

Cátedra, (17), pp. 156-169, agosto, 2020, ISSN 2515-2358, ISSN L: 2523-0115
LA MERCANTILIZACIÓN Y LISTA DE ESPERA, DE LA SALUD EN COSTA
RICA¹

Carlos Alberto Moya Cisneros
Sociólogo egresado de la Universidad de Panamá
Carlosmoya621@gmail.com

RESUMEN

El presente documento tratará de abordar la relación entre el aumento de la lista de espera y la mercantilización de la salud; partiendo de la hipótesis explicativa que una de esas formas paulatinas de debilitar los servicios de salud, es justamente con el aplazamiento de las citas de cirugía, medicina especializada, exámenes de laboratorio, por mencionar algunos; con lo cual se genera un malestar generalizado en la población, una mayor desconfianza hacia los servicios públicos, y la necesidad cada vez mayor de acudir a los servicios privados para resolver las necesidades en materia de atención de la salud.

En el caso costarricense, esta mercantilización a la que hago referencia está evidenciada por la cantidad de hospitales, farmacias y laboratorios clínicos de origen privado alrededor de los hospitales y clínicas públicas, además de la cantidad de proveedores que suministran insumos a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), los cuales se dedican a la venta de servicios que pretenden subsanar la lentitud con la cual responde en términos generales el Seguro Social y que se materializa en listas de espera, ya sea para exámenes de laboratorio, atención con especialistas, por mencionar algunos.

Palabras clave: Mercantilización, Riesgo, Individualización, Precarización de la Salud, Judicialización de la Salud

ABSTRACT

This document will attempt to address the relationship between the increase in the waiting list and the commercialization of health; Starting from the explanatory hypothesis that one of these gradual ways of weakening health services is precisely the postponement of surgery appointments, specialized medicine, laboratory tests, to name a few; which generates a general malaise in the population, a greater distrust of public services, and the growing need to go to private services to meet health care needs.

In the Costa Rican case, this commercialization to which I refer is evidenced by the number of hospitals, pharmacies and clinical laboratories of private origin around public hospitals and clinics, in addition to the number of suppliers that supply to the Costa Rican Insurance Fund Social (CCSS), which are dedicated to sale of services that aim to correct the slowness with which Social Security responds in general terms and which is materialized in waiting lists, whether for laboratory tests, attention with specialists, by mention some.

Keywords: Mercantilization, Risk, Individualization, Health Precarization, Health Judicialization.

¹ Recibido 26/XI/2019 – Aceptado 8/I/2020

Mercantilización de la salud

Al plantearse el tema de la mercantilización en relación con un servicio público, suele pensarse en una serie de acciones consecuente a la venta directa de dicho servicio o parte de él. Sin embargo, en el caso de la salud y la educación, debe considerarse que este proceso es más lento y con una tendencia a debilitar paulatinamente el servicio que brinda el Estado para justificar su mercantilización o privatización completa.

Por eso resulta necesario entender en este trabajo, temas fundamentales como la relación del individuo frente a esa lista de espera, de cómo podría afectar en su estado de salud el tiempo que estaría en esa lista hasta el momento de ser atendido, así como la concepción que se va forjando en el imaginario social en relación con los servicios públicos vinculado con los discursos acerca del deterioro e ineficiencia de lo público frente a lo privado.

Lo que se trata el siguiente trabajo es de analizar o comprender la relación entre la lista de espera y la mercantilización de la salud, acercarnos lo más posible al problema subyacente, más allá de los asuntos técnicos de falta de quirófanos, falta de especialistas, falta de insumos y de equipos de procedimientos, entre otros, estos últimos señalados como las principales causas de la lista de espera.

Como sabemos, la sociedad es inexorablemente contradictoria y el conocimiento no se exime de esa contradicción. Antes de seguir, debemos tener claro que hay dos tipos de conocimiento que señala Espinosa (2005), a partir de los planteamientos de Garfinkel. El primero es la ciencia, el cual, según el autor, es aquel que es propio de expertos, usualmente adquirido en las universidades. El segundo tipo de conocimiento es aquel que el autor llama etnociencia, adquirido por simple aculturación informal, lo que conocemos como sentido común.

Esto quiere decir que el conocimiento científico es necesario para comprender los fenómenos sociales como el que se expone en este documento, en la medida que nos permite analizar los elementos sociales, políticos, históricos y otros que convergen en un momento dado, trayendo consigo crisis institucionales como las del seguro social en Costa Rica; las cuales no sería posible comprender de manera profunda por simple sentido común. Es decir, una mirada superficial de un fenómeno en concreto no permite identificar las contradicciones del sistema mismo y actuar sobre él, y justamente lo que se pretende con el conocimiento científico es resolver dichas contradicciones.

En el tema de la CCSS, tenemos un conocimiento informal, previo, el cual nos podría permitir un primer acercamiento al objeto de estudio pero sin profundizar en las causas estructurales de la crisis que la atraviesa, lo cual en un primer momento provoca en la población usuaria un descontento inmediato, sin reflexión alguna sobre el proceso histórico que ha conducido a dicha situación. De esta manera, todo asegurado tiene una aproximación de las deficiencias del CCSS, pues por un lado experimentan un sistema debilitado en términos de la atención recibida, y por otro lado, los medios de comunicación exponen a diario esas deficiencias centradas en la responsabilidad de la institución y no de los intereses de los sectores hegemónicos detrás de este deterioro, las cuales fundamentalmente son infraestructura, de los niveles de atención, el déficit del programa de invalidez, vejez y muerte, la lista de espera en diferentes áreas de atención, por mencionar algunos.

