos, en el ámbito latinoamericano el enfoque integral de este proceso se analiza desde tres planos: el individual, particular o singular y general o colectivo.

Además, Villalobos involucra el plano de los determinantes (visión de la Organización Mundial de la Salud, OMS⁵³) y el de la respuesta social. En el primero se refiere a determinantes biológicos, políticos, ambientales, geográficos, económicos, sociales y educativos; en el segundo se refiere a respuestas sociales desde la ciencia y tecnología, sector

⁵³ Ver documento reciente sobre la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, perspectiva sugerente pero nada novedosa si se toma en cuenta un análisis sociológico sobre salud-enfermedad como el que han hecho estudios desde la antropología, principalmente.

salud, sector educativo, sector ambiental energético, sector económico y finanzas, agricultura y sociedad civil (L.B Villalobos, Modelo AIS-2-97). Esto demuestra que se estaba pensando más allá de lo biológico, sin embargo la idea de una “salud integral” ha sido más un elemento discursivo (Trejos y Valverde, 2000: 111).

Ha sido un elemento discursivo porque aún no se ha visto posible que los sistemas de salud, al menos los de América Latina, asuman los compromisos de los determinantes de la salud que propone la OMS. La OMS afirma que:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los **determinantes sociales de la salud**. (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008. Resaltado del original)

En efecto, no es natural, pero el enfoque medicalizante reduce los determinantes a su medicalización, la medicalización de la vida social. Como afirma, de forma contundente Selva Sutter, el Banco Mundial promovió con las reformas (y aún promueve) un paradigma biomédico de la salud y la enfermedad, negando que se trata de un proceso como causalidad estructural, la siguiente cita lo ilustra así:

La biomedicina y el Banco Mundial también tienden a ignorar la concepción ampliada de la interacción, la cual sostiene que lo objetivo y subjetivo, la mente y el cuerpo, lo individual y colectivo se crean el uno al otro. Son partes distintas de un mismo proceso. (Selva Sutter, 2004: 552)

Por su parte, los planteamientos de Alvarez-Larrauri, permiten apelar que la forma como se plantea esta perspectiva tiene un problema teórico intrínseco y es que

Se conceptualizan los determinantes socioeconómicos como separados de las construcciones simbólicas y no se teoriza cómo estas construcciones simbólicas están relacionadas con los propios eventos corpóreos. (Alvarez-Larrauri, 2004: 183).

Los cuerpos no se toman en cuenta como parte de las construcciones y experiencias simbólicas, sino sólo como el objeto que manifiesta síntomas.

De igual manera, y desde una perspectiva más pragmática, técnicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el contexto de los proyectos de reforma en América Latina, concluyeron que la salud se define

...como el resultado del desarrollo armónico de la sociedad, en su conjunto, mediante el cual se brindan a los ciudadanos las mejores políticas económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social, etc; para que individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar. (Bergonzoli y Victoria, 1994: 10. Citado por Güendell, 1997: 96)⁵⁴

Esta es una definición sustentada con argumentos funcionalistas, los cuales suponen armonía y equilibrio; pero estas dos cualidades no son reflejo inmanente de la sociedad, ya que esta no se desarrolla armónicamente sino conflictivamente. Es decir, las mejores políticas, los bienes y servicios se generan en contextos de relaciones de poder y de intereses que se esconden detrás de la falacia de relaciones de consenso, las cuales suponen una “armonía” que está definida por relaciones de poder.

Según Laurell, la propuesta del Banco Mundial sobre el fomento de la elección individual de los servicios por medio de la creación de opciones públicas y privadas que se basa en una racionalidad económica de costo-beneficio es una

...manera de exorcizar todos los significados históricos, culturales, simbólicos y afectivos que tiene la salud, la enfermedad y la muerte, aún en las sociedades más mercantilizadas... (Laurell, 1994: 5)

De este modo, la salud no es un estado a buscar, es un proceso construido y reconstruido que se relaciona con el resto de procesos sociales. Por su parte, la enfermedad no es un estado a rechazar, sino que se relaciona dialécticamente con la salud como proceso construido y reconstruido.

