

Uso de servicios médicos privados para la atención de la salud: ¿Compra, venta, estrategias o derecho?

Un diálogo teórico como marco de comprensión

Por: Karina Valverde Salas*

Resumen

Este trabajo es un esfuerzo por sistematizar varias ideas que he venido esbozando con respecto al incremento en el uso de servicios médicos privados que se ha dado en el país, incremento que se corrobora con datos publicados desde 1992 (Brenda Kleysen) hasta la Encuesta Nacional de Salud (2006), con un apartado de gasto en servicios médicos.

Hay varias ideas que cuestiono, una es la idea de gasto en salud: ¿se gasta en salud?, y otra es la idea de salud como mercancía: ¿puede hablarse de compra y venta de la salud? Ambas problemáticas, en relación con los análisis de algunas investigaciones que han sugerido hablar de la constitución de un mercado de la salud.

A continuación presento una introducción, la cual espera invitar a la lectura de este artículo. Luego discuto la construcción social del proceso salud-enfermedad y trato de mirar un poco esta construcción desde un enfoque de género. Después planteo la dicotomía público/privado y qué relación puede tener esta dicotomía a la hora de formular y ejecutar las llamadas políticas públicas (P.P). Finalmente, hago un leve acercamiento a la cuestión del campo de la salud y el campo del mercado de la salud, los cuales están interrelacionados y se caracterizan por la multiplicidad de agentes.

* Bachiller en Sociología por la Escuela de Antropología y Sociología, Departamento de Sociología de la Universidad de Costa Rica y becada por el Instituto de Investigaciones Sociales de la misma universidad en el cual realiza su tesis de licenciatura en Sociología. Artículo preparado para publicar en la revista JURO, Universidad de Georgia, Estados Unidos. valverdeskarina@gmail.com

Introducción

El propósito de este artículo es intentar un abordaje teórico sobre el proceso salud-enfermedad en relación al uso de servicios privados para la atención de la salud. Este abordaje, lo elaboro en el marco del contexto socio-político de la Reforma del Sector Salud costarricense, iniciada concretamente en 1994. Desde mi perspectiva, dicha reforma incentivó la participación privada en el ofrecimiento y administración de servicios de salud a la población del país. De esta manera promovió que ciertos sectores de la población consideraran la posibilidad de atender el proceso salud-enfermedad en centros privados (desde laboratorios clínicos, hasta consultorios de especialidades, clínicas y hospitales), estableciéndose así los vínculos entre lo público y lo privado, entre servicios de salud y personas usuarias, y entre el Estado y los proveedores privados.

Se aborda el concepto de salud y de enfermedad desde una perspectiva de la construcción social de la salud y de la enfermedad; el de políticas públicas con respecto a la distinción entre servicio público y servicio privado en general y hago un acercamiento incipiente en el concepto de régimen de bienestar; el de cuasi-mercados de salud como una forma de acercarse al análisis del mercado de la salud. También intento

fundamentar mi propuesta de que las políticas planteadas y ejecutadas desde la Reforma del Sector Salud fueron más de economía política que de política económica, arguyendo en que ambas se condicionan, es decir, no son excluyentes entre sí y en esa medida pensar al Estado como creador de mercados. Además, intento cuestionar el concepto de *gasto de bolsillo*, así como la idea de gasto en salud y trato de ligarme al análisis de la salud como un derecho y no como mercancía.

Este esfuerzo se hace con el fin de reflexionar sobre preguntas como: ¿qué es y cómo se produce el proceso salud-enfermedad?, ¿qué es y cómo se produce el incremento en el uso de servicios médicos privados de salud? y ¿qué son y cómo se producen las transformaciones para que un derecho se convierta en una mercancía?

Proceso Salud - enfermedad:
construcción social de la persona
sana y la persona enferma

La salud y la enfermedad es una dicotomía 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 considero pertinente proponer una discusión del 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 cuerpo¹) 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 médicas (desde el punto de vista de un enfoque

¹ Así como cuando se irrumpe en el orden de la vida cotidiana, así se irrumpe en el orden (normalidad) que hace funcionar al cuerpo.

biologista). En ese sentido, comparto con ustedes la siguiente cita del 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 las entiendo 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. Con respecto a eso de los “estados patológicos”, es importante tener claro que el proceso salud-enfermedad 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 humano². Por eso también, con la idea de control

² 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 decir que hay un control social sobre quiénes están sanos (as) en una sociedad y quiénes están enfermos (as).

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, desordenada.

En concordancia con lo inmediatamente expuesto, las concepciones del proceso oscilan de un enfoque médico-biologista a un enfoque integral, y este último es el que me interesa abordar aquí. Empiezo con la concepción trabajada por Villalobos y Piedra, en la cual se aclara que la salud y la enfermedad no son manifestaciones individuales ni aisladas, sino que se desarrollan según un proceso, el cual se construye sobre una base socio-cultural e histórica particular. Ellos afirman pues que:

“No podemos hablar entonces de que una persona o un grupo social está sano o enfermo, sino que presenta un estado de salud adecuado o no adecuado para los parámetros que han sido definidos social, cultural e históricamente” (Villalobos y Piedra, 1998).

De acuerdo a esos parámetros se define, asimismo, lo que se ha denominado como el rol social de la persona enferma y el comportamiento de la persona enferma (Parsons) atribuyendo un ser y hacer a quienes están enfermos (as), individualizando el proceso y construyendo 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”. Esa es la

distribución desigual del proceso salud-enfermedad.

Según las diferentes concepciones, enfoques, construcciones y parámetros que existen respecto al proceso en discusión, podría decir que todas se relacionan con la difusión del imaginario médico³ de lo que es salud y lo que es enfermedad. Este imaginario médico tiene relación dialéctica con el imaginario cotidiano de este proceso. El imaginario médico, fundamentado principalmente por una representación biologista-científica de la salud-enfermedad; y el segundo imaginario fundamentado en una representación también biologista-corporal, pero relacionada con mitos y tradiciones. El primero es un imaginario social legitimado y el segundo es un imaginario social considerado como marginal, obviándose así el proceso de construcción social que se hace a nivel micro y que ordena el ser y el hacer de las personas, en este caso, respecto a la atención del proceso salud-enfermedad⁴. Por lo

³ Aclaro que me veo en la limitación de referirme a este imaginario como un imaginario concretamente occidental.

⁴ Los imaginarios o ideales y distorsiones, como los denomina Bustelo (2000), yo no los llamaría distorsiones, ya que estos fundan los imaginarios cotidianos y muestran la subjetividad que acompaña el proceso salud-enfermedad. Más que distorsiones son las formas en que se construyen las múltiples realidades, se justifican las acciones y las formas en que las personas se explican a sí mismas los fenómenos sociales. Son, digámoslo así, las razones subjetivas de los imaginarios socialmente construidos.

tanto, para comprender el uso de servicios médicos⁵ (privados o públicos) es necesario saber que el uso de estos servicios está permeado por la dialéctica entre estos dos imaginarios. Asumo pues 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 construye quién es una persona sana y quién es una persona enferma, construidas en oposición la una de la otra.

El proceso salud-enfermedad es pues, también, un imaginario social fundamentado en representaciones sociales particulares que establecen un determinado orden social, las cuales se pueden definir como:

“...una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, con finalidad práctica, que participa en la construcción de una realidad común en un conjunto social... nos guían en la manera de nombrar, definir e interpretar los diferentes aspectos de nuestra cotidianidad” (Jodelet, en Cocco, 2003: 41).

Puedo decir, de acuerdo a lo anterior, que hay una realidad cotidiana de este proceso, una experiencia cotidiana, y una

⁵ Más adelante, trato de fundamentar la diferencia entre servicios médicos y servicios de salud. En este trabajo, el análisis está limitado a los servicios médicos.

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 de un cuerpo que es natural- social o social-natural; esta es la problematización sobre nuestra condición social y nuestra condición natural.⁶

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, “pero 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 y también las representaciones sociales en los cuales se basan, proporcionan a la población costarricense (aclarando que no toda la población se considera

⁶ La relación entre naturaleza y sociedad que planteo aquí va en correspondencia con los argumentos de Edgar Morin, respecto a su trabajo “De las sociedades de la naturaleza a la naturaleza de las sociedades humanas”. En *Sociología*. Editorial Tecnos. España. 1995. Me parece fundamental introducir este tipo de enfoque a diversos análisis que se hacen desde nuestra disciplina, con respecto a este trabajo, considero suficiente el proponer esta sugerencia.

ciudadana⁷, por ejemplo la población indígena, las personas definidas como inmigrantes) las categorías con las cuales comprenden el proceso salud-enfermedad y las categorías para que las y los médicos comprendan este mismo proceso. En este sentido, una sociología de la salud escudriña sobre los imaginarios, las construcciones y representaciones sociales, así como sobre los significados que se asignan al proceso salud-enfermedad.

Imaginarios, construcciones y representaciones, disponen el contexto para la constitución de un sistema de creencias relativo a la salud, porque además, las representaciones sociales permiten la construcción de ideas, imágenes e identidad de las cosas que ocurren alrededor de las personas y de las colectividades humanas. Por lo tanto:

"...la noción de representación social nos remite inmediatamente a una esfera caracterizada por la complejidad- la cual- hace referencia a los múltiples procesos individuales, interindividuales, intergrupales e ideológicos que se conectan los unos con los otros, en la dinámica de construcción de estas." (Cocco, 2003: 41)

En esa dinámica de construcción, se configuran las creencias sobre diferentes fenómenos sociales. 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 decir que los sistemas de creencias mantienen y legitiman las acciones respecto al proceso salud-enfermedad, sistema que además, acompaña la formación de los imaginarios y representaciones sociales. Por eso, los sistemas de creencias son importantes para un acercamiento al estudio del uso de servicios médicos privados, con el fin de atender el proceso por parte de ciertos sectores de la población. La idea de la inmediatez en la atención, de una atención exclusivamente médica y proporcionada por instituciones médicas (control médico de la atención al proceso salud-enfermedad) forma parte de esos sistemas de creencias, los cuales se sustentan en la construcción social de los servicios de salud. Dicha construcción se refiere a que la atención debe ser en un hospital, con medicamentos y con personas vestidas con gabacha blanca.

Sin embargo, 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

⁷ Puede ser ciudadanía de papel o ciudadanía discursiva, pero no ciudadanías (en plural) en la práctica de las múltiples relaciones sociales.

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 de los llamados regímenes de bienestar, a los cuales hago referencia más adelante, así como también al proceso de lo que Durkheim llamaría la *condición de objetividad*. Esto es la condición que tienen las representaciones sociales de alejarse del carácter subjetivo de los individuos y poder hacer construcciones generales de la realidad social a la cual representan, se trata de hechos que se constituyen como objeto fijo y constante que coaccionan y cohesionan (Durkheim, 1969: 50-51). La objetivación es el proceso de construcción de la realidad y "...el anclaje amarra la representación y el objeto dentro de una red de significados, que permite situarlos en relación con los valores sociales y darles coherencia" (Cocco, 2003: 43). Sin embargo, aunque se trata de coacción generada por las representaciones sociales y los sistemas de creencias, cuestiono la noción de pensar en personas irremediabilmente atrapadas por

sus propias construcciones sociales respecto a los fenómenos sociales que se presentan en la realidad. Por eso Di Nicola se refiere a la diversificación de las estrategias respecto a la atención del proceso salud-enfermedad y al sentido propio que le asignan las personas.

Por eso, es necesario repensar la forma como las personas buscan atender ese proceso y cual es el contexto político-económico que podría condicionar esas estrategias. La diversificación puede ser tanto a nivel institucional (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), 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 los sujetos 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.

Algunas acepciones del concepto salud: contexto de la Reforma del Sector Salud

Tomando en cuenta la posible diversificación de las estrategias y los cambios sugeridos por el Proyecto de Reforma del Sector Salud, presento algunas formas de

entender dicho proceso en ese contexto de coyuntura.

El concepto de salud tiene una amplia trayectoria histórica, por tanto, actualmente la salud es un concepto polisémico, difícil de precisar y de aplicar.

Cada momento histórico ha construido la salud y la enfermedad, así que la salud-enfermedad no se representa igual en diferentes tiempos y espacios. Sin embargo, Parsons como característico de gran parte de la sociología norteamericana, 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 de exclusión en que permanece si continua enferma. Así entonces, y desde mi planteamiento, el proceso salud-enfermedad es 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"⁸.

Con respecto al Proyecto de Reforma del Sector Salud, este se fundamenta en una determinada concepción de la salud, concepción construida por los organismos financieros internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) que dieron publicidad a este tipo de reforma en la región latinoamericana a inicios de la década de los noventa. Se promovía un paradigma ya no biologista sino integral, es decir, la salud entendida desde una perspectiva multidimensional.

Precisamente, antes y después de la reforma, hay un antes y después del concepto, que institucionalmente, se maneja del proceso 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, este enfoque involucra (desde el punto de vista de Villalobos) el plano de los determinantes 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

⁸ 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.

refiere a respuestas sociales desde la ciencia y tecnología, sector salud, sector educativo, sector ambiental energético, sector económico y de finanzas, agricultura y sociedad civil (L.B Villalobos, Modelo AIS-2-97). Esto muestra que el proceso no es sólo biológico ni que se refiere sólo al cuerpo, por lo que tampoco se reduce a un proceso individual, sino más bien colectivo, múltiple y complejo. Por eso:

“Los determinantes y la respuesta social se encuentran en un proceso interactivo de doble vía y entre sí y su amplitud depende de la construcción cultural que haga un determinado grupo social respecto al proceso salud-enfermedad y muerte, así como del desarrollo científico y tecnológico en un momento histórico definido” (Villalobos, 1997: 323-324).

De igual manera, aunque 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, concluyen 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).

Esta me parece, 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.

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, me refiero por ejemplo al mercado de la salud. Por su parte, la enfermedad no es un estado a rechazar, esta se relaciona dialécticamente con la salud como proceso construido y reconstruido. Además, la forma subjetiva como se experimenta el proceso, define gran parte de la percepción de la salud y de la enfermedad, más aún cuando se trate de situaciones que irrumpen directamente en el cuerpo (por ejemplo cáncer, Alzheimer, hipertensión, en fin en la época que estamos son innumerables, además, a veces parece que la investigación médica se afana en buscar y encontrar “nuevas enfermedades”, para así encontrar nuevos medicamentos que puedan ser vendidos en la industria farmacéutica), irrupción que da pie para que se definan los estigmas sociales de las personas “enfermas”, estigmas que se basan en la construcción social de la que he venido argumentando y que convierte en superfluas a las

personas que sí se han visto en la necesidad de usar servicios médicos y enfocar el tratamiento del proceso salud-enfermedad desde un enfoque médico, porque además, así es como se ha dicho (desde el nivel oficialmente legitimado) que puede tratarse el cáncer, Alzheimer o la hipertensión. 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, me 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 proceso⁹ (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

⁹ Este proceso tampoco es individual, es decir, la construcción del proceso salud-enfermedad es colectiva.

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, solo menciono que, aunque la provisión de servicios médicos está monopolizada¹⁰ por la CCSS, poco a poco se ha complejizado la forma en que esta institución se organiza para ofrecer este tipo de servicios a la población. La participación del sector privado en la gestión de los servicios médicos públicos se ha incentivado desde la Propuesta de Reforma del Sector Salud (diseñada en 1992 y aplicada desde 1994); sin embargo, yo diría que desde 1974 con el *programa médico de empresa* y luego en 1980 con el *programa de medicina mixta*, que dieron pie para que en 1992 se instaurara como programa la *libre elección médica*¹¹, son formas en que los diferentes gobiernos de esas épocas facilitaron la participación del sector privado, y que con la propuesta de reforma se llegó a lo que hoy se conoce como los cuasi-mercados, a lo cual me referiré más adelante. Por lo tanto, no se trata de decir que la participación del sector privado en la administración de servicios médicos públicos sea algo nuevo,

¹⁰ Que no se entienda esta palabra en el sentido que se le otorga desde la perspectiva económica liberal.

¹¹ Cfr. Herrero y Durán, 2001; y Güendell, 1997.

sino que es necesario preguntarse sobre el papel que juega este sector en la forma como se proveen estos servicios y hasta donde se les da la capacidad para que controlen las decisiones respecto a la oferta de servicios médicos. Además, hay un sector privado que, sin relacionarse con la CCSS por medio de contratos¹², ofrece servicios médicos privados y esta actividad también se ha acrecentado, consolidando el surgimiento del mercado de la salud.

División sexual del proceso: salud-enfermedad desde una perspectiva de género

Es importante y necesario, considerar la diferencia que se construye alrededor de si quien está padeciendo una "enfermedad" es hombre o mujer. La construcción social de la salud-enfermedad se genera 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 acciones sociales en relación a este proceso.

¹² Digo esto así porque puede haber relación en el sentido de que médicos que trabajen en la CCSS también trabajen en una clínica, hospital o consultorio privado, pero no porque haya un contrato de por medio, sino porque la práctica médica se desarrolla en ambos campos: público y privado.

Hombres y mujeres construyen diferencialmente el proceso salud-enfermedad, eso es lo que quiero dejar claro. La construcción social de la mujer permea la construcción social en relación a la mujer cuando se trata de servicios médicos, ya que se enfatiza en la "salud reproductiva", en la "salud familiar", 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).

Todo esto, en oposición a la construcción social respecto al hombre, nótese además que la cita se refiere 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 The Cultural Crisis of Moderne Medicine (editado por Ehrenreich), 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 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 pacientes¹³ (Ehrenreich, 1978: 126-128). Esto da pie para concluir, ligeramente, 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” 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

¹³ Nótese que se refiere a “sus pacientes”, es decir, las personas como posesión de las y los médicos.

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)¹⁴.

Con la cita anterior, sustento el argumento de que este proceso es uno conflictivo y en el cual intervienen varios actores que lo hacen complejo y de interés para el análisis y diálogo 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 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 el rol social de género, el cual debe 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 / trabajo improductivo (esto desde el punto de vista económico), dejando a las mujeres en desventaja y

¹⁴ Estas autoras hacen la afirmación refiriéndose al sistema de salud chileno. Sin embargo, considero que el sistema nacional de salud costarricense tampoco puede comprenderse sino se considera la dimensión doméstica o familiar.

otorgándoles la obligación de cumplir con esos quehaceres¹⁵.

Público o privado: Público, privado y políticas públicas

Lo público y lo privado ha sido discutido en muchas disciplinas y por lo tanto desde múltiples perspectivas. Norberto Bobbio los plantea como una dicotomía y 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 del juego de la construcción social, la cual (en relación a estos conceptos) se consolida políticamente en el contexto del surgimiento y desarrollo del *Welfare State* y las llamadas políticas sociales¹⁶. En ese sentido,

¹⁵ Me parece indispensable tomar en cuenta esta noción de sistema doméstico de salud, porque muchos familiares se encargan de parientes que están, por ejemplo, hospitalizados. En muchos casos, la parte médica de personas en esta condición se reduce a visitas de médicos y aplicación de medicamentos por parte del personal de enfermería. Solo quiero agregar que también sería interesante analizar la participación de voluntarias que trabajan en los hospitales (sobre todo son mujeres).

¹⁶ En "Paradigmas y Regímenes de Bienestar" (2005), Carlos Barba hace un recuento del surgimiento de la idea de políticas sociales, de ciudadanía, de

la dicotomía se ha extendido a formar una nueva dicotomía 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). Sin embargo, esa afirmación original no se aplica actualmente, más bien podría decir que se ha invertido cuando se habla de propiedad pública y propiedad privada, y cuando ya no se logran definir los límites de los campos a los que, según se dice, cada uno pertenece. 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).

El eje de análisis aquí es, ¿cómo una sociedad de desiguales e iguales se logra poner de acuerdo cuando se trata de formular políticas públicas? Desde mi propuesta, con la formulación del Proyecto de Reforma del Sector Salud hubo acuerdo entre estas dos sociedades, por ejemplo, con el desarrollo de las

derechos sociales y derechos ciudadanos, así como la idea de bienestar desde la perspectiva de los regímenes de bienestar.

cooperativas de salud, ya que consistía en el traslado de fondos públicos a entes privados para que esos fondos fuesen administrados por ellos. La razón de estas decisiones de economía política, se funda en la idea de que el Estado es ineficiente como proveedor de servicios y bienes, por tanto, la administración privada hace que los servicios antes ineficientes sean eficientes, que las personas insatisfechas se conviertan en clientes satisfechos (as) y se comienzan a vislumbrar los vínculos entre oferta de servicios públicos y oferta de servicios privados, entremezclándose entre sí. Como lo presenta Bobbio, se trata de dos procesos paralelos: uno la "publicitación de los privado" y otro la "privatización de lo público", esto lo interpreto como que al mismo tiempo que se buscan promover políticas públicas (supremacía de la colectividad sobre la individualidad) se hace por medio de la, paradójicamente, privatización de lo público, es decir, ya no hay control público de los derechos sociales. En este caso, refiriéndome a la salud como derecho según diversos planteamientos¹⁷, así pues la salud no como un bien de compra y venta, ni los servicios médicos como instituciones que venden servicios médicos, sino que estos sean garantizados sin depender de las lógicas del mercado ni de la

capacidad de pago que tengan los diferentes grupos de una sociedad para poder recibir (en este caso) atención médica.

Para el caso costarricense, entonces, puedo distinguir los servicios médicos públicos de los privados porque los primeros se brindan con una lógica de derecho por tanto 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 atender enfermedades y no salud como se ha tratado de hacer desde el sector público con los programas de prevención y promoción de la salud (los cuales de por sí tienen varias críticas y una es que con la promoción de la salud se supone que los individuos son racionales a la hora de decidir hacia donde ir o qué hacer cuando consideran que están enfermos/as).

Para esta diferenciación es importante tomar en cuenta, además de la dicotomía público/privado, el tema de la formulación de políticas públicas o sociales¹⁸ y cómo poco a poco,

¹⁷ Cfr. Homedes, N y Ugalde, A (2000) refiriéndose al derecho a la salud como la oportunidad de acceder a servicios médicos y servicios sanitarios en general.

¹⁸ Carlos Barba (2005) hace un recuento del proceso histórico que dio paso al surgimiento de estas políticas y cómo se conceptualizaron de acuerdo a lo que él

según Bustelo, se pasó de la salud como derecho a la salud como mercancía. Bustelo afirma que las políticas públicas se constituyeron "...como una prótesis de la política económica, es como una ambulancia o un hospital en donde se depositan los heridos que deja el proceso económico" (Bustelo, 2000: 117). Es decir, las P.P no como herramientas que intenten fortalecer y generar ciudadanía, sujetos de derecho, personas que busquen su autonomía, que busquen reconocerse a sí mismas¹⁹ (en el sentido tourainiano).

Para continuar con la idea anterior y ampliarla un poco, Barba señala que las políticas sociales (o P.P) han estado impregnadas por una racionalización de la intervención pública y por tanto por una

llama los *paradigmas de bienestar del siglo XX*. Señala las fases de la intervención social, empezando por la filantropía privada, luego la asistencia pública y las leyes de pobres; sigue con la seguridad social y el control político de las organizaciones obreras de acuerdo al modelo bismarckiano; después se refiere a la seguridad social y la legitimidad política de acuerdo al modelo Beveridge; posteriormente presenta el modelo socialdemócrata (países escandinavos) y por último escribe sobre el esquema residual de la política social.

¹⁹ La idea actual que algunos quisiéramos como condición de ciudadanía es aceptando que "No hay sujeto más que en rebeldía, dividido entre la cólera de lo que sufre y la esperanza de la existencia libre, de la construcción de sí, que es su preocupación constante." (Touraine, 2005: 126)

tecnificación de la misma, él concluye que:

"...cada vez más la investigación en la orbita de la política social está orientada a la toma de decisiones, a la producción de conocimiento útil, cuyo valor no se mide con el criterio exclusivo de la verdad, sino por su aplicabilidad, eficacia y oportunidad" (Barba, 2005: 15).

Es decir, le agrego yo, por lógicas de producción rentables (en términos económicos) que convierten las políticas sociales en herramientas pragmáticas para menguar los efectos del mercado económico capitalista. Por lo tanto, según la lógica de la economía de la salud, el proceso salud-enfermedad es un proceso mercantil, dejando de lado la multiplicidad y la amplia participación de diversos sectores sociales que debería caracterizar los procesos en los cuales se formulan políticas de salud. Esto es un problema de quiénes son los y las que definen y aplican las políticas públicas en un momento histórico determinado. Las políticas públicas construyen una forma concreta de exclusión social ya que muchas veces se trata de políticas con fundamentos asistencialistas y estigmatizantes (caso del esquema residual de la política social). Sin embargo, al mismo tiempo se basan en principios de solidaridad y universalidad (según el modelo Beveridge).

A lo que quiero llegar es que, de acuerdo al Proyecto de Reforma del Sector Salud, se han venido formulando específicas políticas de salud, las cuales se

han ido ejecutando al mismo tiempo que se han fortalecido, los que yo llamo, portillos privatizadores de los servicios públicos de salud, fortaleciéndose los vínculos 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.

Barba formula algunas conclusiones después de presentar el proceso histórico de las políticas sociales. La primera de sus conclusiones es que "...esta clase de intervención en la vida social es sumamente variable", otra es que "...los esquemas de aplicación de la política social se han desarrollado a lo largo de la historia..., se traslapan unos con otros, pero mantienen relaciones de tensión, porque entre todos ellos existen semejanzas y diferencias...", una tercera conclusión "...es que la política social es un asunto fundamentalmente público de competencia estatal, pero no exclusivo de esta instancia..." y por último "...es que los propósitos de la política social pueden ser muy diversos, entre ellos, controlar a una población, ayudar a grupos menesterosos, mercantilizar el trabajo, proteger categorías sociales, legitimar el Estado, regular los riesgos sociales, otorgar seguridad social, etc." (Barba, 2005: 24-25). Es decir, las políticas públicas legitiman las múltiples construcciones sociales y algunas veces se fundamentan en las representaciones sociales sobre algún determinado fenómeno

social, en este caso el proceso salud-enfermedad; en otras palabras, se trata de los distintos referentes sociales de las políticas públicas, desde el enfermo (a), desahuciado (a) hasta las ciudadanías con derechos. Por eso, es que los efectos de las políticas públicas se distribuyen desigualmente "...fluctuando en un rango que incluye la estigmatización, la fijación del estatus social, y la liberación de sus beneficiarios" (Barba, 2005: 25).

En el marco de los servicios médicos, las P.P buscan atender a personas de momento, a veces ahistóricas, descontextualizadas, otorgando un bienestar pragmático que podría menguar la posibilidad de constituir sujetos de derecho.

Campo de la salud y campo del mercado de la salud: múltiples agentes

En relación con la condición micro de la construcción del proceso salud-enfermedad, también hay un proceso macro que configura la complejidad de los servicios médicos de salud. Se da lo que Bourdieu denomina (refiriéndose al mercado de las casas individuales) una doble construcción social y en el caso del mercado de la salud, esta es producto de esa doble construcción

"...a la que el Estado hace una contribución decisiva: construcción de la demanda, a través de la producción de las disposiciones individuales y más precisamente, de los sistemas de preferencias individuales...construcción

de la oferta, a través de la política de Estado..., la posición en la estructura del campo, extremadamente disperso, de los fabricantes de casas [de los fabricantes de servicios médicos], y por lo tanto las coacciones estructurales que pesan sobre las decisiones de cada uno de ellos en lo que se refiere a producción y publicidad" (Bourdieu, 2005: 32).

La cita anterior, me permite fundamentar la afirmación de que las políticas de Estado en un tiempo y momento concretos, son creadoras (facilitadoras) de la constitución de mercados, es decir, hoy se habla del mercado de la vivienda, de la educación y de la salud, aspectos todos que tienen una connotación de derecho. Así es como en el mercado de la salud, esta adquiere una dimensión simbólica, es la dimensión *simbólica del producto*, simbólica 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)

El papel de las políticas de Estado en esta lógica de producción económica de bienes simbólicos, se desarrolla con la constitución de los cuasi-mercados y los regímenes de bienestar. Los primeros consisten en que el cuasi-mercado es uno

"...determinado por un proceso de contrato entre comprador y prestadores, los precios no están formados por la interacción de la oferta y la demanda y, por lo tanto, no son precios libres de mercado, 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"²⁰ (Sojo, 1998: 78).

Los cuasi-mercados son ejemplo de una forma de producción de bienes simbólicos, y así como los cuasi-mercados, los regímenes de bienestar también son una manera de producir este tipo de bienes, ya que los regímenes de bienestar son

"los arreglos institucionales específicos adoptados por sociedades en su búsqueda de trabajo y bienestar. Una organización dada de las relaciones entre Estado y economía se asocia con una lógica particular de la política social. Los regímenes son definidos en términos de las relaciones entre el Estado y la economía" (Esping-Andersen, citado por Barba, 2005: 57).

Tomando explícitamente esta definición, podría decir que los vínculos que hacen las personas usuarias de estos

²⁰ Un ejemplo de cuasi-mercado es la contratación que hizo la CCSS con la clínica Bíblica para que esta administre y brinde los servicios médicos de salud de los EBAIS de La Carpio, León XIII y Escazú.

servicios alternando el uso de servicios médicos públicos con el uso de servicios médicos privados es un ejemplo de régimen de bienestar. De esta manera, Martínez define a los regímenes de bienestar como los que

“...constituyen simultáneamente estructuras sociales, experiencias vividas y construcciones discursivas...acerca de lo éticamente deseable y justo, así como de lo prácticamente posible.” (Martínez, 2005: 5).

Lo éticamente deseable, por tanto, es que el derecho a la salud como bien fundamental ya no se quede solo en el plano legal, aunque lo prácticamente posible sea tener que hacer los cálculos económicos necesarios que establezcan la rentabilidad de este derecho. Por lo tanto, podría decirse que, a nivel de los hogares, muchas veces estos buscan atender (por medio de servicios médicos) el proceso salud-enfermedad según lógicas de regímenes de bienestar y como fundamento a lo anterior puedo citar a Martínez que afirma:

“Junto con la educación y las pensiones, la salud es uno de los principales componentes del régimen de bienestar costarricense. Constituyen sectores de política que mantienen principios y diseños institucionales previos a las reformas económicas, y a la vez han sido recientemente transformados a partir de alguna combinación de intervención pública, mercados y cuasi-mercados (Edelman, 2005:23)” (Martínez, 2005: 7).

Por eso es que el abordaje desde los *cuasi-mercados* se hace en esa misma línea, ya que, por medio del establecimiento de los cuasi-mercados, se establece también un orden social mercantil

que interviene en unidades familiares (hogares) que usan servicios médicos de salud e irrumpe en la forma como se habían ofrecido antes estos servicios, los cuales se regían por una lógica pública menos viciada por “estrategias de mercado”. Por tanto, las unidades familiares comienzan a crear vínculos entre lo público y lo privado en relación al uso de servicios médicos de salud, estableciendo precios a su derecho a la salud.

En relación con los cuasi-mercados, es importante precisar las diferentes formas en que el sector privado de servicios médicos puede intervenir en la gestión pública de los mismos. Según Homedes y Ugalde, 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 la provisión (provisión de servicios ambulatorios, especializados, técnicos, de hostelería, auxiliares de apoyo, entre otros) de la atención del proceso salud-enfermedad²¹. Esta forma de participación lo que indica es la complejidad que caracteriza actualmente el sector salud costarricense y que si bien en algunos momentos las personas

²¹ Herrero y Durán hacen un señalamiento más puntual diciendo que la concentración de actividades del sector privado se compone de la atención ambulatoria y apoyo en salud, productos médicos y aparatos terapéuticos (2001: 39).

usuarias no hacen un pago directo por recibir atención en salud, sí se ven afectados por la forma en que el sector privado ofrece servicios públicos y algunas veces quienes no acceden a servicios públicos administrados por el sector privado optan por hacer los llamados *gastos de bolsillo* que ponen en cuestión la sostenibilidad financiera, política y social del sistema nacional de salud. Este juego lo que genera sutilmente es hacer de la salud un mercado, un producto que se compra y se vende, y una forma de convertir un derecho en una mercancía. 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. Por tanto, pareciera que las erogaciones que hacen (o se exigen hacer según las políticas de aseguramiento en el sector público) los usuarios y usuarias de los servicios públicos de salud son percibidas como gastos obviando el discurso de universalidad, solidaridad y equidad que pregona el sector público de salud permitiendo que con las cotizaciones se atienda a personas que no pueden acceder (por falta de empleo y recursos) a servicios de salud²².

²² Sin embargo, es preciso retomar la acotación que hace Güendell en el sentido de que la universalización de los servicios de salud, es decir, que la “...política de extensión de cobertura se visualizó como una estrategia de financiamiento y de sostenibilidad del seguro médico” y que “...no fue producto de luchas sociales ni de

Además, hay otro aspecto significativo respecto a la formación de cuasi-mercados. Se trata de los *compromisos de gestión*, los cuales quedan plasmados en los contratos que la CCSS realiza con los proveedores privados (los que administran clínicas o áreas de salud). Con los compromisos, se pretende 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. Los compromisos de gestión funcionan, 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).

Hay pues, tomando en cuenta la delimitación de mi trabajo, una participación privada en la provisión y en la oferta de servicios médicos privados, según de la que se trate las implicaciones para las personas que acuden a esos servicios es diferente²³, se pasa de principios

manifestaciones callejeras...” (Güendell, 1997: 74). Por tanto, lo que queda claro es que esta decisión fue una decisión política que buscaba aumentar el papel financiero de las personas usuarias, provocando un crecimiento de los centros de salud sin ninguna o muy poca planificación.

²³ Con respecto al primero las personas usuarias no participan en el intercambio de servicios (en el contrato), en cambio

de derecho, a principios de mercado. Aludo a lo anterior, porque según la definición de cuasi-mercado, se genera una lucha entre ambas partes para definir precios, costos, estrategias de negociación en donde ambas partes salgan ganando, aunque se sabe que siempre gana más una que otra. Las relaciones principales que se establecen en esas negociaciones son de poder, permitiendo a los sectores privados ser parte activa de las gestiones públicas, obteniendo las facilidades necesarias para su negocio, el negocio de la salud-enfermedad.

Por lo tanto, con el Proyecto de Reforma del Sector Salud, se aplicaron políticas públicas en salud de acuerdo a los costes-beneficios que se configuran en un mercado de la salud, fueron por tanto decisiones de economía política, con las cuales poco a poco la salud (según las relaciones de poder que acompañan al mercado de la salud) se ha convertido en mercancía debido a los costos, en términos de gastos, que se le asignan, y la idea de la salud como derecho se ha quedado para los discursos que sustentan dichas políticas, sabiendo de antemano que tanto la salud como la enfermedad son construcciones sociales y que en esa forma se experimenta el proceso salud-enfermedad. Así es como considero que la economía política se ejecuta paralela a las

políticas económicas (mal llamadas políticas sociales, por lo menos en el contexto de la reforma), no son mutuamente excluyentes, una se apoya en la otra para consolidar los cuasi-mercados o fomentar la creación de mercados. Desde esta perspectiva, coincido en que

“...la cuestión del consumo de servicios médicos no se determina a nivel de las “necesidades”, o mejor dicho a nivel de diagnósticos técnicos de las condiciones sanitarias, sino que se remonta al tema del “consumo” y las “necesidades” en el sistema de producción capitalista” (Giovanni, 1980. Citado por Duarte, 1986: 49).

Es decir, que las personas usuarias de servicios de salud se conciben como consumidoras (a las cuales se les crea necesidades²⁴ como atención constante de la salud, la cual además debe ser inmediata y efectiva) y no como personas que buscan cumplir y ejercer su derecho a la salud; lo que sería importante preguntarse es si las mismas personas se conciben o perciben como sujetos (as) de derechos y si tienen las posibilidades de ejercerlo.

respecto al segundo sí hay relación directa entre prestadores (oferentes) y usuarios (as).

²⁴ Esas necesidades también se determinan por la construcción social del proceso salud-enfermedad.

Referencias

Barba, C. "Paradigmas y regímenes de bienestar". Cuaderno de Ciencias Sociales. Nº137. FLACSO. San José, Costa Rica. 2005.

Bobbio, N. Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política. Capítulos 1, 3 y 4 Fondo de Cultura Económica. Segunda reimpresión. D.F, México. 1992.

Bourdieu, P. Las estructuras sociales de la economía. Manantial. Buenos Aires, Argentina, 2005.

Bustelo, E. "Salud y ciudadanía: una mirada a la salud del futuro". En Bustelo, E De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad. Homo Sapiens Ediciones. Santa Fe, Argentina, 2000.

Cocco, M. La identidad en tiempos de globalización. "Comunidades imaginarias, representaciones colectivas y comunicación". Cuaderno de Ciencias Sociales Nº129. FLACSO. San José, Costa Rica. 2003.

Donati, P. Manual de Sociología de la Salud. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, España. 1994.

Duarte Nunes, E. Ciencias Sociales y Salud en la América Latina: tendencias y perspectivas. OPS - CIESU. Montevideo, Uruguay. 1986.

Durkheim, E. Las reglas del método sociológico. Editorial Dedalo. Buenos Aires, Argentina. 1969.

Ehrenreich, J. (Editor). The Cultural Crisis of Modern Medicine. Monthly Review Press. New York. United States. 1978.

Güendell, L. "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.

Herrero, F y Durán, F. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica.

CEPAL. Serie Financiamiento del Desarrollo, Nº109. Santiago, Chile, 2001.

Homedes, N y Ugalde, A. "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica". Correspondencia: Dra. Núria Homedes. Universidad de Texas-Houston. Escuela de Salud Pública. 1100 North Stanton. Suite #110. El Paso, Texas 79902. 2000. En www.scielo.isciii.es/pdf/gsv/v16n1/original_6.pdf

Martínez, J. (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" Mayo, 2005.

Medel, J. 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.

Morin, E. Sociología. Editorial Tecnos. España. 1995-2002.

Pintos, J.L. Orden social e imaginarios sociales. Universidad Santiago de Compostela. España. 1995.

Pittman, P y Hartigan, J. "Calidad de la atención y la perspectiva de género". En Revista Mujer Salud. RSMLAC, 3-4/95.

Sojo, A. "Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa". Revista de La CEPAL Nº66. CEPAL, División de desarrollo social. Santiago, Chile. Diciembre, 1998.

Touraine, A. Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy. Paidós. España, 2005

Villalobos, L.B y Piedra, M.A. "Reforma en la salud en Costa Rica: implicaciones en la gestión municipal." Rev. cienc. adm. financ. segur. soc. [online]. 1998, vol.6, no.1 [citado 06 Junio 2007], p.43-51. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?scri>

pt=sci_arttext&pid=S1409-12591998000100004&lng=es&nrm=iso>.IS
SN1409-1259.

Villalobos, L.B. "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.