Sin embargo, debemos ser capaces de analizar esta situación a partir de una metodología que permita develar y comprender todos los elementos que se conjugan en la crisis del seguro social, y trascender la mirada superficial sobre el fenómeno en concreto. De lo que se trata como finalidad, es acercarnos y evidenciar esa relación que existe entre el aumento constante de la lista de espera y la intención de los sectores hegemónicos por mercantilizar la salud, y algunos elementos que median en que ese debilitamiento se agudice.

Antes de continuar, es importante clarificar algunos conceptos básicos que son fundamentales en este análisis. Así, tenemos que la lista de espera en la CCSS "...Es la información almacenada, generada, enviada, recibida, o comunicada por medios manuales, electrónicos, digitales, ópticos o similares que contienen los datos fidedignos y actualizados en los pacientes en espera cronológica a futuro para la ejecución de una cirugía electiva, de una consulta especializada o la aplicación de un procedimiento en una determinada especialidad médica en el nivel del Servicio, Departamento u Hospital" (UTLE 2001).

Así mismo la Unidad Técnica de Lista de Espera UTLE (2001), señala que un tiempo de espera prudente, para cualquiera de los procedimientos es de máximo 90 días, pero en la realidad costarricense pueden pasar más de 200 días de espera, y en algunos casos pueden pasar más de 500 días.² La OMS señala en Sánchez (2015), que para que un servicio de cirugía sea excelente, la lista de espera debe de estar alrededor de los 30 días, pero en nuestros países, donde la mayoría se maneja con una seguridad social o seguro público, pasan muchas veces los 200 días.

Dentro de esta misma lógica, al Estado en su forma gestora de salud, no le conviene hablar de un grupo determinado o de una cantidad de personas en una lista de espera, pues sería aceptar que tienen un problema estructural. Por esa razón la CCSS habla de *tiempos de espera*; no obstante, pero hablar de tiempo también se tendría que tomar en cuenta multifactores que se pueden ir sumando al no resolver los problemas que existen más allá de la lista y del tiempo. Es así como la Unidad Técnica de Lista de Espera, (UTLE) define *tiempo de espera* como el plazo entre la fecha en que el profesional médico competente recomienda la cirugía electiva, consulta especializada o procedimiento y la fecha en la que será efectivamente intervenido. La misma analogía se aplica para la consulta externa especializada y los procedimientos de las especialidades críticas, partiendo del plazo operativo de 90 días naturales u otros diferenciados específicamente por la Unidad Técnica de Listas de Espera. A partir de aquí, la CCSS deja claro que, para que exista una mora quirúrgica tiene que superar los 90 días de plazo. Estos plazos podrían tener otra finalidad, la cual podría vincularse con una mayor venta de servicios de salud una vez que se superan esos 90 días; pues para muchas personas el tiempo es crucial para mantenerse con vida o en condiciones mínimas para seguir dentro del mercado de trabajo (fundamentalmente, aunque no exclusivamente); y esto podría ser justamente donde se manifiesta esa relación que planteo a manera de hipótesis al inicio de este documento.

Sin embargo, no se puede atacar solamente el tiempo de espera si simultáneamente no se aborda también la cantidad de personas en la lista espera. Pero, más allá de la comprensión de ambos elementos (tiempo y lista), si no se revisa dónde subyace el fenómeno

² Cualquiera de estos datos puede ser corroborados en la página del Poder Judicial Costarricense, ya que en los últimos años los datos de la lista de espera han sido poco transparente por la Caja Costarricense del Seguro Social; sin embargo, la Sala Constitucional, publicó los datos de la lista de espera del 2018.

que genera la crisis no se podrá resolver el problema de fondo, pues como decía Hegel, del desconocimiento de la historia deviene el mito.

La espera en ese sentido se convierte en una forma de control en donde el que la sufre tiene solo tres formas de enfrentarlas. Una es esperando que el Estado, en este caso la Caja Costarricense del Seguro Social, pueda encontrar el espacio para que el ciudadano que espera se le pueda adelantar cualquiera de los *tres procedimientos* mencionados; otra forma de superar esta es espera es interponer recursos de amparos en la Sala Constitucional, generando otro fenómeno igual de complejo como lo es la *Judicialización de la Salud*; y la otra forma es buscando la *alternativa de hospitales privados* para no ser parte de esta espera; aun si esto significa endeudarse o gastar los ahorros que se tienen.

Se puede mencionar que en cuanto al tema de la mercantilización, es evidente que la salud tiene un valor, que al encontrarse ausente o poco eficaz dentro de lo público, el ciudadano o ciudadana se ve en la necesidad de buscar una respuesta rápida en lo privado; y esto último se evidencia en la publicación del Financiero que dice “*los complejos médicos privados reactivaron sus planes de inversión en los últimos tres años. En ese tiempo dieron a conocer proyectos con costos que van de los \$2 millones hasta \$40 millones*”(Fallas Villalobos en El Financiero 2019,).

Sumado lo anterior, el Financiero (2019), también señala que esta serie de inversiones de los hospitales privados se ha llevado a cabo por la apertura de las aseguradoras privadas, ya que hasta el 2008 solo se encontraba con el control del mercado nacional el Instituto Nacional de Seguros en adelante INS.

Para respaldar lo anterior, desde la página de la Superintendencia General de Seguro, Sugese (2019) se reporta un aumento en la inversión de las pólizas de Salud. Así, para marzo del 2018, las pólizas de salud en el país conformaban un 17,4% de la totalidad de los seguros; para ese mismo mes del año que discurre, la Superintendencia General de Seguros registró un aumento de 18,8%, representando todo esto en 4,4 mil millones de colones en seguros de salud. Es necesario señalar que las pólizas o seguros de salud, son las que incorporan una gama de servicios hospitalarios con un listado de nosocomios privados que trabajan conjuntamente con estas aseguradoras, y que ofrecen planes atractivos de pago que brindan una sensación engañosa relacionada con el pago a crédito.