⁵⁴ Según esta definición “la enfermedad” se concibe como desequilibrio que rompe con un estado de equilibrio y esta idea surge desde el pensamiento de los estoicos (Ver Bustelo, 2000)

Además, la forma subjetiva como se experimenta el proceso, define gran parte de los significados de la salud y de la enfermedad, más aún cuando se trate de situaciones que afecten directamente en el cuerpo (por ejemplo cáncer, Alzheimer, hipertensión) y que dan pie para que se definan los estigmas sociales de las personas “enfermas”, estigmas que se basan en la construcción social, concepto que se expondrá más adelante. Estas son situaciones de conflicto entre disposiciones médicas y experiencia subjetiva, entre ésta y la percepción social de una persona considerada como enferma, y por eso no puede hablarse de la salud como estado armónico y equilibrado.

Teniendo claro lo anterior, plantear el proceso salud-enfermedad como una forma de construcción social históricamente ubicada, permite rescatar el argumento de que la salud no es un concepto estrictamente médico, sino también social, asimismo el cuidado médico, el cual no debe reducirse a clínicas, hospitales, medicamentos o fármacos. Este proceso está vinculado a la organización social en general y a la forma en que esa sociedad concibe dicho proceso⁵⁵ (si es que lo concibe como proceso, ya que si salud y enfermedad se definen dualmente, se perciben dualmente también).

Por lo tanto,

Igualmente que con la salud sucede con la enfermedad: las concepciones que una sociedad tiene sobre sus enfermos [y enfermas] y que los enfermos [y enfermas] y médicos interiorizan, orientan, organizan y legitiman las relaciones e instituciones sociales que trabajan en el campo de la salud... (Bustelo, 2000: 189)

Las múltiples concepciones de este proceso son claves también para comprender la forma como se ofrecen los servicios médicos a determinada población y cómo es que esta los usa. Para el caso de Costa Rica, se aclara por ahora, que aunque la provisión de servicios médicos está mayoritariamente concentrada en la CCSS, poco a poco se ha complejizado la

⁵⁵ Este proceso tampoco es individual, es decir, la construcción del proceso salud-enfermedad es colectiva.

forma en que esta institución se organiza para ofrecer este tipo de servicios a la población. Asimismo, la atención integral que se pretendía lograr por medio del modelo cooperativo y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) no impactó en el paradigma positivista occidental de raigambre biomédico.

ANEXO 8. Recuadro 13. Breve reseña sobre las encuestas de gasto privado en salud en Costa

Fue en el año 1971 que en Costa Rica se hizo la primera encuesta que midiera el monto privado en salud de los hogares, en dicha encuesta se aplicó el cuestionario a un total de 584 hogares tomando en cuenta tanto la zona urbana como la zona rural. Se hizo por iniciativa de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) debido a la presunción de que el gasto privado en servicios de salud estaba en aumento, sin embargo, no se tenían datos que lo confirmaran.

Más adelante, en 1974, con la realización de la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares de la Dirección General de Estadística, se manejó un rubro sobre gastos privados en salud que corresponde al que realizaron los hogares en ese momento, a diferencia de la encuesta anterior, en esta se aplicó un total de 2 872 cuestionarios y sólo a la zona urbana; sin embargo, se hicieron cálculos econométricos para determinar el gasto total en salud de los hogares en la zona rural.

Posteriormente, en 1992, se conoce un estudio realizado sobre Los gastos privados en salud en Costa Rica, en el cual se usa el año 1986 para hacer las estimaciones. En este estudio se toma en cuenta no sólo el monto destinado por los hogares para este tipo de servicios, sino también el que realizan otras entidades que se definen en los estudios como compradoras, a saber, la Cruz Roja, el Teletón y la Asociación Demográfica Costarricense.

En la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIG) de 1988 también se midió el monto destinado en servicios médicos privados y luego hasta el 2004, última encuesta realizada sobre ingresos y gastos de los hogares en el país.

Los datos más recientes que se manejan son los de la Encuesta Nacional de Gastos en Salud (ENGAS) aplicada en el año 2006, fue solicitada por el Ministerio de Salud al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y se hizo con la colaboración de la Maestría en Economía de la Salud de la Universidad de Costa Rica. La muestra total de esta encuesta fue 2 088 hogares y el cuestionario detalla sobre la utilización de servicios médicos privados durante enero y abril del 2006 en todo el país.