Con lo anterior podemos ver que existen tres pasos para iniciar un proceso de mercantilización de la salud. El primero sería debilitar los servicios de salud, materializado, por ejemplo, en una larga lista de espera que es producto de otra serie de debilidades del sistema de salud; el segundo judicializar la espera de la salud, y el tercero darle cobertura a lo privado y mostrarlo como una opción eficiente y segura en el mercado.

Como respuesta a ello se le da valor a la salud frente a la enfermedad, contar con una buena salud en la sociedad capitalista se convierte en un valor con un alto precio a pagar, elevándola a un nivel de mercancía y eso se logra con un modelo convencional de mercado el cual busca de alguna forma fragmentar ese modelo de salud. En el ideario Tico y tomando la idea del documental sobre la CCSS “Caja de Pandora”, ya no sería aquella robusta olla de carne³ con gran cantidad de verduras y carne, sino mas más bien pequeñas ollas de carnes

³ Plató de sopa tradicional en Costa Rica.

las cuales no cubrirían las necesidades de alimentación de la población ¿Pero a partir de dónde inicia este fenómeno de la mercantilización de la salud en Costa Rica?

Para resolver la pregunta anterior existen dos corrientes antagónicas en la economía liberal, que pudiera ser que el lector conozca, pero de igual manera se hace necesario mencionar. Una es la postura de Friedrich Hayek, quien estaba convencido que el mercado podía autorregularse sin necesidad de tener una fiscalización de un Estado; asimismo pensaba que el Estado debía ir reduciendo su capacidad de fiscalización y de seguimiento al desarrollo del mercado. La otra posición era la de John Maynard Keynes quien estaba convencido que el Estado debía seguir siendo el garante y regulador de la vida social y económica del sistema; pues era el Estado quien debía garantizar una serie de protecciones sociales, ya que, de lo contrario, lo que podía ocurrir era que el sistema económico sucumbiera frente a una libertad o el derecho individualizado.

Dicho de otro modo tanto en Hayek como en Keynes representaban el debate sobre la libertad individual el primero y la economía de mercado, y el Estado de derecho y el bienestar social en el segundo. En ese sentido, en América Latina, posterior a la segunda mitad de la década del 70, comienzan a tomar forma las políticas económicas neoliberales inspiradas en Hayek impulsadas por el Banco Mundial, utilizando como herramientas los Planes de Ajustes Estructural.⁴

Hay que señalar que frente a la dicotomía señalada anteriormente, en América Latina, la región se orientó por desarrollar una política con carácter social, en donde el Estado era el principal garante de administrar el riesgo, esto con una base epistemológica fundamentada en la teoría económica keynesiana.

En el caso costarricense autores como Jorge Marchena Sanabria (2011), señala el inicio del pensamiento liberal en 1958 con la Asociación de Fomento Económico (ANFE), la cual por más de 50 años ha promovido la lógica del mercado y del derecho individual y del pensamiento liberal. Las consignas de esta organización son el progreso y desarrollo económico del país, fortalecer la libre empresa, todo esto en aras de la *Democracia y la Libertad*

ANFE aglutinaba a un sector importante de la burguesía financiera y comercial. Dicha organización se fundó con pocos miembros, pero siendo esta una organización con una gran robustez ideológica en pensamiento liberal, siendo la formadora de una batería de militantes defensores de posturas altamente conservadoras, que se autoproclamaban Calderonistas.

ANFE no logró apuntalar su pensamiento de libertad de mercado en Costa Rica y en 1960 se desarrollaron los principios de inspiración keynesiana con el partido liberacionistas quienes reforzaron las políticas interventoras, la economía mixta y la vocación empresarial del Estado en el país.

En 1966 ANFE según Díaz (2019), encontró su brazo político en el Partido Unificación Nacional, el candidato de este partido fue José Joaquín Trejos Fernández, el programa de este partido se inclinaba hacia una fuerte crítica a la planificación Estatal, veían con sospecha la administración pública y la burocracia racionalizada.

Un punto importante a señalar y que le compete a este trabajo es que dentro del

⁴ Se podría desarrollar aún más el proceso histórico del Neoliberalismo tomando de referencia desde el coloquio de Lippmann, pero si el lector quiere profundizar más sobre este tema puede revisar Lavar; Dardot (2010), Harvey (2005).

programa de gobierno del Partido Unificado Nacional de José Joaquín Trejos Fernández “en sus planteamientos sobre salud pública, planteó la posibilidad de que los asegurados escogieran contratar libremente médicos privados, a partir de “la adecuada coordinación de los servicios preventivos y médico asistenciales que [...] proporcionan el Gobierno, la Caja de Seguro Social, el Instituto de Seguros y las instituciones de carácter privado que reciben subvenciones del Estado”. (Trejos 1973 en Díaz, 2019:7)

A partir de lo anterior se evidencia que la intención de mercantilizar la salud no es una novedad, ya que antes de los 80 existen grandes motivaciones de grupos económicos en Costa Rica, que han visto los servicios públicos y fundamentales para el desarrollo como la educación y la salud, como una mercancía de la que se debe sacar réditos. Por eso no debe extrañar la relación del deterioro sistemático de la salud, y como parte de eso la lista de espera y la mercantilización de la salud, ya que las cámaras empresariales de todas las aéreas incluyendo los de salud han tenido sus vínculos con los que administran el poder del Estado.

Para entender lo anterior, Marx nos explica que “la Economía Política se ocupa de proveer las necesidades económicas de la humanidad proporcionándole las mercancías requerida para la vida. En los Estados Capitalistas Modernos este proceso se cumple por medio de la compra y venta de mercancías que los seres humanos obtienen de los propietarios que venden esas mercancías mediante el dinero, lo que contribuye a la renta.” (Marx 1935:19). Aun la salud en manos del Estado es una mercancía, la cual mantiene un valor tanto social como económico para el que lo posea. La diferencia está en la relación que se establece con el mercado y el papel de mediación que tienen las instancias estatales en la prestación de servicios; producto de un modelo específico de Estado. Es decir, la salud no pierde valor mercantil en el Estado actual, sino que la relación de compra-venta se hace por medio de los mecanismos que el mismo Estado proporciona en la ejecución de las políticas sociales; es decir, cotización periódica descontada del salario de las y los trabajadores, así como el aporte patronal y estatal para sostener el seguro social.⁵

Sin embargo, esta lógica se va transformando en la medida en que se cambia la concepción de Estado, y se da paso a una economía neoliberal producto del desarrollo del capitalismo a nivel global; y junto a ello, a las presiones de los países poderosos y los organismos financieros internacionales, tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que obligan a países con menos recursos a sumarse a esa dinámica de mercado.

Lo anterior solo se puede lograr implementado ciertas herramientas que ayudan a la legitimación y legalización para orientar esta mercantilización, pues “tres nociones han desempeñado y desempeñan un papel clave en la visión neoliberal de la economía: apertura, desregulación y privatización (que se complementa con el gasto público y la flexibilización laboral)” (Ayala, 2016: 331). Son estos aspectos los que caracterizan a ese modelo neoliberal, con el cual se justifica ese proceso de mercantilización de la salud, especialmente a partir de acuerdos y medidas como los implementados por los Planes de Ajustes Estructural (PAE) a partir de la década de los 80; que entre otras cosas, exigían la reforma del Estado con el fin de terminar con el intervencionismo y permitir la presencia del libre mercado en la venta de servicios.

⁵ En el caso ideal funciona de manera tripartita en donde el Estado, trabajadores y empresarios hacen sus aportes de manera conjunta. En la realidad, existe una gran cantidad de empresas que evaden el pago que les corresponde, y el Estado busca formas de reducir sus aportes, convirtiéndose así en uno de los elementos que ha venido debilitando el sistema de salud pública.

En cuanto a la aplicación de esas medidas de apertura, desregulación y flexibilización, el Estado dejó de asumir, en alguna medida, el respeto a ciertos derechos sociales, privatizó algunas entidades públicas bajo el pretexto de que no eran rentables o que el Estado era mal administrador, y para asegurar su eficiencia y eficacia debían pasar a manos de la iniciativa privada.

En el caso Panameño, existen ejemplos como la privatización del Instituto de Recurso y Electrificación, hoy llamado Unión Fenosa; a diferencia de Costa Rica que de una u otra forma han podido salvaguardar algunas empresas y entidades estatales, pero se han sin embargo, se han venido deteriorando (a partir de otros mecanismos como la reducción del presupuesto y la compra obligatoria de algunos servicios a la empresa privada) servicios básicos como la salud, desmejorado algunos servicios con características universales. Con base en esto, el Estado ha jugado el papel de garante de incentivar la inversión privada, en esto se suma la expansión de hospitales privados, y de esta forma se buscan los mecanismos para que (entre comillas) se genere igualdad de condiciones en el mercado con esas empresas de la salud; es decir, que puedan competir con el Estado sin desventajas significativas frente a la población.

El Estado ha flexibilizado el carácter público de la Seguridad Social, tercerizando servicios, contratando al recurso humano en condiciones precarizadas, además restringiendo los aportes sociales del erario público generando ciertas maniobras dentro de las leyes nacionales para dar pie que se pueda incentivar esa inversión privada dentro del Estado, se hace necesario esta relación de lo público y lo privado ya que el sistema de Seguridad Social no puede satisfacerse todas las necesidades de insumo para poder operar de manera eficiente y con tiempo.

Una de las causas que podemos señalar de la lista de espera es la precarización de los servicios de salud, la cual podría definirse como la intención omisa o consciente de deteriorar los servicios de salud representados, en la mala atención, falta de médicos especialistas, sala quirúrgica en malas condiciones, entre otros.

Por tanto, entre la lista de espera que va en aumento y la mercantilización de los servicios de salud, se puede dar una relación óptima para impulsar el mercado ya que hay un sector significativo de la población que no tiene confianza en la seguridad social, es así como cualquier ciudadano busca los servicios de salud privada por lo menos una vez al año, ya sea por exámenes de laboratorio, atención médica o procesos quirúrgicos

Para los defensores del libre mercado la salud privada es una solución inmediata a la necesidad de atención médica, en ese sentido se da una relación de producción y reproducción entre sí; es decir, a medida que aumenta la lista de espera en los sistemas de salud, ya sea en citas, procedimientos o cirugías, de esa misma forma se da el aumento de esa mercantilización y mayor será la apertura de lo privado en la salud.

Frente a esas relaciones interdependientes, la solución para el Estado será en primer lugar, la mercantilización de los servicios de salud; pues debido a la misma complejidad de organización Estatal, éste se ve impedido, a corto plazo, a realizar cambios estructurales que permitan alcanzar una reforma del sector salud que responda a esas necesidades de la población y que logre superar las condiciones de precariedad que tiene actualmente. ¿Por qué? No porque su capacidad instalada sea deficiente, sino porque los compromisos internacionales adquiridos después de la década del 80 conducen a que la solución siempre

se encuentre en el mercado y no en la acción Estatal. Aunado a esto el bono demográfico de Costa Rica según el Estado de la Región llega a su fecha límite en el 2020, esto quiere decir que nos encontraremos frente a una sociedad envejecida y enferma⁶. En el caso Costarricense “de acuerdo con las proyecciones de Celade, Costa Rica alcanzará su nivel más bajo en 2020 (45,7), año a partir del cual la dependencia volverá a aumentar como con secuencia del envejecimiento de la población. Aunque con tasas distintas, Panamá llegará a esa situación también en 2020 (ER, 2016:105)”.

Por otro lado “...la mercantilización debe por lo tanto distinguirse de la privatización, que se refiere a la venta o la entrega a privados de los activos de un servicio que antes fue público. Esto a su vez, puede o no implicar mercantilización: un servicio público puede ser vendido a un monopolio privado y los consumidores tener poca o ninguna capacidad de influir sobre la presentación a través de su conducta como mercado” (Crouch 2012:140). Sin embargo, el proceso, al final de todo, es debilitar la prestación pública de los servicios de salud en beneficio del capital privado; tal y como lo hemos visto en muchos países de la región latinoamericana.

Retomando brevemente la historia, podríamos recordar que “...en la última década en Costa Rica un debate en torno a la prestación de servicio de salud; sobre todo se ha cuestionado la credibilidad de la institución en relación con el coste, la equidad y la asignación de recurso humanos y materiales. Los representantes políticos han afirmado que el modo de distribución de los recursos en el sistema de salud costarricense, conllevaría un descalabro económico para las próximas décadas a menos que se tomaran medidas adecuadas para contrarrestar la ineficacia del Estado de bienestar” (Rodríguez 2016: 34-35). Este ha sido un argumento permanente de los enemigos de lo público y de los que apelan a la tercerización de algunos servicios de salud, como contratar los servicios de hospitales privados para resolver de manera paliativa la crisis de la lista de espera y de esta forma, reforzar las técnicas de mercado en detrimento de lo público, manteniendo las recomendaciones de los organismos financieros internacionales.

Otro elemento importante que debía facilitar la posibilidad de mercantilizar servicios públicos eran las reformas, en ese sentido, Juliana Martínez en Rodríguez Allen, “...describe en pocas palabras el juego político que permitió echar a andar la reforma. El primer intento de reforma cuyo objetivo inmediato eran medidas de privatización y descentralización se produjo en el periodo comprendido entre 1988 hasta 1994, durante la administración de Oscar Arias Sánchez (1986-1990), y a la administración de Rafael Ángel Calderón Fournier (1990-1994). Las primeras reacciones ante tales medidas fueron de grupos tecno-burocráticos del seguro social, que rechazaron y limitaron la contratación de los proveedores privados y su extensión a los demás niveles del sistema de salud.” (Rodríguez Allen, 2013:37)

Las reformas son partes de este proceso de flexibilidad y que ha jugado un papel importante en la cobertura de lo privado. Aunque no se puede negar que también ha logrado algunos aciertos en términos generales, el espíritu real de esos cambios fue incentivar la apertura, evidenciado por el uso constante de los nuevos términos que nacen en medio de los cambios y que caracterizan a todo este período, tales como productividad, calidad, eficiencia,

⁶ El bono demográfico es el grupo que crece de manera sostenida y con mayor rapidez que la proporción de personas dependientes (menores de 15 años y mayores de 65). (ER, 2016)

competencia, desconcentración y descentralización; y recordemos, por tanto, que las reformas siempre estuvieron casadas con estos términos.

En mi opinión, no creo que exista la intención de privatizar completamente la CCSS, pues con el correr del tiempo mucha gente a lo interno de la institución y externa a ella, se han dado cuenta de que se generan mayores ganancias si la institución se mantiene en manos del Estado y mantienen los servicios privados paralelo a ella; pues tienen menos responsabilidades jurídicas pero mayores márgenes de acumulación. Lo que sí buscan estos sectores es externalizar los servicios, y la justificación de esta es debilitando algunos servicios de la Caja, tales como el de cirugías. Por ejemplo, en el caso panameño, anualmente el Estado gasta millones de dólares enviando a cierta cantidad de personas a los hospitales privados, esto con la intención de que la lista de espera en cirugías no le aumente y puedan sumar en las estadísticas nacionales como aciertos del gobierno de turno. En el caso costarricense, el Hospital México contrata los servicios de hospitales privados para uso de quirófanos, solo para mencionar un ejemplo.

Hay que tomar en cuenta que inicialmente, según Colin Crouch (2012), los programas de privatización fueron vistos como instrumentos solo aplicables a las industrias manufactureras, pues, por ejemplo, el servicio de asistencia social no era nada atractivo para sectores privados. Sin embargo, según el mismo autor, a finales de los 90 esto había cambiado y así muchos gobiernos habían adoptado estrategias para permitir la mercantilización de los servicios públicos, es por eso que en el contexto costarricense los primeros avances o por lo menos con mayor fuerza en esta dinámica se da en esa década de los 90, ya que se comenzaban a ver algunos resultados de los planes de ajustes estructural.

Por otro lado la OCDE señala (Ruiz en La-Nación 2018), que se avecina una terrible crisis como producto del déficit fiscal, el cual desencadenará en desempleo, poca inversión extranjera en el país y la posible quiebra de la CCSS. Esto podría ser parte de una campaña de terror o bien podría ser parte de un fenómeno real que muchas sociedades viven en un periodo determinado de tiempo. Dentro de esta preocupación, deberíamos poder comprender si dicha crisis podría ser uno de los factores que mantienen el problema de la lista de espera, sabiendo que a mayor evasión fiscal menos ingresos tendrá el Estado para invertir en salud, educación, vivienda, y otros.