Luego, en ese mismo año y durante julio y hasta el 09 de agosto, se llevo a cabo la primera Encuesta Nacional de Salud (ENSA) realizada por el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica. La muestra fue de 2 004 viviendas y se aplicaron cuestionarios en la zona urbana y la zona rural del país.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 9. Tabla 6. América Latina y el Caribe*: tipologías de las reformas y modelos de salud

Tipología de las reformas y modelos de salud	País de la región que lo ejemplifica
Público unificado con el Estado a cargo enteramente del financiamiento y la provisión directa.	Cuba
Seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal.	Costa Rica
Dual coordinado, combinando subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión (mayoritaria del subsector público-seguro social) y cobertura casi universal.	Chile
Dual con cierta coordinación entre el subsector público dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura virtualmente universal.	Brasil
Virtualmente dual, integrado funcionalmente, con un papel central del seguro social, secundario del subsector público y marginal del privado, sin separación de funciones y cobertura casi universal.	Panamá
Cuatripartito coordinado, con un subsector público-seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público.	Colombia
Tripartito con baja coordinación entre tres subsectores, el seguro social (que cubre a la mayoría de la población), el	Argentina

público (a cargo de las provincias) y el privado, cada uno con su propio financiamiento y provisión.	
Tripartito segmentado, sin coordinación adecuada, separación parcial de funciones y cobertura virtualmente universal.	Uruguay
Tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones.	Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, entre otros.
Dual, segmentado sin coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no seguro social.	Haití

*Para el caso caribeño se excluyen los países no latinos

Fuente: Elaboración propia a partir de Mesa-Lago, 2005, p. 33

ANEXO 10. Tabla 7. Costa Rica: Índice de precios al consumidor, base julio 2006. Series enlazadas del índice general y variación porcentual mensual. 1976-2009.

Año	Índice	Acumulada del año
1976	0,8710	4,36
1977	0,9108	5,25
1978	0,9631	8,11
1979	1,0442	13,15
1980	1,2430	17,79
1981	1,7027	65,09
1982	3,3906	81,75
1983	4,2729	10,70
1984	4,7805	17,35
1985	5,4958	10,93
1986	6,2312	15,43
1987	7,1490	16,43
1988	8,6281	25,34
1989	10,0884	9,95
1990	12,0909	27,25
1991	15,6782	25,32
1992	18,9849	16,97
1993	20,8555	9,04
1994	23,3234	19,86
1995	28,7432	22,57
1996	34,1146	13,89
1997	38,6436	11,20
1998	43,1645	12,36
1999	47,0763	10,11
2000	52,5712	10,25
2001	58,5009	10,96
2002	63,7485	9,68
2003	69,7959	9,87
2004	78,4758	13,13
2005	89,2650	14,07
2006	100,0000	9,43
2007	108,7524	10,81
2008	124,1624	13,9
2009		

Fuente: Elaboración propia con la colaboración de Daniel Chaves Huertas

ANEXO 11. Cuadro 9. Costa Rica: Montos totales anuales de la medición del gasto en salud de los hogares por uso de servicios médicos privados, según año. 1971-2006.
(Millones de colones. Cifras absolutas y relativas)

Año	Monto	%
1971	169.000.000	0,10%
1974	237.000.000	1,40%
1986	3.451.000.000	2,10%
1998	63.808.000.000	39,20%
2004	13.175.000.000	8,00%
2006	81.932.804.162	50,30%
Total	162.772.804.162	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos disponibles

ANEXO 12. Cuadro 10. Costa Rica: Montos totales de la medición del gasto en salud de los hogares según rubro de gasto y año. 1971-2006
(Millones de colones. Cifras absolutas)

Rubro de gasto	Año					Total
	1971	1974	1986	1998	2006	
Compra medicamentos	60.740.000	42.970.000	1.633.000.000	23.782.000.000	22.271.514.259	47.790.224.259
Consulta odontológica	44.040.000	33.760.000	733.000.000	19.183.000.000	19.208.940.618	39.202.740.618
Consulta médica	28.650.000	45.410.000	674.000.000	13.468.000.000	16.366.264.788	30.582.324.788
Compra o alquiler aparatos médicos	26.860.000	22.120.000	***	***	12.874.948.629	12.923.928.629
Hospitalización	***	***	113.000.000	2.340.000.000	4.233.610.000	6.686.610.000
Pruebas de diagnóstico	8.860.000	7.070.000	212.000.000	***	3.178.591.500	3.406.521.500
Exámenes de laboratorio	***	***	***	4.418.000.000	2.529.146.250	6.947.146.250
Planes de salud	***	***	46.000.000	617.000.000	1.205.592.464	1.868.592.464
Consulta médica pública pagada	***	***	***	***	64.195.654	64.195.654
Total	169.150.000	151.330.000	3.451.000.000	63.808.000.000	81.932.804.162	149.472.284.162

Fuente: Elaboración propia a partir de datos disponibles

Para el cuadro anterior vale hacer la siguiente aclaración: Para el año 1974 sólo se cuentan con los datos totales según rubro de gasto para la zona urbana y en el rubro pruebas de diagnóstico se colocaron los datos de exámenes de laboratorio y radiología en la misma celda, excepto para el año 2006 que sí están claramente desagregados. Por último, los datos sobre la compra de seguros médicos que corresponden a 1986 y 1998 se colocaron en la celda sobre planes de salud. Esto con el fin de unificar los datos en un solo cuadro, aunque no comparable.

ANEXO 13. Cuadro 11. Costa Rica: distribución relativa del gasto en salud por quintil de ingreso según rubros de gasto en salud. 2006
(Cifras relativas)

Rubros de gasto en salud	Quintil de ingresos %					Total
	I	II	III	IV	V	
Compra de medicamentos	39,6	28,3	28,4	26,0	24,2	27,5%
Consulta odontológica	19,8	26,3	29,3	27,9	18,0	23,7%
Consulta médica privada	16,8	18,9	17,9	20,5	22,7	20,2%
Compra o alquiler de aparatos médicos	17,8	19,5	14,9	13,3	16,5	15,9%
Hospitalización en centro privado	0,2	2,1	3,0	4,4	9,8	5,2%
Pruebas de diagnóstico	3,2	3,9	4,4	3,7	4,1	3,9%
Exámenes de laboratorio	2,4	0,9	2,2	4,1	3,9	3,1%
Plan de salud	0,1	0,1	0,0	0,2	0,9	0,4%
Gasto en salud Encuesta de Salud	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0%

Fuente: Elaborado por Córdoba y Sanarrucía, 2007: 8. Con modificaciones para esta investigación.

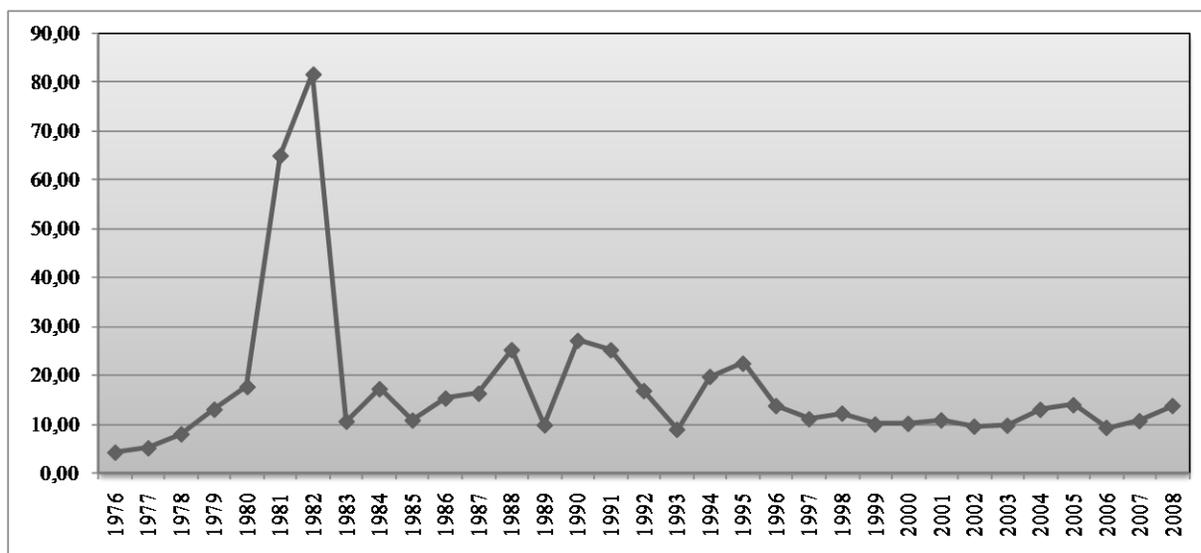
ANEXO 14. Cuadro 12. Costa Rica: gasto en salud promedio por quintil de ingreso per cápita del hogar¹ según rubro de gasto. 2006
(Miles de colones)