Lo cierto es que, para algunos analistas o especialistas de la CCSS, resaltan que dicha institución no ha podido tener un repunte desde la crisis de 1982-86, además que fue un periodo convulso entre huelgas médicas, aumentos salariales y beneficios descontrolados a los médicos y leyes que han debilitado las finanzas de la caja.

Hasta aquí vemos de manera rápida, algunas de las situaciones que pueden estar generando crisis a lo interno de la institución y que actualmente se le puede estar sumando el déficit fiscal y la evasión del pago de la deuda patronal.

Frente a este panorama, la lista de espera se convierte de manera perversa en un instrumento de dominación, además de justificación perfecta para mercantilizar los servicios de salud; pues esa misma lista sirve para someter de forma individual a los que forman parte de ella: quien sea parte de esa espera, tiene que saber ser buen paciente si quiere ser atendido en algún momento. Dentro de ese mundo de la espera, ser paciente tiene su recompensa, ya que existe la posibilidad de que te atiendan antes de lo esperado, por eso es que el problema de la lista de espera no trasciende con gran impacto en lo mediático, salvo algunos casos de

individuos que la espera les cobró la pérdida de algún familiar o porque su caso desencadenó en una crisis mayor.

El individuo, el riesgo y el mercado

El mercado trata de exacerbar la libertad individual, y en medio de la expansión de ese mercado, se asume igualmente la noción de riesgo, esta última se entiende como “la posibilidad de que sucedan acontecimientos infortunados que ocasionan pérdidas de algún tipo, por ello el individuo busca alguna manera de evitarlo y medirlo” (Martínez, 1992:2)

Aunque en la seguridad social, esa noción de riesgo se asume de manera colectiva, para el mercado atenta contra esa libertad y por ende con la individualidad. En esa dicotomía del riesgo asumido de manera *colectiva o individual*, es lógico que las sociedades que asumen el primero, el sistema no los expulse o no deje de asumir la eventualidad de encontrarse frente al riesgo de la muerte y las enfermedades se asumen socialmente.

De lo anterior, Polanyi (2007) señala que en las sociedades tradicionales era impensable sentir miedo al hambre, ya que los niveles de solidaridad estaban por encima de ese espíritu individual que en última instancia puede dar pie a la expansión del mercado. Esto último para que resultara en una sociedad de mercado, primero había que destruir sus instituciones y a la vez evitar la reorganización de esa sociedad tradicional; de esa forma se aniquila ese espíritu cultural solidario y colectivista y nace con mayor capacidad simbólica esa individualidad de ese “yo” que se superpone sobre los “otros”, convirtiéndose esto en el principio de justicia del mercado.

Negar la libertad y las opciones de compra que existen en el mercado es limitar ese derecho individual dentro de ese conglomerado social; sería a la vez la máxima expresión de irracionalidad en el libre mercado plantear escenarios de una sociedad con niveles de fortaleza de bienestar social. Culturalmente ese esquema de libre mercado ha tenido aceptación dentro de una sociedad como la costarricense en donde un significativo sector de la urbe ha aceptado conceptos como emprendedurismo, empleabilidad y resiliencia, en donde la posibilidad de salir de la pobreza y enfrentar lo que esta puede acarrear es responsabilidad del individuo y no del Estado.

Podemos afirmar entonces en el tema de la salud que existe una individualidad en la lista espera, pues hay pacientes, usuarios o ciudadanos dentro de ella que tratan de pasar por delante de quienes lo antecedan; como por ejemplo los Recursos de Amparo en la Sala Constitucional que generan una judicialización de la salud a nivel individual y según las posibilidades de cada quien. No hay reparo si la situación del otro es peor, simplemente quiero resolver la mía. La existencia de esa lista de espera y la posibilidad de interponer recursos ante los tribunales de justicia; o bien la existencia de una opción privada más eficiente y de rápida atención, son las formas de trastocar a las instituciones, generar desconfianza en la ciudadanía para dar pie a esa libertad individual y apertura del mercado en el tema de la salud.

Con base en lo anterior podemos evidenciar que el riesgo de manera individualizada asume más coherencia en el mundo del mercado, por eso no es raro que los sistemas de seguridad social en el mundo estén llenos de dificultades económicas que generan crisis de gestión en sus servicios.

Lo anterior lleva al ciudadano a reclamar ese derecho individual de consumo y desde un enfoque neoclásico el riesgo marca un abordaje a partir de ese derecho y libertad individual; así “...El enfoque neoclásico aborda los riesgos y su manejo como producto del cálculo individual. El riesgo se define en función de la disponibilidad de los ingresos por

debajo de las necesidades del consumo de bienes y servicios básicos. Lo que interesa a los hogares es alcanzar el bienestar a través de la libertad u opción de consumo. En este enfoque se asume que el mundo deseable es aquel en el que los individuos y los hogares están plenamente mercantilizados” (Martínez, 2008:20).

Ese enfoque neoclásico del riesgo se va robusteciendo en el marco del desarrollo del sistema capitalista frente la poca capacidad de respuestas de los sistemas de seguridad social o sistema de salud pública. El ciudadano busca ofertas de salud o pólizas de salud privada, intenta alcanzar el bienestar dentro de una sociedad de consumo; al mismo tiempo se refuerza la insatisfacción ciudadana hacia las instituciones, la seguridad social elabora un discurso que legitima la crisis, y señala que la lista de espera es normal en todo sistema de salud, naturalizando de esa forma las deficiencias del sistema público, empujando a los asegurados a buscar otras ofertas dentro de lo privado u otras acciones.

Para Ulrich Beck “...hasta ahora, el proceso de individualización ha sido reclamado sobre todo para la burguesía en despliegue. Pero en otra forma también es característico del «trabajador asalariado libre» del capitalismo moderno, de la dinámica de los procesos del mercado laboral bajo las condiciones de las democracias de masas en Estados del bienestar” (Beck 1998: 96). Según el autor, ese proceso ya no es característico de una sola clase. Dicho de otro modo, no es la burguesía sola como clase social la responsable de los riesgos, la clase trabajadora y asalariada también tiene un nivel de responsabilidad; por ende para los seguidores de los planteamientos de Beck, es el individuo en su forma de agente, actor o sujeto quien debe asumir los riesgos de estar vivo.

Sin embargo, desde mi posición no se puede estar de acuerdo con lo planteado por Beck, ya que hay que tomar en cuenta el margen de elección que puede tener un burgués frente al que puede tener un asalariado. El asalariado no tiene más alternativa que vender su fuerza de trabajo y el burgués es el comprador de esa fuerza de trabajo; y dentro de esa relación, destaca el hecho de que el dueño de medios de producción no tendrá la necesidad de usar el servicio público de salud cuando así lo requiera, mientras que el trabajador no tendrá elección y deberá usar la única alternativa que tiene, que es la salud pública, la cual, en la mayoría de nuestros países se encuentra en condiciones precarizadas.

En ese sentido el burgués ha sido quien se apropia de las riquezas al mismo tiempo que produce y reproduce esos riesgos; por ejemplo, la destrucción del medio ambiente ha sido más responsabilidad de los grandes emporios empresariales que de la clase trabajadora; y por el contrario, los asalariados asumen su responsabilidad en los pagos de los diferentes regímenes de bienestar para poder enfrentar esas eventualidades que generan enfermedad y pobreza en la sociedad, mientras tanto los grandes empresarios buscan las formas de evadir y eludir sus responsabilidades con el erario público.

Para Beck (1998), dentro de los estamentos ya no aparecen las clases sociales, y en esa medida el riesgo se va individualizando, ya que el sujeto se convierte en la unidad reproductora de la vida social, así estos se transforman en el motivo de la existencia del mercado, o mejor dicho la existencia de un *mercado salvaje*⁷ frente a la necesidad de consumo de bienes materiales.

⁷ Utilizo la palabra mercado salvaje, ya que el mercado solo sin apellido no es el problema dentro de la realidad social, ya que los mercados han existido desde que la humanidad existe, dentro de ese mercado existe el intercambio de bienes materiales, o sea todo lo que hombres y mujeres necesitan para vivir, el mercado se

A diferencia de Beck, este trabajo trata de rescatar la idea de que debe existir una cobertura social universal para enfrentar el riesgo de estar vivo; “...las protecciones sociales cubren contra los principales riesgos capaces de entrañar una degradación de las situación de los individuos, como la enfermedad, el accidente, la vejez empobrecida, dado que la contingencia de la vida pueden culminar, en última instancia, en la decadencia de los social” (Castel, 2008: 11).

Castell analiza la sociedad de hoy como una de las más seguras, ya que en las sociedades no pacíficas el individuo se encontraba a merced del mínimo accidente que pudiera surgir en el desarrollo de esa vida cotidiana. La seguridad social hoy día es un derecho ciudadano, que debe hacer mayor énfasis en la medicina preventiva sin desestimar la medicina curativa con carácter social, siendo esta última la que asume la visión del riesgo neoclásico

Ulrick Beck aún puede tener mucha vigencia, ya que, dentro del modelo neoliberal, esa responsabilidad del individuo frente al riesgo ha tenido mucho eco en los sectores defensores del desarrollo del mercado sin regulación Estatal. Individualizar el riesgo es la orientación en el desarrollo y transformación de las políticas sociales y el objetivo de las políticas públicas en términos más amplios.

Individualizar el riesgo orienta a un control del Estado sobre el ciudadano que utiliza servicios sociales, acompañado del discurso que dice que *uno tiene que ser responsable de su salud, de su futuro, que el que es pobre es porque quiere*. Estas dos herramientas discursivas dentro de ese proceso neoliberal naturalizan de alguna forma el deterioro de la salud pública, ya que existen alternativas privadas para resolver el problema de la salud.

En el caso costarricense, todavía existe un manejo del riesgo de forma colectiva, pero que a partir del 2007 después del referéndum por el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos (TLC), en donde salió victorioso el Sí por el TLC, se elimina el monopolio del Estado frente algunos servicios sociales y se le da apertura al mercado, como por ejemplo, a grandes inversionistas en el tema de la salud y pólizas de seguros, por lo cual, el Instituto Nacional de Seguros (INS), institución del Estado y que hasta ese momento el monopolio en relación con dichas pólizas, dejó de ser el único en capitalizar los riesgos, pues entraron otras empresas después de aprobado el tratado a competir con el INS. De lo anterior no es extraño que el modelo de riesgos individual tomó aun mayor fuerza después de la aprobación de estos tratados.

El Estado ineludiblemente ha minimizado su aporte a la salud al cambiar las reglas del juego para que el mercado repunte en el sistema económico actual. Así, el Estado como garante de salvaguardar y defender las conquistas y necesidades del país, ahora cambia y define dinamizar el mercado, sin garantizar una intervención clara para los ciudadanos, acabar con la burocracia racionalizada y darle paso a la descentralización del Estado. Para los neoliberales, la burocracia racionalizada no ha dado los resultados esperados, ha sido ineficiente, poco eficaz y este discurso ha tenido eco en la población al ver las largas filas en la CCSS, al punto que muchos apuestan a que se privatice. Se repite el fenómeno privatizador conocido en todo el continente, que en Costa Rica tuvo gran resistencia al inicio de la reforma del Estado, sin embargo, ahora el sistema ha logrado convencer a la población de que cada

puede volver un problema para algunos, cuando se atenta contra la vida y la dignidad humana y es cuando asume una categoría de mercado salvaje, cuando todo se vuelve mercancía.

quien puede asumir los riesgos de enfermarse y que es tiempo de dinamizar la oferta en servicios de salud.

Conclusiones

Este análisis debe ser la apertura para seguir desentrañando esas contradicciones que actualmente se evidencia de forma tangible en CCSS y como dice Bourdieu, el hecho se construye y se conquista contra la ilusión del saber inmediato, y esta frase lo que hace es el llamado para que tanto el sujeto que conoce y el objeto por conocer entre en una relación profunda a fin de conocer o acercarnos a su verdadero problema y de esa manera poder encontrar una solución o su debida transformación.

En consecuencia, el problema de la mercantilización no es aislado de la lista de espera, todo lo contrario, están vinculado, como se trató de explicar en el trabajo, está muy arraigado en la sociedad costarricense y de esto deviene una significativa lista de espera en procedimientos, citas con especialistas, y cirugías, pero de la misma forma esta lista de espera, genera una mercantilización de la salud, los medios lo señalan de forma constante.

No hay una fórmula que nos dé la solución frente a la lista de espera y al avance de la mercantilización, pero si debemos generar las condiciones de conciencia para enfrentar la crisis que puede estar a la puerta en los próximos años, no solo por este fenómeno, sino por otros que ha causado el mismo sistema económico como parte de su desarrollo, la misma es la desregulación constante, en donde las empresas puedan operar cada vez más libre de leyes reguladoras

La CCSS ha sido una institución que ha pasado por cambios que diversos sectores, poco a poco la han ido debilitando, frente a eso se ha dado el proceso de reformas que han dado pie a cambios en beneficios de algunos grupos a los interno y externo de la institución. No es de extrañar que en medio de estas transformaciones los médicos y más los especialistas hayan adquirido un gran poder dentro de la institución. Siendo ellos los que definen o determinan lo que se necesita la CCSS. Sería necesario en posteriores investigaciones profundizar el estudio de ese sistema médico-céntrico que prevalece como practica en ese mundo de carácter organizacional en los sistemas de salud. Se debe defender el derecho a la salud para todos, que nuestra Caja Costarricense cumpla con los postulados con la cual fue creada, manteniendo la calidad y la cobertura y la universalización para la población con la atención médica encaminada que se actué a razón del enfermo y no de la enfermedad, o sea una medicina más humana y social.

Es fundamental la transparencia en el devenir de la seguridad social, con informes permanentes de la lista de espera, con estudios más seguidos de la necesidad de especialistas, esto último con una junta técnica que no solo sea de médicos, sino que se incorporen otros sectores que evalúen y elaboren todos esos informes de manera más objetivas sin que prioricen intereses personales.

El sistema de salud debe estar encaminada de la misma forma que los servicios de internamientos hospitalarios a la atención ambulatoria médica y quirúrgica, sin descuidar ninguna forma de atención, ya que todas son importantes. Coincidimos que estamos frente una sociedad del riesgo, pero vivimos y convivimos de forma colectiva, y frente a eso, la CCSS debe estar preparada para los nuevos retos o nuevos riesgos que puedan nacer en esta sociedad moderna, ya sea por intervención de la mano del hombre o por situaciones de carácter natural.

No se puede concluir sin reconocer que la CCSS en medio de sus dificultades ha tratado de cumplir en la medida de lo posible con sus responsabilidades, se debe rescatar que existen sectores dentro de esta institución quienes han trabajado con respecto a esa necesidad del enfermo, pero hay que aceptar de manera crítica y autocrítica que existe una casta de funcionarios médicos que se han beneficiado de la enfermedad, utilizando la caja como trampolín para sus servicios privados.

Bibliografía

- Ayala, R. (2016). *Marxismo y globalización capitalista*. San José: Perro Azul.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Castel, R. (2008). *La inseguridad social: ¿Que es estar protegido?*. Buenos Aires: Manantial.
- Crouch, C. (2012). *La extraña no-muerte del neoliberalismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Díaz Arias, D. G. (2019). *Historia del neoliberalismo en Costa Rica: la aparición en la contienda electoral 1977-1978*. San José: Vicerrectoría de Investigación: Centro de investigaciones históricas de América Central .
- ER. (2016). *Quinto informe estado de la región en desarrollo humano sostenible*. San José: Servicios Graficos AC.
- Fallas Villalobos, C. (23 de marzo de 2019). Qué impulsa las recientes inversiones de los hospitales privados. *El Financiero*.
- Lamos de Espinosa, E. (2005). ¿Para qué la ciencia social? ¿Para quién escribimos? *Nomadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, (11).
- Marchena Sanabria, J. (2011). Visibilizando la mano invisible del pensamiento neoliberal en Costa Rica: nacimiento y trayectoria de la Asociación Nacional de Fomento Económico (ANFE). 1958-1975 . *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional*, 31(43), 15.
- Martínez, J. (1992). *La seguridad social: elementos, propiedades y relaciones*. [Tesis doctoral de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales].
- Polanyi, K. (2007). *La gran transformación crítica del liberalismo económico*. Madrid: Ediciones Endymion.
- Rodríguez Allen, A. (2013). *Privatización de la Salud Pública en Costa Rica y América Latina*. Heredia: EUNA.
- Sánchez, M. J. (2015). Modelo para la reducción de mora quirúrgica en cirugías selectivas del Hospital el Progreso. *Innovare Revista de Ciencia y Tecnología*, 13.
- UTLE. (12 de Junio de 2001). *Reglamento de funcionamiento de la Unidad Técnica de Lista de Espera*. San Jose: CCSS.