Rubros de gasto en salud	Quintil de ingresos					Total
	I	II	III	IV	V	
Compra de medicamentos	3.694	3.275	4.356	6.062	7.393	4.954
Consulta odontológica	1.844	3.038	4.495	6.506	5.484	4.273
Consulta médica privada	1.565	2.180	2.745	4.797	6.931	3.640
Hospitalización en centro privado	22	242	456	1.020	2.980	942
Pruebas de diagnóstico	295	448	675	876	1.245	707
Exámenes de laboratorio	225	109	341	953	1.188	563
Plan de salud	14	12	5	38	268	67

Fuente: Elaborado por Córdoba y Sanarrucia, 2007: 7. Con modificaciones para esta investigación.

1/ Se construyeron con la estimación del ingreso corriente del hogar de acuerdo a la ENIG 2004.

ANEXO 15. Gráfico 6. Costa Rica: Índice de precios al consumidor, base julio 2006. Series enlazadas del índice general y variación porcentual mensual. 1976-2009.



ANEXO 16. Consentimiento Informado aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica en sesión No. 146 del 16 de abril del año 2008.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 2511-5006 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología
Tel: 2511- 4708

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Significados atribuidos al uso de servicios médicos privados en relación a sus vínculos con los servicios médicos públicos: Casos de hogares que asisten a la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (ASEMBIS), sucursal de Guadalupe y de hogares que asisten al Hospital Clínica Santa María (HCSM).

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: Karina Valverde Salas.

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Mediante el presente estudio se espera estudiar el uso de servicios médicos privados que usted utiliza y el uso de servicios médicos públicos que haga (si es que los utiliza o no). Esto con el fin de conocer cómo relaciona usted ambos tipos de servicios para la atención de la salud, cuándo usa los privados o los públicos y por qué.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: si acepto participar en este estudio, se me realizará lo siguiente:

1. Se me aplicará un cuestionario sobre la información general de mi hogar con el fin de poder ser parte o no de la investigación, se me preguntará: número de miembros que conforman el hogar, la ocupación de los miembros del hogar que reciben ingresos, qué tipo de servicios médicos privados utilizo, cada cuánto tiempo los utilizo, entre otras. El cuestionario tendrá un máximo de duración de 20 minutos.
2. Después, si acepto participar en las entrevistas a profundidad, se me preguntará sobre los beneficios o perjuicios que el uso de servicios médicos privados tiene para mi hogar, y además, cómo relaciono esos servicios con los del sector público a los que tenga acceso. También se profundizará sobre por qué y para qué se usan servicios médicos privados y lo que dicho uso representa en términos económicos para el hogar. La entrevista será grabada en casete y la grabación será destruida 6 meses después de concluida la investigación.

- C. **RIESGOS:** La participación para mí en este estudio no representa ningún tipo de riesgo, mi identidad y la información que brindaré serán estrictamente confidenciales, y serán utilizados para fines de este estudio únicamente.
- D. **BENEFICIOS:** Como resultado de mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Karina Valverde Salas (investigadora) sobre este estudio y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamándola al teléfono 8824- 8292 o al 2710- 7380. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS), teléfonos 233-3594, 223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F. Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G. Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo el derecho de negarme a participar o a discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiero.
- H. Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I. No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha