

The Costa Rican Social Security and Bioethics

RESUMEN: El artículo versa sobre la crisis financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social y el modo como el lenguaje especializado (lenguaje administrativo, financiero) incurre en formas de inclusión y exclusión. Se toman los dos informes emitidos, uno de la OPS y otro de la Comisión de Notables, para hacer ver cómo las personas aseguradas son entendidas y dichas para una serie de efectos. La posición acá sustentada consiste en que la moralidad así como las formas de participación se apoyan en los usos del lenguaje o en el lenguaje dominante. Estos planteamientos forman parte del debate bioético por el hecho que la enunciación de la crisis financiera incurre en una forma de paternalismo institucional por cuanto todo lo que se hace es para bien de la población asegurada, sin que ésta diga nada de sí misma.

PALABRAS-CLAVE: bioética, seguridad social, lenguaje moral, lógica de beneficencia, lógica de la gestión, paternalismo, población asegurada, crisis financiera, medicina pública, sistema de salud

ABSTRACT: This paper is about the financial crisis of the Costa Rican Social Security and the way specialized language (management language) falls into forms of exclusion. The study is based on two Reports, one of PAHO and the second one made by a Board of Dignitaries, both issued in 2011. The attention is paid on how covered population is told and meant. The point of view held on this paper is how moral concepts are shaped by language, as well the ways of civil participation (those related to how citizens think institutions work are their concern). These remarks are part of the Bioethics debate because of financial crisis falls into a institutional paternalism due to everything is done for covered population's sake but without taking account of what this population may say about itself.

KEYWORDS: Bioethics, Social Security, moral language, beneficence logic, management logic, paternalism, financial crisis, public medicine, health care system

“La escritura no es pues algo neutral, sino que está teñida de ideología.”
(H. Calsamiglia & A. Tusón)

Introducción

Desde el siglo pasado, mucha tinta ha corrido para comprender las crisis por la que ha pasado la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Lo sucedido a lo largo del año 2011 fue un momento más. Pero con la diferencia de una gravedad tal que ha justificado una intervención política que facilite superar dicha situación. Los análisis no han faltado, hay abundancia de documentación, y con ellos cualquier ciudadano puede formarse una idea de cómo funciona la Seguridad Social, sobre todo qué ha funcionado mal y los rumbos seguidos por las decisiones políticas.

La crisis financiera afecta a la ciudadanía ya que la CCSS (en adelante, la Caja) ha mediado como *adhesivo social*¹, y por ende, ha contribuido junto a



Received: 16-10-2014

Accepted: 10-12-2014



otras instituciones al diseño de la sociedad y ha ofrecido cobertura en salud para la población costarricense durante setenta años, de manera que ha garantizado el derecho a la salud. Una buena porción de los y las costarricenses difícilmente puedan imaginar sus vidas sin la Caja en su horizonte social.

Esta crisis financiera documentada y sólidamente afirmada resultó ser un asunto de expertos y autoridades, pero ¿qué pasa con las personas aseguradas y sus experiencias de la Seguridad Social? El tratamiento de la cuestión financiera deja un sabor de independencia de otros asuntos que también aquejan a la Seguridad Social como la mal praxis y prácticas abusivas. ¿Es que efectivamente lo experimentado por cada persona asegurada es un asunto sin relación con la gestión de la Caja? A lo anterior se suman las muchas percepciones de la Caja que circulan y que ejercen una influencia en su comprensión y la relación con ella, ¿cuáles percepciones prevalecen y cuáles no? ¿En qué lugar quedan los relatos de las personas aseguradas que han sido víctimas de algún abuso?

Las finanzas y su mal manejo son razón suficiente para anunciar una crisis que amenaza a la población usuaria, pero atropellos y abusos contra la población beneficiaria, mal praxis y corrupción, no han sido razones suficientes para hablar de una crisis institucional². La sospecha que antes hemos enunciado guarda relación con varios aspectos a tratar acá: un modelo paternalista de referirse a la población asegurada, que la mantiene al margen de una serie de cuestiones; una conjunción de lógicas que mantienen también al margen la lógica de los beneficiarios de la Seguridad Social y finalmente, el papel del lenguaje en las diversas comprensiones de la Caja, y antes de pensar en versiones únicas, es posible considerar versiones varias y por ende, objetividades y apremios morales también diversos.

Hacer de la crisis financiera de la Caja una materia del debate bioético es otro propósito del presente estudio. Al interior de dicha crisis, entonces, suficientes elementos apuntan a ello: la voz de la población asegurada y sus experiencias como usuarios y usuarias de los servicios de la Seguridad Social, pues parece que su voz no es escuchada suficientemente.

1. ¿Cómo *hablar* de la seguridad social?

Una despreocupada visita a alguna biblioteca costarricense daría fe de cuánto se ha escrito y afirmado acerca de la Seguridad Social. Desde diferentes ángulos o perspectivas, con propósitos también diversos. Historiadores, médicos, políticos y otros, han expuesto sus percepciones, unas más fundamentadas que otras, de la Caja. Dichas exposiciones se han articulado con base en criterios de relevancia, han establecido ángulos y estrategias de conocimiento y comprensión de la Caja (cómo se ha seleccionado y organizado la información requerida, por ejemplo). En esta ocasión quisiéramos prestar atención a uno de esos modos de hablar de la Caja, el contenido en dos documentos, el *Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud (OPS)* y el *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS*, ambos dados a conocer en el año 2011, bajo el entendido que el tratamiento de la cuestión financiera y administrativa es un modo de abordaje y comprensión de la Caja, definido con un patrón de objetividad determinado y unos fines precisos (llamar la atención de las autoridades políticas), ya que la situación financiera de la institución había llegado a un nivel de insostenibilidad.

Los medios de comunicación costarricenses, a lo largo de varias décadas, han prestado atención a anomalías, atropellos o yerros cometidos en algún hospital, clínica o EBAIS de la Caja, y en muchas ocasiones, las exposiciones han sido otras: testimonios de pacientes o usuarios que hablan de sus experiencias, en primera persona, y lo hacen porque consideran relevante lo que a ellos o ellas les sucede, pero también porque no quieren que se repita, que no suceda más³.

Bastantes años han transcurrido desde que se dieron las primeras noticias acerca de los biombos⁴, de las largas filas para lograr citas, de las inexplicables dilaciones para un examen diagnóstico, del trato grosero o descuidado, procedimientos negligentes, de infraestructura insuficiente o deteriorada, etc. Relatos de daños y pérdidas carentes de explicaciones de peso no faltan. Tampoco han faltado las noticias de equipos en deterioro y arriesgando la vida de las personas (es el caso de las personas sobreirradiadas de cobalto, Cf. *La Nación, El País*, 21/III/97⁵), los derroches y faltantes de medicamentos (*La Nación, El País*, 19/XII/12) o equipo (*La Nación, El País*, 26/II/09). Las personas usuarias, las que asisten a EBAIS, clínicas y hospitales de la Caja, han relatado abiertamente sus experiencias, sin renunciar a sus

citas⁶. La Caja sigue siendo la mejor opción a la mano, no obstante las limitaciones sufridas. Posiblemente, contar con el servicio sea un hecho altamente estimado por la población costarricense, del cual no se quiere prescindir y que justifica cualquier esfuerzo por evitar su debacle, aunque ello signifique alimentar resignaciones y tolerar la sedimentación de prácticas viciosas. La cobertura mediática y los esfuerzos institucionales (CCSS, Defensoría de los Habitantes, Comisiones de la Asamblea Legislativa) han recogido las experiencias vividas por las personas afectadas, todas usuarias de la Seguridad Social. Pero también han recogido yerros y responsables de lo sucedido, es decir, se han elaborado explicaciones de lo que ha funcionado mal y de quiénes han estado detrás de lo que mal ha funcionado.

Ésta es otra objetividad, los patrones cognitivos seguidos son los definidos por las personas que relatan sus vivencias y sus percepciones de la Seguridad Social. Lo que les concierne es su salud y la mediación operada por la Caja para su cuidado, al margen de muchos otros asuntos que no se asoman por las ventanillas de citas, por los consultorios o que no hacen fila en la Farmacia. pero la atención de estas experiencias no alcanza la altura de otras percepciones: no son publicadas en libros, ni obligan a informes (las más graves sí han corrido con esa suerte) ni a intervenciones políticas, se atienden de otras maneras, con otros procedimientos, a través de la Caja misma, y los resultados son otros, para quienes les interesa.

Los manejos financieros han sido igualmente materia de mucha atención (A. Sojo, 1998), debido a las irregularidades que han acompañado las compras (medicamentos, equipo, infraestructura), los regímenes de contribución y salariales. La Caja ha pasado a ser un asunto que atrae muchas narraciones, como lo demuestran la ingente cantidad de noticias y opiniones que los medios de comunicación transmiten frecuentemente. Sin embargo, la suerte corrida por estas otras exposiciones de la Caja ha sido otra, con trayectos e impactos diferentes, posiblemente porque se les ha concedido otro peso, o porque unas narraciones han sido más determinantes que otras, unas ostentan un poder que otras no tienen. Ello muestra el papel jugado por el lenguaje como mediación para la construcción de la realidad, cumpliendo con una doble función: por un lado, de herramienta o instrumento y por otro, de recurso a través del cual la realidad se hace visible, o lo contrario.

1.1. Los usos del lenguaje

¿Por qué prestarle atención al lenguaje para hablar de la *crisis financiera* de la Caja? ¿No bastan los análisis expertos para ello? De manera sencilla, las cifras millonarias que detonaron la crisis financiera se desentienden de las vivencias cotidianas de quienes acuden a algún establecimiento de la Caja, poco o nada se refieren a lo que queda grabado en los cuerpos y mentes, las esperanzas y angustias no se traslucen por ningún lado. ¿A qué tipo de narración corresponden estas materias para que se les preste más atención y logren una intervención diferente y más efectiva? Sin dificultad, cualquier persona podría pensar que son materias que no se cruzan, se las puede tratar por separado (y así se ha hecho) o que no guardan relación más allá de la referencia a la misma institución.

Hay otros modos de hablar de la Caja que no sea a través de cifras millonarias y de problemas de gestión, porque los lenguajes usados introducen cortes, fragmentaciones, versiones de la realidad. En relación con la institución abundan narraciones con estructuras diversas, guiadas con criterios de objetividad diversos, nutridas de múltiples experiencias singulares. Cualquier narración define percepciones y papeles dentro de la institución: quiénes hacen qué, quiénes tienen autoridad, quiénes se ven afectados, etc. Asimismo, las narraciones se guían por órdenes de relevancia: qué es importante y para qué efectos, quién define la importancia.

A través del lenguaje se establecen conexiones conceptuales y valorativas (L. Espinosa, 2004), y antes de pensar en una realidad fijada a través del lenguaje (una versión única y dominante de los eventos, el *lenguaje único* que afirmara M. Bajtín), se abre el camino a diversas comprensiones y por ende, abordajes o intervenciones, de manera que tengan cabida una mayor diversidad de puntos de vista y aspectos, abiertos a inclusiones y reconocimientos, para evitar silenciamientos. R. Malone (2003) afirmó la inexistencia de usos arbitrarios e independientes del lenguaje. Las cosas requieren de un nombre propio para su comprensión. A través del lenguaje se estructura el pensamiento y la experiencia (para con los demás, de sí mismo), además, el uso frecuente de significados compartidos genera una costumbre coherente, con base en la cual se llevan a cabo las aproximaciones a la realidad misma (piénsese en las citas médicas, las cirugías y partos, las filas de farmacia y de laboratorio, etc.), junto con las percepciones que los agentes elaboran de sí mismos y de las interacciones institucionales⁷. M. Bajtín (1975), al explicar la naturaleza

estética de la novela indica que los usos del lenguaje cargan con fuerzas que dirigen no sólo el diseño de los relatos, sino también su lectura y la comprensión de las narraciones en determinadas direcciones.

Los usos lingüísticos, los modos de nombrar y referirse a las situaciones definen patrones de percepción: *así son las cosas y corresponde comportarse de determinada manera*. A los usos se aparejan actitudes (hasta estilos de vida): tolerancia o resignación, delegar asuntos medulares a otros, y se asumen papeles (estereotipos normativos) como correspondientes a la realidad narrada. Gracias al lenguaje, los agentes logran explicaciones y comprensiones en virtud de las cuales elaboran sus identidades y vinculaciones, para la generación de visibilizaciones y elocuencias, o bien, para denotar lo contrario, invisibilizaciones y silenciamientos⁸. "Cada enunciado está implicado en el 'lenguaje único' (en las fuerzas y en las tendencias centrípetas) y, al mismo tiempo, en el plurilingüismo social e histórico (en las fuerzas centrífugas, estratificadoras)." (sic)(Bajtín, p. 90). Para R. Malone, la metáfora del mercado utilizada para la elaboración de políticas de salud en Estados Unidos deja muy poco espacio, o ninguno del todo, a actitudes morales como la solidaridad, la generosidad y la compasión. La metáfora del mercado es atenta a la eficiencia económica y sigue una racionalidad que se cierra sobre sí misma. Aplicada al ámbito sanitario, esta metáfora introduce estrechamientos de la mirada y por ende, riñe con actuaciones profesionales concebidas con otras lógicas.

1.2. Dos lógicas

Desde los años noventa, las políticas neoliberales ingresaron en el mundo sanitario a través de la gestión administrativa con el objetivo de lograr un mejor manejo de los presupuestos (A. Castillo, 2000, L. B. Villalobos, 1998), de los siempre escasos recursos sanitarios y hacer de las instituciones clínicas algo manejable sin pérdidas. Desde ese mismo momento se levantan voces indicando que era esa una intromisión pues la lógica de la administración resultaba ajena a la lógica de la beneficencia que ha imperado en la Caja. La última consiste en la actuación de los profesionales sanitarios que se rigen por sus parámetros de excelencia y los compromisos con las normas y valores de la profesión junto con la lealtad para con los y las colegiadas. A la cabeza se encuentra el bienestar de las personas a las cuales se dirigen. La primera lógica, la cual llamaremos lógica de la gestión, en cambio, se rige por las normas y valores propios de la organización institucional para que ésta logre la eficiencia

debida, sometida a resultados cuantificables. Por lo que hay imperativos distintos y poco coincidentes entre una y otra. Dentro de los sitios clínicos operan ambas lógicas e incluso se han identificado conflictos entre ellas, "por las dificultades para encajar las normas y valores de los profesionales (autonomía profesional, conformidad con los estándares y ética profesionales, autoridad colegial, lealtad y orientación al cliente) y los requerimientos y demandas organizativas, que enfatizan la autoridad y el control jerárquico, la conformidad con las normas y regulaciones organizativas y a la lealtad a la organización (M. Peiró, p. 26). A lo anterior se suman perspectivas epistemológicas e imperativos morales también diferentes, por lo que al interior de la institución sanitaria ha sido indispensable buscar convergencias e integraciones de manera que los *compromisos con la organización* se logren a través y a lo largo de la trayectoria de las *actuaciones del personal sanitario*.

La Reforma del Sector Salud trajo la implementación de los compromisos en la CCSS, de manera que prive una mayor eficiencia para la asignación de recursos, así como medir los rendimientos y cumplimiento de metas dentro de cada sitio clínico y en los tres niveles de atención. Estos compromisos de gestión son el mejor resultado de esa lógica de la gestión (Cf. "CCSS asignará presupuestos según calidad de servicios", *La Nación, El País*, 4ª, 12/II/2012) y la crisis financiera lejos está de abandonar este modelo institucional de operación.

Esta diferencia de lógicas explica las reacciones del gremio médico ante la declaración de la crisis y la intervención⁹, pero también confirma que las instituciones admiten comprensiones diferentes según el papel desempeñado dentro de ellas. Así mismo, esta diferencia de lógicas deja traslucir un referente común: la población usuaria. Ambas lógicas destacan a las personas usuarias como el *destinatario* del funcionamiento institucional y del ejercicio profesional y todas las decisiones que se toman son para *beneficio* de la población asegurada, en concordancia con lo establecido en la *Constitución Política* (varios artículos, en particular el # 73) y en la *Ley de Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social*.

Cada lógica rige comprensiones y con éstas la estructuración de las experiencias, por lo que un burócrata o un radiólogo de la Caja difieren tanto en esquemas perceptivos y cognitivos como en las actuaciones con las cuales se mueven por la institución. ¿Y qué pasa con las personas usuarias, las que son ajenas tanto a la lógica de la gestión y la de la beneficencia? Su carácter propio es el derivado de

las experiencias de beneficiarios de la Seguridad Social, es decir, desde la atención recibida, o bien desde la interacción mantenida con funcionarios y profesionales de la Seguridad Social con ocasión de su salud y las asuntos aparejados. Ellos y ellas testimonian una apropiación de la Seguridad Social a modo de *correlato* de las actuaciones de los demás, así como de los modos como la Seguridad Social es dicha y los papeles desempeñados en ella (como personas aseguradas, como pacientes de la Caja, como beneficiarios de la Seguridad Social, etc.). Su aporte es la proximidad testimonial de la propia experiencia, en calidad de destinatario de la Seguridad Social, por lo que su relato habla también de cómo funciona la Caja, y añade un *espesor* o *densidad moral* ausente en otras narraciones, por alejarse de las experiencias concretas de las personas.

En virtud de lo anterior, es viable pensar que no hay versiones únicas de los acontecimientos. Ni tampoco es posible pensar en una sola experiencia y conocimiento relativo a la Seguridad Social. Así, es posible hablar de varias objetividades además de los cálculos financieros y las evidencias clínicas: la multiplicidad de experiencias que testimonian irregularidades, negligencias y descuidos recogen otra objetividad, pero sustentada en la singularidad de los sujetos. No obstante, los lenguajes con los cuales se habla la Caja (los dos Informes son un ejemplo) no cuentan con la misma legitimidad política para todos los casos¹⁰. “La situación de liquidez resulta ser por tanto el problema más crítico y urgente a resolver por la institución” (OPS, p. xii).

Frente a estas lógicas se encuentran las personas aseguradas. Ningún usuario de los servicios de la Caja guarda obligación alguna con ninguna de ellas, no obstante, las sigue, y cuando reportan experiencias negativas, con mayor razón, se atienen a sus propias competencias sociales y no otras¹¹. Los derroteros epistemológicos seguidos por cada lógica encierra la variopinta población asegurada dentro de sus categorías, lo cual es inevitable para ciertos efectos. Por ello, el gremio médico sigue hablando de pacientes y cualquier directivo habla de asegurados o aseguradas. El punto a rescatar acá es que cada concepto empleado incurre en reducciones, olvida aspectos y en muchos casos, aspectos muy relevantes para las personas afectadas y no tanto para otros. Aspectos que son siempre singulares, con una identidad personal y entreverados con proyectos de vida. Por consiguiente, la revisión de los modos de comprensión de la realidad, en este caso, de una institución pública, exige tanto un trabajo crítico (cómo se han pensado las interacciones en dicha institución), sino además, como de reelaboración (cómo podrían pensarse esas interacciones con otras representaciones).

2. La Crisis de la CCSS¹²

El año 2011 conoció dos informes sobre la situación financiera de la Seguridad Social. El elaborado por la Organización Panamericana de la Salud se concentró en presentar un análisis de las finanzas de la Caja. El segundo de los Informes, tuvo como autor una Comisión de Notables convocados para dicho fin, y siguiendo los análisis del Informe de la OPS y otros documentos solicitados, entregaron un legajo de recomendaciones.

Ambos Informes obedecieron a una petición expresa de autoridades y el móvil de las peticiones fue comprender qué sucedía con las finanzas de la Caja: números en rojo que exigían una explicación, la identificación de situaciones (manejos, gestiones, *deficiencias*, *abusos*) al interior de la institución y agentes con *cuotas de responsabilidad* en ello (gremios profesionales, administración, Estado).

Cada Informe posee sus propios acentos, pero ambos aúnan en dos aspectos que denotan la crisis institucional: el desbalance entre ingresos y gastos y una *gestión ineficiente*¹³. La Caja ha perdido sostenibilidad financiera en virtud de una reducción de las cuotas obrero-patronales en los últimos años, además del *incumplimiento de pagos* que el Estado adeuda y finalmente, la negligencia de la gestión de cobro. En relación con los *gastos*, las remuneraciones han sufrido incrementos sin las adecuadas proyecciones (estimaciones que se colocan por debajo de los costos efectivos). Las remuneraciones y el pago de tiempos extraordinarios (disponibilidad y guardias médicas, personal de apoyo) han obligado a desviar el presupuesto de otros rubros¹⁴. Otros pagos se suman: ajustes y *pluses* salariales y el pago de cesantía. En cuanto a *recursos*, los rubros han sido la *opacidad de los procedimientos* de compra de materiales y suministros que abren las puertas a la corrupción, el incremento en cantidad y costo de los medicamentos biotecnológicos, la inclusión de la vacuna contra el neumococo en el esquema de vacunación de la población sin contar con criterios suficientes para justificar su necesidad y otros gastos como el pago de incapacidades a los empleados de la CCSS y el pago de licencias de *software*. Estas situaciones irregulares se traducen en cientos o miles de millones de colones.

Acerca de la *gestión*, se conjugan dos elementos, uno es el crecimiento de la organización (gerencias, direcciones institucionales, jefaturas y otras estructuras menores) con un notorio contraste al comprobar la *ineficiencia de la gestión* por no

contar con *mejoras de la calidad del trabajo*. Duplicidad de funciones, fragmentación organizacional, coordinaciones débiles, gerencias aisladas entre sí, puestos administrativos ejercidos por profesionales de las ciencias médicas, son algunas connotaciones de la ineficiencia señalada. Adicionalmente, aun cuando la institución cuenta con una auditoría interna, poco o nada ha ayudado a resolver problemas como las compras de servicios, *el cumplimiento de horarios del personal médico, el pago de tiempos extraordinarios, los biombos, las listas de espera, los retrasos para la entrega de resultados diagnósticos*. Como se ve, aun cuando existe información, pareciera que no es confiable, es insuficiente o simplemente no es la pertinente para la evaluación y toma de decisiones.

Este recuento ofrece razones suficientes para hablar de crisis institucional. Unas conciernen a la gestión propiamente, otras al desempeño profesional (de los médicos, principalmente) y unas cuantas afectan directamente a las personas aseguradas. Por supuesto, este diagnóstico deja en claro que la Caja opera mal, y la consecuencia de ello es que los servicios se vean seriamente comprometidos. Sin embargo, la diversidad de irregularidades remite a tratamientos diferentes: problemas de gestión como la mala recolección de dinero no son de la misma naturaleza que problemas como los biombos, las lista de espera o una atención deficiente.

La débil sostenibilidad financiera de la Caja ha abierto una puerta para el examen de la institución: una gestión tolerante y descuidada para con el desbalance ha apoyado la macrocefalia organizacional, con una operación sin acopios (o pobres o mal elaborados) de información para detectar, valorar y solucionar problemas, o bien para saber cómo opera la institución. Junto a esta situación, los Informes hacen salir a flote otros problemas aparejados: inequidad, abusos y corrupción, vicios de las prácticas profesionales e incluso de las personas usuarias¹⁵. No obstante, las personas aseguradas se les ha asignado una *posición afuera* de los informes, o bien en una relación de subordinación: todo lo que se hace respecto de la Seguridad Social es para bien de las personas aseguradas, con una participación pasiva, con un protagonismo muy débil al respecto de las cuestiones políticas y administrativas¹⁶.

2.1. Densidades

Anteriormente afirmamos que las experiencias de las personas aseguradas se caracterizan por una densidad moral ausente en materias administrativas o

financieras. Porque son otros asuntos, también con contenido moral. Pero también porque las materializaciones logradas con las acciones son también diferentes: una gestión descuidada tiene impactos diferentes a los de un biombo o una cirugía mal practicada. En las experiencias de las personas aseguradas se juega la salud y la vida, en las oficinas de la Caja, son otros asuntos los que se resuelven. La distinción se hace necesaria para percibir precisamente el punto de vista de la persona asegurada.

Las cifras consignadas en los Informes gozan de una redondez suficiente para justificar que se hable de una crisis de la Seguridad Social. No hay duda. Sin embargo, ni las cifras hablan solas ni agotan todo lo que pueda decirse de la Caja, prueba de ello es que de las solas cifras, los Informes pasan a la gestión y a las responsabilidades, y esbozan un modo de comprensión de la crisis con un sello único *animado de la intención de salvar una institución que beneficia a la población*.

Las extensas y complejas explicaciones financieras y de gestión presentan dos notas, una es el poco o ningún peso concedido a las experiencias de las personas usuarias, las cuales le hubieran dado una objetividad diferente a la lograda a través de las solas cifras. La segunda nota consiste en una razón esbozada con la cual se justifica todo lo que se hace: el bienestar de la población costarricense, a modo de un *consenso omiso* de las voces de las personas aseguradas. Estas dos notas conducen a pensar en una densidad diferente a la de los análisis financieros y de gestión, sin contradecirlos ni invalidarlos, pero sí complementándolos y enriqueciéndolos con otros puntos de vista, los derivados de la participación de las personas aseguradas.

Al respecto de la primera nota, llama la atención el sesgo de los Informes y de la crisis, en cuestiones financieras y la relegación de las cuestiones relativas a la atención de las personas usuarias en un segundo plano, como si fueran materias que no merecen tanta atención –no son suficientes para hablar de crisis–, o que pueden ser atendidas de otra manera. Las experiencias de las personas aseguradas de las cuales abunda la documentación, *carecen de suficiente peso* para darle una importancia y una atención mayores, por lo que permanecen fuera del ámbito de discusión. El análisis financiero entregado por la OPS se apoya en la intención de salvar la institución. “Pareciera indispensable que en los próximos años, el sistema público de salud costarricense, deba avanzar en una nueva estructura de financiamiento, que trate de conciliar la universalidad en el acceso a los servicios con la suficiencia de recursos para la

sostenibilidad del Seguro de Salud.” (OPS, v). El Informe de Notables, en cambio, expone el estado financiero de la Caja con muchas derivaciones: sistemas deficientes o inexistentes de información¹⁷, la identificación de un gremio profesional detrás de situaciones que han contribuido al desbalance financiero, corruptelas y vicios detrás de los cuales también se encuentran profesionales de la salud. La óptica seguida es la gestión medida en términos de productividad y rendimiento: dineros invertidos que no han llevado a nada, gestiones negligentes, derroches, etc. El papel de la ciudadanía en la crisis –tal y como ha sido documentada en los Informes- es pasivo, en asocie con desacciones (corruptelas, mal praxis, complicidades), así como simple destinatario de decisiones y acciones de las cuales no participan, como si fuera un asunto que no les concierne¹⁸. Esta percepción se confirma con la idea que la solución a los problemas de gestión de la Caja consiste en más gestión, tal y como se desprende de las recomendaciones del Informe de Notables, pero una gestión que seguiría sin dar el reconocimiento y participación debido a las personas aseguradas.

La segunda nota mencionada es la relativa al bienestar de las personas aseguradas. Todo lo que se hace es para bien de ellos y ellas, bajo el supuesto de un *consenso* entre todos y todas (políticos, profesionales de la salud, personas aseguradas) respecto de lo que consiste ese bienestar y su organización institucional. Ha sido una razón invocada para muchos efectos: las decisiones que se toman, los cambios, las gestiones, etc., acciones encaminadas a *ofrecer una mejor atención a las personas usuarias y para no afectar los servicios*. Por consiguiente, opera en los entretelones de los Informes un *acuerdo tácito* acerca de lo que se hace (los análisis, las recomendaciones, la urgencia de una intervención de la Caja) como si efectivamente la población afectada haya dado su beneplácito a lo que se hace y por qué se hace. Dos caras muestra este supuesto consenso, una es su parcialidad, pues el criterio de las personas afectadas (beneficiarios y beneficiarias) es un supuesto incuestionable, pero sus experiencias de la Seguridad Social quedan por fuera de consideración, y la otra, como consecuencia de lo anterior, es el *paternalismo* que opera detrás de ese consenso. Este paternalismo se alimenta de la intención por el bienestar de la población asegurada con categorías que cubren o borran las diferencias individuales, obviando las diferencias de edad, género, etnia o clase social¹⁹, y con estas diferencias marginadas, las experiencias aparejadas. La sola idea de bienestar o beneficencia para las personas aseguradas se resuelve con un único criterio y las narraciones singulares relativas a la Seguridad Social no se

hacen escuchar y no forman parte de ninguna crisis²⁰. Esta es una versión *macro* del paternalismo que otrora le fue señalado a la práctica médica (versión *micro*), la cual no consideraba el criterio del paciente o persona enferma para tomar decisiones que le concernían, todo ello por el bien del paciente mismo. En virtud de ello, habría que revisar si los modos como se ha pensado la crisis son suficientes y hasta correctos cuando se incurre en una forma de argumentación que en otros niveles ha sido considerada inaceptable.

Estos señalamientos traen sus dificultades, así como las traen las recomendaciones e intervenciones de que ha sido objeto la Caja en estos dos últimos años. ¿Cómo lograr la participación ciudadana? ¿Qué lugar darle a las narraciones de las personas aseguradas? ¿Cómo pensar otra crisis en lugar de la financiera, o bien una crisis financiera que le abra un espacio real, fundado en el reconocimiento de su voz, al criterio de la persona asegurada en lugar de solamente el experto? Estas preguntas cobran sentido a la luz de los propósitos de la Institución²¹, pero también por la detección de un argumento paternalista convertido en una excusa para justificar y dejar situaciones o modos de operación que resultan anómalos o viciosos, para disculparse de cualquier responsabilidad.

2.2. El gremio médico

Contra el telón de fondo de la crisis financiera retratada en los Informes, se destaca la figura del gremio médico. Su cuota de participación en la crisis no pasa desapercibida: es el gremio más beneficiado económicamente²² con los mejores salarios, sus funciones carecen de controles suficientes, gozan de unos privilegios que rebasan la capacidad financiera de la Caja y además, riñen con una sana administración de la institución²³.

Luego de los Informes, la cuestión salarial y las formas de contratación han sido los asuntos más sonados en los medios de comunicación²⁴ y que ha llevado al gremio médico a manifestarse contrario a las acusaciones derivadas de la crisis enunciada por los Informes: "...debe destacarse que es injusto generalizar las prácticas viciadas de un pequeño grupo de estos, pues la inmensa mayoría de los médicos que trabajan para la institución son profesionales comprometidos con los pacientes y la CCSS." (*La Nación*, Foro, 27/02/2013, p. 33 A)²⁵. El gremio se libra de cualquier responsabilidad en materia salarial (todos los pagos recibidos

son enteramente justos), como ya se vio en los campos pagados citados antes. Pero además, la justificación del salario se asocia con los beneficios recibidos por la población asegurada: el salario recibido refleja la calidad de la atención brindada, y por consiguiente, cambiar dicho régimen perjudica directamente a quienes más se benefician de la actuación médica²⁶.

La *medicalización* de la vida humana se ha traducido no sólo en hacer de la vida humana un asunto con sobrada justificación de la intervención médica, también ha significado que la salud es un bien altamente lucrativo y por ende, justifica una intervención médica mayor. "Sin desconocer que los recientes descubrimientos en el campo de la medicina nos están permitiendo vivir más y mejor, la "medicalización" ha permeado todos los aspectos de la vida, llevando a mucha gente a pensar que la medicina puede resolver todos los problemas, y la muerte es percibida como un evento que ocurre porque no se ha hecho todo lo posible. Esta visión exige que la medicina esté presente en todos lados, y los intereses económicos terminan transformando el cuidado de la salud en una industria, con expansión de los mercados de servicios, seguros, medicamentos y otros insumos; y los derechos ciudadanos en derechos del consumidor, que cada persona resuelve como un conflicto de intereses individual." (OPS, p. v). Con el paso del tiempo, el cuidado de la salud ha pasado a ser una práctica muy rentable en nuestro país, justificada por el *beneficio* que conlleva: los tratamientos médicos refuerzan prácticas de consumo, las cuales afectan la Seguridad Social de varias maneras como la venta de servicios privados dentro de la Caja y el aumento de la medicina privada por ofrecer una mejor y pronta atención.

La *práctica médica que sigue siendo la misma luego de los Informes*, pues la asociación de la crisis financiera con el cuerpo médico toca y deja de tocar asuntos: se señalan malas gestiones²⁷ en manos médicas, los *pluses* salariales y las prerrogativas pero cuestiones de malpraxis, corruptelas, atención deficiente y otras faltas, reciben un trato marginal, en subordinación a otros asuntos. Una vez más encontramos una fragmentación de la realidad operada por los Informes, unas cuestiones adquieren más relevancia que otras, aunque para ello haya sido necesario diseccionar las actuaciones profesionales junto con el quehacer institucional: unas faltas son las que se muestran mientras que las relativas a la relación directa con pacientes apenas aparecen.

Lo antes mencionado evidencia la consolidación institucional de una práctica profesional, no sólo por la extensión de sus competencias profesionales, sino

por la instalación y operación de su criterio como horizonte de comprensión de la existencia humana: ésta es susceptible de ser explicada médicamente, y por ende, su intervención es imprescindible. A modo de ejemplo, la distinción entre los niveles de atención que componen la Seguridad Social se funda en la complejidad de atención *médica*, la cual va de la medicina familiar y comunitaria a las especialidades clínicas como la cardiología y la neurología, por mencionar algunas. Las diferencias de atención en los tres niveles (EBAIS, clínicas y hospitales) se fundan en la atención médica brindada y no en otros modos de atención de la salud, por ejemplo, basados en una real intervención interdisciplinaria. Una vez más, la construcción de esta crisis –no de los hechos que la han desatado– ha sido unilateral, dejando intacta la práctica clínica prevaleciente (enfoque biomédico), sin tomar en cuenta los patrones de interacción entre profesionales de la salud y personas usuarias, con todas debilidades y abusos que acontezcan, que han provocado la búsqueda de la medicina privada o de prácticas terapéuticas alternativas, a un mayor costo para la población usuaria y en contradicción con los propósitos de la Caja.

3. El debate bioético

Los Informes han presentado razones suficientes que justifiquen hablar de una crisis financiera de la Seguridad Social: también dejaron en claro el carácter de urgencia y señalaron medidas para solventar dicha crisis, para evitar que la Caja vaya a la quiebra. Ahora interesa considerar si los señalamientos anteriormente hechos (una gestión fallida, una intervención política, subordinaciones derivadas de una concepción de la gestión, un papel no autoasignado de la población asegurada, y finalmente, la consideración de más experticia como criterio único para pensar en soluciones a la crisis), merecen ser incluidos dentro del debate bioético²⁸. Para ello quisiéramos apuntar algunas cuantas razones, entre las cuales, sugerir una ampliación de la agenda bioética que rebase las cuestiones de naturaleza clínica en nuestro país.

El debate bioético aporta una perspectiva: el *reconocimiento*²⁹ de las diversas voces morales para combatir todo paternalismo, y con ello una forma de racionalidad encargada de identificar posiciones unilaterales y excluyentes³⁰. Este debate, entonces, ha contribuido en la *ampliación de la moralidad de los sitios clínicos*³¹, es decir, se han efectuado inclusiones desde la perspectiva de los agentes participantes

y gozan de la atención clínica, o bien, en estudios clínicos. En el caso de la Caja, en las últimas dos décadas se han dado algunos avances a través de los Comités Ético-Científicos y los de Bioética, pues a través de dichas instancias se persigue que la palabra de los y las pacientes sea debidamente escuchada (sin poder decir cuán es escuchada). El caso de los Testigos de Jehová es el más notorio pues ilustra cómo la salud de un paciente es cruzada o revestida por otras comprensiones además de la biomédica y por ende el ámbito de decisiones es compartido por el equipo de salud y dicha denominación religiosa.

Al respecto de la gestión, la población asegurada habla de cómo operan los sitios clínicos y cómo los afecta para bien y para mal. Es otra voz, que habla de lo que les queda grabado en los cuerpos. Pero recurren a sus patrones narrativos, como ya lo dijera Teresa López de la Vieja (2013) se trata de "mirar desde su punto de vista, aceptar su marco de referencia, compartir significados, una forma de decir y en suma, tratar de percibir el mundo como él o como ella lo hacen." (p. 39). ¿Qué pasaría si los insumos para la crisis de la CCSS se hubieran apoyado en estos testimonios además del criterio experto? Pensamos de esta manera en una justificación suficiente para la ampliación del debate bioético, considerando las inclusiones y equilibrios de las voces.

Una nota relevante de la bioética ha sido la *deliberación*³², y con ella, la diversidad de argumentos que entran en cuestiones relativas a la salud y el cuidado de sí mismo. Junto a la deontología médica (las obligaciones que los y las médicas han de acatar como profesionales) y el cálculo interesado de la gestión (productividad, eficiencia, mínimo de pérdidas, etc.), la población asegurada cuenta con su propia argumentación moral, alimentada con sus puntos de vista y posiciones respecto de sus propias vidas y de sus experiencias de la Seguridad Social. El debate bioético, a lo largo de su historia, se ha ocupado de cómo tienen lugar otros argumentos morales, y en qué direcciones deben ampliarse los reconocimientos: un esfuerzo que va de la autonomía en un sentido lato hasta la autonomía de las mujeres respecto al cuidado del cuerpo (su cuerpo) y el cuidado de los demás, y más recientemente, la autonomía de las personas con discapacidad o bien con diversos credos religiosos. En todos estos casos, la demanda es la misma: hay otras razones además de las expertas para tomar decisiones y esas razones merecen ser escuchadas y tomadas en cuenta, son razones puestas por las personas afectadas³³, narradas en primera persona y sin mayor elaboración que el testimonio de los daños o perjuicios vividos.

Precisamente, un punto de ampliación de la moralidad que la bioética puede operar es que el agente moral no sea solamente un seguidor de reglas y de esta manera, permitir a la población asegurada verse como sujetos de decisiones que les conciernen en lugar de actuaciones fundadas en decisiones en nombre de los demás, como ha sido la costumbre. En lo que nos atañe, los dos Informes acá tratados, acarrear un silenciamiento de la voz de los y las afectadas, pues hay materias suyas que no hablan por sí mismas. Otro aspecto relativo a la ampliación de la moralidad consiste en la dilución de los asuntos de la población asegurada al interior de otras argumentaciones, como sucede con el Informe de los Notables, por lo que otros intereses terminarían siendo los más relevantes de prestar atención.³⁴ Por consiguiente, la percepción de las experiencias de las personas aseguradas (incluida la percepción de su identidad) se vería debilitada.

Las materias que otrora caían dentro de la exclusiva experticia médica, hoy son sometidas a escrutinio, a discusión y acuerdos. Se las encuentra en foros políticos como la Asamblea Legislativa o en tribunales, pero también, en organizaciones civiles como la Asociación Costarricense para el Estudio y Difusión de la Bioética y por supuesto, en muchas iglesias. Ello debido a que esas materias (dilemas sobre los confines de la vida, investigación clínica, otras) conciernen a todos y todas, requieren ser consideradas por los agentes afectados, requieren de diversos abordajes, y elaboraciones de acuerdos nada unilaterales. Por ello, las realidades sanitarias admiten narraciones diferentes según las posiciones ocupadas en las situaciones. En Costa Rica, el aborto es un tema que las mujeres consideran más abiertamente y la fertilización *in vitro* es un procedimiento al cual familias quieren acudir, y todo ello en virtud de la competencia moral que los y las ciudadanas detentan. Por consiguiente, la autonomía ha ganado terreno, aun cuando el reconocimiento logrado sea insuficiente y persisten representaciones minimizadoras del autogobierno de los individuos.

El norte seguido por la bioética (dentro y fuera de nuestro país) ha sido el desarrollo de un perfil deliberativo como un *procedimiento* (consentimiento informado, comités de bioética, por ejemplo). Esta última dirección es la que ha privado dentro de nuestras fronteras. Pero si es vista como una vía o herramienta con la cual llevar a cabo una develación de sesgos, posiciones unilaterales o el quiebre de monopolios de la voz moral, resulta que el perfil deliberativo sugiere una *ampliación del ejercicio del autogobierno*³⁵, y con ella, un enriquecimiento de la moralidad de los sitios clínicos, aun cuando haya momentos con poca claridad para saber cómo ha de

ISSN 1989-7022
operar dicha moralidad.

DILEMATA, año 7 (2015), n° 17, 137-168

El debate bioético a lo largo de sus cuarenta y algo de años en Occidente se ha caracterizado por el reconocimiento efectivo de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud. Las ganancias se han hecho notar con autonomía y protecciones (*Nüremberg, Helsinki, Buenas Prácticas Clínicas, Pautas de CIOMS*). La salud ha dejado de ser un asunto exclusivamente médico, y antes bien, se ha convertido en un *terreno* en el cual se plasman vulnerabilidades y exclusiones mayores (Cf. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005*), de diferente naturaleza y no solamente relativas a la biomedicina y el cuidado del cuerpo humano. En virtud de ello, la práctica médica y científica, las instituciones sanitarias, pasaron a ser un objeto de examen y regulación: cómo se lleva a cabo, cómo operan, cómo son las interacciones entre expertos y legos. Asimismo, la salud ha dejado de ser un exclusivo asunto biomédico, que rebasa las prácticas sanitarias y atañe a materias próximas al tejido social y a cuestiones políticas, recogiendo diversas voces: los puntos de vista de los beneficiarios, de las personas afectadas, y por ende, no solo asuntos relativos a la atención recibida, sino también a los alcances de los derechos sanitarios, su suficiencia, los trayectos por donde transitan, las demandas que se derivan, etc. El debate bioético ha abandonando las paredes clínicas en virtud de las relaciones que las prácticas sanitarias mantienen con los estilos de vida y con los diseños de la sociedad. Los Informes acá analizados se apoyan en una *concepción* de la Seguridad Social con papeles asignados a sus agentes y con jerarquías establecidas: quiénes comandan la atención clínica, quiénes son los beneficiarios, pero además, qué comprensiones son las que han de privar, como es el caso de la idea de *crisis financiera* frente a otras situaciones que no han alcanzado ese carácter, antes bien, éstas aparecen subordinadas a cuestiones consideradas mayores o más relevantes.

En nuestro país, la bioética consolidada institucionalmente dentro de la Caja (CENDEISS, Área de Bioética) se ha resumido a asuntos clínicos, bajo el comando *médico* y en *pro* de los derechos de las personas aseguradas relativos a la atención clínica³⁶. Esos han sido los alcances mayores logrados hasta ahora. No obstante, este modo de entender la bioética deja la impresión de que sea esa toda su competencia, además de pasar a ser un asunto más de la gestión de la Caja. EL peso concedido al lado clínico de la bioética ha dejado al descubierto otras materias de la población asegurada, como si la moralidad en juego admitiera fronteras o segmentaciones.

Recuérdese que la salud de las personas no sabe de fronteras institucionales.

Los Informes presentan la figura de la persona asegurada o beneficiario como un sujeto receptor y/o destinatario de una serie de acciones gravadas de beneficencia, pero dejando de lado que dicho sujeto es un ciudadano, portador de derechos, con una capacidad interlocutora y moral, y por consiguiente, con capacidad de participar en las cuestiones públicas. De nada de esto se habla en los Informes, pues la lógica seguida es otra, excluye estas otras formas de ver a las personas afectadas, pues son vistas a través de los lentes de la beneficencia y la gestión. Insisto, se trata de hacer notar que la misma persona que es beneficiaria de la atención clínica de la Caja es también portadora de derechos y posee criterios al respecto de los servicios recibidos. Estas son razones suficientes para contar con una voz que habría de ser escuchada, pues es el otro lado de la atención clínica, del cual sólo la persona asegurada puede hablar. Así las cosas, no se trata solamente de beneficencia, sino de autonomía: la salud, con el cuerpo, son siempre un asunto personal, relativo al gobierno de sí, y lejos está de reducirse al consentimiento y a la autorización para intervenciones médico-quirúrgicas.

Pensar la población asegurada como *población beneficiaria* es una denominación cómoda, la cual carga con sesgos, pues las personas aseguradas son *concebidas* en función de la atención que reciben ya que toda la Seguridad Social opera para su bienestar. En ese sentido, los profesionales sanitarios sabrían mejor que nadie los beneficios que le deben a la población, el criterio de ésta resultaría medianamente prescindible, o bien, en caso de quejas o denuncias, su manejo cuenta con los debidos procedimientos al interior de la gestión: como un hecho aislado o bien relativo a la ética profesional del caso³⁷.

Lo que se ha venido argumentando nos da algunos elementos para afirmar un paternalismo latente en los Informes. Es esa conducta minimizadora del criterio de los demás para asuntos que les conciernen. La práctica médica ha sido acusada de paternalista desde hace varias décadas, por haber hecho caso omiso del criterio y decisión de los y las pacientes acerca de su cuerpo y su salud. Pues bien, hay más de una manera de comprender el paternalismo si se identifican situaciones de las cuales las personas aseguradas son excluidas o su parecer no es tomado en cuenta, o bien son comprendidas de acuerdo con una representación. Porque las cuestiones de expertos únicamente requieren del criterio experto y en casos calificados, el político también. En otras prácticas sociales se ha identificado dicha actitud paternalista³⁸,

pues el trato dado a determinadas poblaciones o grupos sociales ha sido de menores de edad, con capacidades insuficientes o disminuidas para dar su voz y parecer.

A lo anterior se suman otros aspectos, de lo cual solamente podemos señalar algunas pistas de análisis. Como bien puede notarse en ambos Informes, se asocia a la crisis con un protagonismo médico para ciertos efectos, y además, una predominancia de la lógica de la gestión a través de una declaratoria de crisis sustentada únicamente en una mala gestión administrativa. Se ha insistido en señalar que impera la idea de salud como un asunto biomédico y es el personal médico el que se encarga de reproducir dicha idea³⁹. Tal percepción no tendría mayor relevancia si la salud humana efectivamente fuera un asunto médico y no un asunto de quienes detentan su salud, es decir, de quienes la sufren, la disfrutan, la cuidan o la echan a perder, y en el fondo, lidiar con sus vidas, de las cuales la salud es una parte medular. Esta percepción incide en la organización y funcionamiento de la atención sanitaria, define papeles (de las personas aseguradas, del personal sanitario, otros) y de los modos de hablar de la salud y de la atención sanitaria, y por ende, respuestas acordes con dicha percepción. Ello explica que el gremio médico se vea a sí mismo como indispensable para la salud de la población costarricense, pero también explica el papel pasivo de la población asegurada, que se resume a ser beneficiaria de la actuación médica (y de los demás profesionales sanitarios)⁴⁰. Este patrón pasivo se repite a lo largo de los Informes: la población asegurada es tanto la más perjudicada por la crisis como la beneficiaria mayor de cualquier medida (política, administrativa) que se tome, mas su papel no va más allá del impuesto⁴¹. Los expertos hablan por la población asegurada, y por supuesto, esa misma población asegurada poco o nada dice de sí misma ni de esa organización de la palabra. Como ya lo señalara R. Malone, esas percepciones incurren en diseños de la vida institucional que son excluyentes de una serie de experiencias y además, imponen percepciones que también dejan otras percepciones por fuera, por lo que las situaciones de mal praxis y de abusos ocupan un lugar subordinado y supeditado a otras cuestiones de las cuales las personas aseguradas no tienen injerencia directa.

Así como el médico toma decisiones por sus pacientes porque él (o ella) sabe mejor que nadie qué es lo mejor para la salud, asimismo, los Informes están pensados en términos de qué es lo mejor para la población asegurada, tanto en el señalamiento de los problemas sustantivos como de las soluciones requeridas. En ambas situaciones, el ejercicio de la autonomía de la población asegurada/ciudadana pesa

poco o carece de relevancia. Las prácticas institucionales son las que establecen cómo ha de ser su participación y lo esperable es la asunción de lo dispuesto: así trabaja la CCSS, así es la atención brindada por el personal sanitario, y a los y las pacientes/ciudadanas les queda amoldarse, por ser lo deseable y normal, de manera que otros estilos alternativos sólo producirían distorsiones u obstáculos. A este rasgo de la práctica sanitaria se le puede llamar *expropiación*, por cuanto la capacidad moral de la población asegurada es privada de su reconocimiento para situaciones que son su asunto. El ejercicio de la autosoberanía se reduce a los asuntos indicados como concernientes a ellos. Una versión estrecha de la participación de las personas aseguradas, resumida a las cuestiones inmediatas de la atención clínica, y como sujetos pasivos beneficiados de lo que otros (políticos, administradores, profesionales sanitarios) determinan en su nombre. Estos pocos señalamientos son los que quisiéramos considerar como razones suficientes para una ampliación del debate bioético, con otras aplicaciones de la autonomía y la beneficencia que ya no tocarían únicamente a la relación profesional de la salud y persona usuaria. Esto que apuntamos no es nuevo, ya el debate bioético ha dirigido críticas a las prácticas sanitarias y afines en virtud de las exclusiones o abusos cometidos contra la población civil⁴².

4. Cierre de este estudio

Lo hasta ahora dicho tiene unos alcances modestos y algo precisos. En ningún momento se ha querido afirmar que los Informes fueran producciones equivocadas o desatinadas. Tampoco pensamos que sean los y las ciudadanas de la calle, comunes y corrientes, quienes deban escribirlos, ni dudamos de las acciones llevadas a cabo por las diversas Presidencias y Juntas Directivas que han comandado la Caja Costarricense de Seguro Social. Son conocidas esas acciones cuando de atropellos, malas praxis o atenciones descuidadas se ha tratado. Sabemos que mucho se ha hecho para atender todas esas situaciones y darles el curso merecido. Sin embargo, siempre hay un margen dentro de esas acciones y medidas que invitan a pensar acerca de la suficiencia -en algunos casos- o pertinencia de lo hecho. De esa suficiencia pasamos a los interrogantes, pues una serie de fallos, corruptelas y mal praxis siguen aconteciendo. Junto con lo que sigue sucediendo, persisten percepciones o representaciones de la Seguridad Social que no son las mismas para todos y todas, entonces, hablamos de

percepciones dominantes con los cuales se quiere atender las demandas. Por este camino hemos querido transitar a lo largo de estas páginas.

Las fuentes acá consultadas han sido utilizadas para confirmar sospechas, para alimentar conceptos y para desarrollar unas cuantas argumentaciones. Por lo tanto, la relevancia de dichas fuentes no es la misma en todo momento. Los medios de comunicación escrita consultados nos dan cuenta de lo que en la "calle" se discute o se sabe, de lo que se presenta públicamente, y por ende, lo que está expuesto y sujeto a la opinión de la ciudadanía. Recogen creencias, prejuicios, sesgos, ideas, etc. y con todo ese material, por supuesto, se argumenta, se defienden posiciones, se elaboran críticas. En otras palabras, abonan al terreno de la participación ciudadana, aun cuando la veracidad de la información sea poco confiable.

Discutir cuestiones públicas, aportar a esa discusión, no dejar pasar asuntos que conciernen a la ciudadanía, ampliar los linderos del debate bioético, pues la moralidad de la institución sanitaria es un asunto público y no sólo de competencia profesional o de expertos. Al menos éste ha sido uno de los cometidos del estudio: detonar la reflexión acerca de cómo podría ser otra versión de una crisis de la Caja con otra actuación y otra voz de las personas aseguradas. En términos bioéticos, es un asunto de aplicación, la cual ha de pasar por instancias, por procedimientos y decisiones institucionales (¿políticas?), mas sin dejar de pensar en cómo los y las pacientes pueden contar con medios para hablar por sí mismos y de sus experiencias. Para cuestiones de investigación y atención clínica, esos medios habían quedado bastante claros, por lo que sí es posible pensarlo para otros efectos.

En la actualidad, ya hay un camino recorrido. Sin determinar la cantidad existente, Asociaciones y Fundaciones ofrecen apoyos diversos a pacientes de muy diversos padecimientos. En muchos casos, su existencia es el producto de iniciativa de pacientes, es sostenida por ellos y ellas y persiguen dotar de representación y apoyo a quienes han pasado por algún padecimiento específico. Su trabajo se *suma* al realizado por la Caja, con lo cual algunos grupos de la población asegurada han buscado soluciones por sí mismos a situaciones o demandas que la Institución no ha podido atender. Estas iniciativas son formas de participación ciudadana y recogen aquello que les concierne, de manera que ya hay experiencias de pacientes que se rehúsan a ser simples actores pasivos de los beneficios de la Seguridad Social. Sin embargo, pensar en que las formas de participación ciudadana en lo que les

concierno se agota con esas organizaciones es perpetuar formas de invisibilización o silenciamiento. Si antes hemos hablado de reconocimiento, es porque pensamos que al respecto de la crisis financiera, la palabra (testimonial) de las personas aseguradas no aparece realmente, y sus experiencias han acumulado una larga historia y parece que dicha historia no acaba.

Lo anterior lo hemos relacionado con las ideas de Seguridad Social que circulan por la sociedad. Los dos Informes reflejan un discurso ya en funcionamiento en nuestra sociedad. En esta ocasión, la imagen imperante ha sido la resultante de una forma de racionalidad orientada por el cálculo instrumental y pone la mirada en los costos y beneficios, con lo cual una serie de materias que no empatan en ese molde, no son consideradas. El lenguaje empleado (experto, autorizado, objetivo) trae consigo un estrechamiento de la mirada y por ende, la crisis financiera se constituye con base en una serie de materias pero en exclusión de otras, aún cuando les conciernan a muchos y muchas pacientes. En virtud de presentarse como una versión autorizada de la crisis, la consignada en los dos Informes, se incurre en una aceptación y naturalización de un discurso y por ende, hay asuntos que ameritan hablar de crisis y otros no, aunque no sean descuidados del todo.

Otra característica de los Informes que hemos querido resaltar es la ausencia de participación de la población asegurada en la comprensión de la crisis, lo cual se traduce en un papel dictado por otros y subordinado a los intereses expertos. Y esta ausencia puede ser entendida como una forma de paternalismo por cuanto se les priva de su criterio en asuntos que les conciernen y además, reducen su participación a una actuación pasiva: ellos y ellas son solo los beneficiarios y los problemas de la Caja (financieros, administrativos, profesionales, etc.) serán resueltos sin ellos y para que no se vean perjudicados.

En virtud de lo anterior, hemos creído que la bioética tiene algo que decir. Ya no en términos de cómo distribuir los escasos recursos sanitarios, a lo cual se aproxima la declaratoria de la crisis financiera, sino al reconocimiento de la autonomía de las personas aseguradas y cuya actuación no tendría razón de resumirse a lo relativo a la atención clínica. Imaginar cómo elaborar ese reconocimiento supone un paso más de lo que hasta ahora se ha logrado, de manera que se rompa con el papel pasivo asignado a las personas aseguradas, como destinatarios de beneficios y obligaciones que otros han definido. De persistir esta representación de la población

asegurada, el reconocimiento de su autonomía sería una concesión y por ende, se reproduciría ese paternalismo del cual hemos hablado. Necesariamente hay que imaginar un cambio de esos papeles y competencias.

Ampliar el debate bioético con otras materias que no sean estrictamente las relativas a la atención o investigación clínicas ha sido otro propósito. Y ello porque lo relativo al reconocimiento es parte de la moralidad civil, por lo que la Seguridad Social acoge tanto buenas prácticas profesionales respetuosas de la autonomía de las personas, como también el reconocimiento de todos los alcances de la autosoberanía y por ende, alcanza los discursos sobre la Seguridad Social en los que aparecen. No obstante, todo esto queda para una mayor discusión, para ver más detalles, para pensar cómo ha de operar la ampliación del debate bioético en nuestro país.

No obstante, hemos creído necesario prestar atención al tratamiento de las diversas materias concernientes a la Seguridad Social. Por lo que puede colegirse una comprensión dispar de los modos como se han presentado las situaciones que han sido motivo de escándalo o crisis, y como ya se dijo, para ciertos efectos unas situaciones ameritan hasta una intervención política, pero en otras no, bastan las acciones administrativas. En esta diferencia, además, se privilegian unas formas de conocimiento sobre otras, en nombre de una objetividad y de un cálculo de costos y beneficios. En virtud de que los Informes producen y reproducen una serie de intereses que no son inmediatamente los de las personas aseguradas, aunque a ellas se dirijan. El punto es que esos intereses se elaboran a distancia de las vivencias de las personas aseguradas. Por ello, éstas aparecen de manera subordinada y mediadas por otras razones. Son una parte más de la crisis financiera.

Bibliografía

- Álvarez Díaz, Jorge Alberto. "Las muertas de Juárez: Bioética, Género, Poder e Injusticia." *Acta bioethica* [online]. 2003, vol.9, n.2 [citado 2012-09-13], pp. 219-228.
- Appiah, Kwame Anthony (2007). *La ética de la identidad*. Buenos Aires: Editorial Katz.
- Arce, C. & J. C. Sánchez A. (2001). *Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Caja Costarricense del Seguro Social, Gerencia de Modernización y Desarrollo, Unidad Coordinadora Proyecto de Reforma.

- Arguedas, Gabriela. "¿Tiende al paternalismo en sus diversas modalidades, la comunidad tecnocientífica?" En Viales, R.; J. Amador & F. Solano (2009, editores). *Concepciones y Representaciones de la Naturaleza y la Ciencia en América Latina*. San José: UCR, Vicerrectoría de Investigación, pp. 181-188.
- Bajtín, Mijail (1975). *Teoría y crítica de la novela*: Madrid: Editorial Taurus.
- Barrio, José María. "La aporía fundamental del llamado 'debate' bioético." En *Cuadernos de Bioética*, 2003, 2ª, pp. 229-240.
- Bauman, Zygmunt (2005). *Ética Posmoderna*. México: Siglo XXI.
- Beauchamp, T. & J. Childress (2001, 5th Edition). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bellver, Vicente. "¿Existe una ética universal? Bioética y derechos." En *Cuadernos de Bioética*, 2004, 3º, pp. 437-455.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2006). *Los Compromisos de Gestión en la CCSS- Desafíos de la Implementación 1997- 2007/ DCSS*. - Monografía. - San José, Costa Rica.
- Carrillo, Rafael et alia (2011). *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS. Recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera del seguro de salud*. San José.
- Castillo, Alcira. "La crisis de la caja costarricense de seguro social y la reforma del estado costarricense." En *Anuario de Estudios Centroamericanos*, Universidad de Costa Rica, 26(1-2): 113-132, 2000.
- Conill, Jesús. "Eficiencia y justicia en la empresa sanitaria." En *Veritas*, vol 1, nº 15 (2006), pp. 209-222.
- Costa-Álvarez, Ana María. "Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud." *En Dilemata*, año 4 (2012), nº 8, pp. 99-122.
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2012) *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*. Nº 28. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Espinosa, Luciano. "Naturaleza: modelos, metáforas y consecuencias prácticas." En J. Ma. Ga. Gómez-Heras & C. Velayos (Coordinadores, 2004). *Tomarse en serio la naturaleza. Ética ambiental en perspectiva multidisciplinar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ferrer Lues, Marcela. "Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética." *Acta bioethica* [online]. 2003, vol.9, n.1 [citado 2012-09-13], pp. 113-126.
- Gaines, A. & E. Juengst. "Origin Myths in Bioethics: Constructing Sources, Motives and Reason in Bioethics." In *Cult Med Psychiatry* (2008) 32: 303-327.
- Gracia, Diego. "La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica." En Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (1999). *Jornada de Debate sobre Comités Asistenciales de Ética*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- García Gómez-Heras, José María (2013). *Debate en bioética. Identidad del paciente y praxis médica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ladrière, Jean. "El sentido de la bioética." En *Acta Bioethica*, v. 6, nº 2, diciembre 2000, pp. 197-218.
- López, G. & B. Rivera. "Las políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud." En *Revista de Economía Pública*. 161 (2/2002), pp. 99-126.
- López de la Vieja, Teresa (2008). *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la Ética*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- López de la Vieja, Teresa (2013). *Bioética y literatura*. Madrid: Plaza y Valdés.

- Malone, Ruth. "Política y mercado: ética y metáfora en el discurso sobre las políticas de salud." En *Selecciones de Bioética*, N° 3 abril 2003, pp. 66-78.
- Manzini, Jorge Luis. "Ética de la prescripción médica en un país pauperizado." *Acta bioethica* [online]. 2005, vol.11, n.2 [citado 2012-09-13], pp. 191-200.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2007). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional*. San José: Dirección General de Salud.
- Navarro, Román (2010). *El derecho a la salud. Un análisis a la luz del Derecho Internacional, el Ordenamiento Jurídico Costarricense y la Jurisprudencia Constitucional*. San José: Editorial Juricentro, S. A.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*. San José: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. Situación Reciente y Proyecciones. Versión Preliminar*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz María Iliana y Palavecino, Susana. "Bioética para una salud pública con responsabilidad social." *Acta bioethica* [online]. 2005, vol.11, n.1 [citado 2012-09-13], pp. 65-76.
- Poltronieri, Jorge. "Encuesta sobre la Seguridad Social 2007. Panorama global." Proyecto de Investigación Estructuras de la Opinión Pública. Comunicado de Prensa.
- Plantin, Christian (2008). *La argumentación*. Barcelona: Book Print Digital.
- Rivas M. Favio. "La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la bioética." *Acta bioethica* [online]. 2000, vol.6, n.2 [citado 2012-09-13], pp. 335-346.
- Rodríguez H., Adolfo (2005). *La reforma de salud en Costa Rica. Documento de proyecto*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Segura, Andreu. "La salud pública y las políticas de salud." *En Política y Sociedad*, 35 (2000), Madrid (pp. 55-64).
- Villalobos, Luis Bernardo. "Reforma en la Salud en Costa Rica: Implicaciones en la gestión Municipal". *En Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*. V. 6, n. 1, San José, 1998.
- Villaroel Soto, Raúl. "Bioética y reciprocidad en el reconocimiento en derechos y deberes." En *Acta bioethica* [online]. 2009, vol.15, n.1 [citado 2012-09-13], pp. 79-86.

Referencias de diarios

- Ávalos, Ángela. "Más sobreirradiados con cobalto." *La Nación*, 21 de marzo de 1997, sec. El País. Web. http://www.nacion.com/archivo/sobreirradiados-cobalto_0_1420058180.html.
- Schumacher, Camila. "CCSS malgastó \$ 2,5 millones en equipo médico obsoleto." *La Nación*, 26 de febrero del 2009, sec. El País. Web. http://www.nacion.com/nacional/servicios-publicos/CCSS-malgasto-millonesen-equipos-obsoleto_0_1033896666.html.
- Díaz, Luis Edo. "CCSS asignará presupuestos según calidad de servicios", *La Nación*, 12 de febrero del 2012, sec. El País: 4A. Impreso.

- Vizcaíno, I.; M. Agüero y A. Ross. "Huelga parcial de médicos en CCSS puso a sufrir a pacientes." *La Nación*, 30 de noviembre del 2011, sec. El País: 4A. Impreso.
- Díaz, Luis Edo. "CCSS y Gobierno sin plan para reanudar cirugías en hospitales." *La Nación*, 25 de noviembre del 2011, sec. El País: 4A. Impreso.
- Díaz, Luis Edo. "CCSS se endeuda con banco para poder mantener servicios." *La Nación*, 3 de febrero del 2012, sec. El País: 4A. Impreso.
- Díaz, Luis Edo. "11 agrupaciones dan sus 10 medidas para 'salvar' CCSS." *La Nación*, 20 de febrero del 2013, sec. El País. Web. http://www.nacion.com/nacional/comunidades/grupaciones-dan-medidas-salvar-CCSS_0_1324867619.html.
- Díaz, Luis Edo. "Asociación recoge firmas para referendo sobre CCSS." *La Nación*, 28 de febrero del 2013, sec. El País. Web http://www.nacion.com/ln_ee/1996/julio/20/opinion.html.
- Díaz, Luis Edo. "Asociación Nacional de Asegurados para un referendo acerca de la composición de la Junta Directiva de la CCSS." *La Nación*, 21 de agosto del 2012, sec. El País. Impreso.
- Araya, Jorge Luis. "Ciudadanos ponen el ojo en recuperación de la CCSS." *Semanario Universidad*, # 1980, 20 de febrero del 2013, sec. País. Web. <http://www.semanariouniversidad.ucr.cr/component/content/article/2007-Pa%C3%ADs/8933-ciudadanos-ponen-el-ojo-en-recuperacion-de-la-ccss.html>.
- Díaz, Luis Edo. "Sectores ven con recelo más turnos ordinarios." *La Nación*, 29 de octubre del 2011, sec. El País. Impreso.
- Díaz, Luis Edo. "Especialistas ejercían su disponibilidad vía telefónica." *La Nación*, 29 de octubre del 2011, sec. El País. Impreso.
- Díaz, Luis Edo. "Médicos de la CCSS ganan más por pluses que por salario ordinario." *La Nación*, 29 de octubre del 2011, sec. El País, 6A. Impreso.
- Mohs, Édgar. "Reformas al sistema de salud." *La Nación*, 27 de febrero del 2013, sec. Opinión. Web. http://www.nacion.com/opinion/foros/Reformas-sistema-salud_0_1428057190.html.
- La Nación*, 16 de agosto del 2012, sec. El País. Web. <http://www.nacion.com/2012-08-16/ElPais/Mas-de-600-medicos-realizan-labores-administrativas-en-CCSS.aspx>. Como se indicó antes, esta referencia presenta problemas por cuanto el diario no la consigna en su versión digital, no obstante se encuentran referencias a ella en línea.
- Rodríguez, Julio. "En Vela." *La Nación*, 2 de noviembre de 1998, sec. Opinión. Web. http://www.nacion.com/ln_ee/1998/noviembre/02/opinion4.html.

Notas

1. La categoría de *adhesivo social* es la traducción que damos a los propósitos políticos con los cuales fue creada la CCSS, como es recogido en la *Constitución Política*, art. 73. La significación dada a dicha categoría es modesta, bajo el entendido de las intenciones de una institución para los y las costarricenses, al alcance de cualquiera y sin distinciones sociales.
2. Hablar de crisis comporta un acto de identificación de una situación que es amenazante para la imagen de la organización y su funcionamiento, además de entrañar una alteración de las relaciones internas y externas. De acuerdo con estos criterios, muchas situaciones acontecidas

dentro de la Caja serían suficiente motivo para hablar de una crisis institucional, y no solamente las finanzas.

3. Las experiencias de cada quien, de cada persona asegurada, en cualquier nivel de atención y en diversas circunstancias, contienen una relevancia que es meridiana para cada persona, no tanto para el criterio experto regido por una lógica diferente. Lo propio de la experiencia singular es la particularidad, y su objetividad reside en ella misma, en un acontecimiento del cual cada quien puede dar su testimonio y en el caso de la atención clínica, ese testimonio habla de una mal praxis, de corruptelas o de una atención deficiente.
4. El diario *La Nación* reporta desde el año 1996 (*El País*, 17/XII/98) noticias y artículos de opinión acerca de los biombos, y durante los doce últimos años, ha sido un tema que ha convocado a muchas personas a opinar. Las referencias de medios de comunicación acá utilizadas no agotan el recurso. Tan solo hemos tomado una muestra de algunos diarios con el propósito de apoyar o ilustrar razones esgrimidas acá. La cobertura mediática es siempre un insumo para efectos de un análisis de cuestiones públicas. De todos es sabido, no obstante, que la opinión mediática no es enteramente confiable para hacer una reflexión seria cualquier materia, mas sigue siendo un insumo importante para tomar en cuenta.
5. A la cobertura mediática dada al caso de las personas sobreirradiadas durante los últimos años del siglo XX, hay que agregar el informe de la Defensoría de los Habitantes ante la Comisión Investigadora CCSS de la Asamblea Legislativa (21/IX/2001), según documento descargado del sitio web http://www.ticovision.com/imagenes/comparecencia_defensora_210911.pdf. Para efectos del presente estudio, bastan las remisiones a los medios de comunicación que han dado seguimiento a todo esto.
6. En el año 2007, la Escuela de Matemática de la UCR realizó un estudio de opinión acerca de la CCSS. El estudio se dirigió a la población usuaria, por lo que priva su percepción en calidad de tales acerca de la atención recibida en cualquier sitio de la CCSS: "Consideran que los médicos no mejoran el servicio, que la CCSS es irresponsable al no contar con la infraestructura y las medicinas que se necesitan para los asegurados, que las Juntas e Salud son inoperantes, que el Seguro Social es un derecho de todos los ciudadanos..." (p. 14).
7. Kwame A. Appiah (2007) afirma que la identidad de cada quien es un proyecto ético encuadrado en un universo de hechos sociales y la construcción de la propia identidad se lleva a cabo con base en las identificaciones socialmente disponibles.
8. "La palabra tiene, pues una doble función, designa y orienta, o, más bien: al designar las cosas de una determinada manera, la palabra revela la orientación del discurso. Lejos de ser un simple 'elemento' del discurso, la palabra es, así, el **holograma** del discurso." (sic) (Ch. Plantin, p. 103).
9. Durante los años 2011 y 2012, el diario *La Nación* publicó varios campos pagados y reportajes acerca de la crisis de la Caja, según el Informe de la Comisión de Notables, pero también de las reacciones del gremio médico ante las acusaciones de las que fue objeto. En octubre del 2011, la Unión Médica Nacional publicó un campo pagado en el cual aclara a la opinión pública que el "salario extra que el médico gana es **responsabilidad de la CCSS, o sea, que no es el trabajador médico el que impone a su antojo trabajar bajo estas condiciones** [se refiere a las guardias]." (sic). Unos meses después, en marzo del 2012, en el mismo diario, dicha Unión publica otro campo pagado sobre el pago de las guardias médicas y afirma que no van a "permitir que la Caja maquille la crisis que enfrenta por mala gestión y control, sacrificando la salud de la población por 'ahorrarse' unos pesos." Y en ese mismo mes, otro campo pagado afirma que "ha venido denunciando públicamente que el recorte presupuestario en la Caja Costarricense de Seguro Social significa que habrá una disminución seria en la cobertura de los servicios médicos...". Cf. *Huelga parcial de médicos en CCSS puso a sufrir a pacientes* (*La Nación, El País*, 4A, 30/XI/2011) y *CCSS y Gobierno sin plan para reanudar cirugías en hospitales* (*La Nación, El País*, 4A, 25/XI/2011). Ambas noticias recogen la presión que el cuerpo médico llevó a cabo contra las medidas tomadas por el gobierno para salvar

las finanzas de la Caja, y en dichos momentos la suerte corrida por las personas no pesó como sí lo hizo cuando se quiso justificar el pago de las guardias médicas.

10. El Informe de la OPS distingue dos dimensiones de la Seguridad Social, una relativa a la actividad para la cual fue fundada y la segunda es entendida como "...una unidad institucional que toma decisiones sobre su financiamiento e inversión y, por tanto, sobre ahorro o desahorro." (OPS, p. 4).
11. Téngase presente que cada individuo organiza su propia existencia como miembro de una sociedad y lleva a cabo una *apropiación del ser social* el cual, a su vez, reproduce. De allí se deriva la competencia para la vida social que cualquiera ostenta (Cf. A. González Ortega, 1994). Este punto en particular de la apropiación de la vida social es el que nos interesa destacar por dos razones, una es que la apropiación se lleva a cabo a través de representaciones de las identidades compartidas socialmente. Ser asegurado o asegurada de la Caja es una de ellas y cumple una función dentro de determinados discursos sobre la Caja, como es el caso de los Informes. La otra razón es la articulación y funcionamiento del debate bioético de acuerdo con ciertas representaciones sociales: si se piensa que todo se hace para *beneficio* de los y las pacientes, sigue reproduciéndose un papel pasivo de estos aún dentro de la muy bien intencionada bioética promovida por la Caja.
12. Para efectos de este estudio, se omiten los datos cuantitativos aportados por los dos Informes, y nos hemos quedado únicamente con los señalamientos que los autores apuntan, lo que está mal. Ante todo se persigue mostrar una línea de argumentación presente en los informes y así sustentar el presente análisis.
13. Las valoraciones contenidas en ambos Informes corresponden al 2011 y años anteriores, al momento de concluir el presente estudio, es posible que algunas de esas valoraciones hayan sufrido modificaciones de las cuales no vamos a dar cuentas acá. Otras es posible que perduren.
14. Cf. "CCSS se endeuda con banco para poder mantener servicios" (*La Nación, El País*, 4A, 3/II/2012).
15. Los dos Informes reiteran males y desacciones que se han denunciado con anterioridad, como lo ilustra la *Encuesta de Opinión Pública* de la Escuela de Matemática, UCR (2007, 2011).
16. El Informe de la OPS señala el mérito de la Seguridad Social de lograr cohesión social en nuestro país, pero ésta idea lo único que enfatiza es un efecto de una serie de acciones de las cuales las personas aseguradas se ven beneficiadas al margen de su participación o inclusión en las decisiones políticas (vivimos en un país democrático), por lo que la cohesión social es sólo una excusa para justificar un juego de representaciones, como venimos señalando. "Se espera que los antecedentes proporcionados en este Informe contribuyan a la formulación de políticas que se orienten a dar sostenibilidad financiera a la CCSS, preservando los principios rectores del sistema en cuanto a garantizar el derecho a la salud y la cobertura universal." (OPS, p. xiv).
17. "En términos generales, el Seguro de Salud carece de una información integral, eficiente y eficaz, tanto a nivel central como local, particularmente en cuanto a los costos que implica efectuar ciertas intervenciones o programas." (OPS, p. vii).
18. En febrero del 2013 se creó el Observatorio Ciudadano de la Caja, por iniciativa de unos cuantos ciudadanos y con el propósito de "empoderar a los ciudadanos y a proponer soluciones concretas en una institución que es el corazón de nuestro estado social de derecho,..." (*Semanario Universidad*, #1980, 20/II/2013). A fines de ese mes, once agrupaciones (sindicatos y cooperativas) presentaron diez medidas para salvar la Caja a la Junta Directiva de dicha institución (Cf. *La Nación digital*, 28/II/2013). Y finalmente, la Asociación Nacional de Asegurados impulsó un referéndum sobre la CCSS (Cf. *La Nación digital*, 28/II/2013). Acá vamos a dejar de lado los logros de cada iniciativa, pero lo que sí queremos hacer notar es el interés de la ciudadanía (de unos grupos, al menos) por intervenir y dar su parecer.
19. No obstante, ambos Informes mencionan un comportamiento de la clase media, la cual acude menos a la medicina pública y *consume* medicina privada, al igual que la educación privada,

en virtud de su poder adquisitivo. Sin embargo, la importancia de esta tendencia es relativa al financiamiento de la Seguridad Social y no otra cosa.

- 20.** La categoría de asegurado o asegurada tiene un efecto homogeneizador, y resulta muy útil para ciertos efectos. Sin embargo, como cualquiera otra categoría homogeneizadora, obvia la particularidad de las experiencias de cada persona asegurada, muchas de las cuales son negativas, y son estas experiencias las que quiebran ese efecto homogeneizador de las categorías, porque cuando son asuntos que dejan de aparecer o aparecen muy mediados por otros asuntos, como es el caso de los Informes acá tratados.
- 21.** Luego de los Informes entregados en el 2011, varias acciones provenientes de la ciudadanía han aflorado: la convocatoria realizada por la Asociación Nacional de Asegurados para un referendo acerca de la composición de la Junta Directiva de la CCSS (*La Nación*, 21/08/2012); la colaboración proveniente de agrupaciones civiles para salvar la CCSS (*La Nación*, 20/02/2013) y más recientemente, la creación del Observatorio Ciudadano de la Caja (*Semanario Universidad*, 20/02/2013, edición 1980).
- 22.** "Las categorías ocupacionales que tienen mayor incidencia y explican el 55.4% del crecimiento del gasto total en remuneraciones en el periodo son: médicos en funciones sanitarias (22.7%), enfermeras licenciadas 12.1%), tecnologías en salud (11.6%) y auxiliar de enfermería 9%)." (OPS, p. xii).
- 23.** El biombo consiste en "que el médico cobra al asegurado de la CCSS por atenciones, fundamentalmente intervenciones quirúrgicas, que realizan en instituciones públicas." (A. Sojo, p. 99).
- 24.** En noviembre del 2011, en un mismo día se publicaron tres artículos relativos al régimen salarial del cuerpo médico que labora para la Caja: "Sectores ven con recelo más turnos ordinarios"; "Especialistas ejercían su disponibilidad vía telefónica"; "Médicos de la CCSS ganan más por pluses que por salario ordinario" (*La Nación*, El País, 29/X/2011).
- 25.** Por supuesto, el rechazo de la acusación no ha faltado. José Luis Loría ha aclarado que han sido las "prácticas viciadas de un pequeño grupúsculo de mercaderes de la enfermedad, que laboran para la CCSS y que siendo pequeño mancha al conjunto del gremio." (*La Nación*, Foro, 27/02/2013, p. 33 A).
- 26.** "Los ciudadanos parecen relegados al papel de espectadores en la política de los mercados y por lo tanto, no están involucrados en la deliberación pública." (R. Malone, p. 75).
- 27.** Cf. *La Nación*, 16/08/2012, <<http://www.nacion.com/2012-08-16/ElPais/Mas-de-600-medicos-realizan-labores-administrativas-en-CCSS.aspx>>. Si bien este enlace conduce a la página del diario *La Nación*, el resultado que arroja es nulo, no obstante, en otros sitios web se da el enlace respectivo, como el siguiente ejemplo: <<http://rimix.com/portal/2-8667-mas-de-600-medicos-realizan-labores-administrativas-en-ccss>>.
- 28.** "Es por ello un pensamiento eminentemente transgresor y enfrentado, aunque no en el sentido peyorativo de quien viola un precepto o contrapone beligerancias irreductibles, sino en cuanto que la reflexión traspasa enclaves y rebasa tiempos,..." (José María García Gómez-Heras, 2013, p. 318).
- 29.** El término reconocimiento es usado en un sentido denso, queriendo significar formas de interacción social que garanticen y fortalezcan las actuaciones de los diversos agentes involucrados de acuerdo con los derechos y según las regulaciones de la vida institucional (la cual es susceptible de ser evaluada en la tarea de ejercer ese reconocimiento). Por lo tanto, no se reduce a tomar nota de sus pareceres, sino de asegurar (abrir, propiciar) formas de participación efectiva. Así entendido, el reconocimiento atañe a todas las prácticas sociales y por ende, se convierte en un asunto político.
- 30.** Anteriormente mencionamos que la vida institucional supone la competencia de los y las ciudadanas para la vida social. Dicha competencia no ha de ser objeto de disminución bajo ningún

aspecto. Por lo que una comprensión de la persona asegurada ha de evitar unilateralidades y ha de extenderse hasta el punto que las particularidades tengan cabida.

31. La idea de ampliación de la moralidad que acá pensamos es un enriquecimiento del clima moral de los sitios clínicos a través de varias estrategias, entre ellas leyes y procedimientos. Sin embargo, antes de pensar en más normativa, habría que considerar la *actuación moral* de las personas aseguradas, que sea objeto de fortalecimiento a través de la vida institucional de la Caja, de manera que sus materias gocen del debido tratamiento, pero también que su potestad moral gane reconocimiento en lugar de ser adormecida con cifras abrumadoras o con asuntos administrativos que escapan de sus manos.
32. Para Jean Ladrière la bioética es una "instancia de juicio" (2000, p. 201) y Diego Gracia afirmó que era un "proceso de deliberación acerca de los fines individuales y colectivos de la vida humana" (1999, p. 40).
33. "Pues el dominio de reglas técnicas [la experticia en materia de procedimientos médico-quirúrgicos] no garantiza la competencia práctica y mucho menos la competencia moral. Ésta ha de ser desarrollada por los mismos." (Teresa López de la Vieja, 2008, p. 249).
34. "La pregunta de fondo es, si esta orientación que enfatiza el déficit y en la cual la moralidad civil podría ser vista como un producto secundario o, una externalidad negativa del funcionamiento del mercado, es útil para las causas de preservar las instituciones democráticas y promover el compromiso cívico." (R. Malone, p. 75).
35. K. A. Appiah (2007, p. 108) apunta que tomar en serio la autonomía de los sujetos tiene implicaciones políticas como la de considerar a las personas como fines en sí mismos, y de esa manera podría imaginarse otro clima moral para la Seguridad Social, en lugar del actual. "... porque nuestro yo arrastra cargas y está inserto en una sociedad, usamos nuestra autonomía para proteger y preservar una amplia gama de compromisos que exceden nuestra individualidad." (p. 306).
36. Para mayor detalle, puede consultarse el sitio web <http://www.cendeiss.sa.cr/etica/01-PRESENaa.html>.
37. Por supuesto, que algunos casos de mal praxis recibieron mucha atención por parte de las autoridades, el más sonado ha sido el de las ciento quince personas sobreirradiadas de cobalto del año 1996. En esa ocasión, intervinieron las autoridades de la Caja, la Defensoría de los Habitantes, un comité de pacientes sobreirradiados y hasta la Agencia Internacional de Energía Atómica.
38. La profesora G. Arguedas publicó en el año 2009 un artículo acerca del paternalismo tecnológico al tratarse de la "relación tecnología-medicina-paciente", evidenciando que la autonomía de las personas no se agota con un acuerdo intencional de interacción entre los agentes, sino que el conocimiento especializado y su correlato tecnológico dados en los sitios clínicos provocan formas de exclusión (sólo los expertos entienden y manejan esa tecnología biomédica) e interfieren en el reconocimiento de la autonomía de los y las pacientes.
39. No deja de llamar la atención que al respecto de la salud circulan una gran cantidad de comprensiones, unas más dominantes (con carácter de oficialidad) que otras (marginales, subordinadas), y con base en ellas se han construido prácticas curativas. No hay que ser particularmente entendido para darse cuenta que la práctica clínica al interior de la Caja sigue una idea biomédica de la salud que apenas ha sido tocada por otras concepciones que privilegian la potestad de los y las pacientes para con su salud, como es el caso de los estilos de vida saludable y la categoría de calidad de vida. Los apoyos políticos para visiones alternativas no han faltado, pero al interior de los claustros clínicos parece que las representaciones son otras. Como puede verse, no basta la identificación de faltas morales ni la resolución de dilemas, también el debate bioético se apaña con otros temas, o lo que es lo mismo, la preocupación por los dilemas clínicos no puede incurrir ingenuamente a pensar que no guardan relación alguna con otros asuntos.

40. Unos años atrás, en el diario *La Nación* apareció un artículo corto del Dr. V. Pérez consigna que “los usuarios de la CCSS van a esa Benemérita Institución a buscar al médico porque él es el que alivia y sana sus males.” (23/X/09). Con esta afirmación y otras del mismo calibre, se observa la percepción que un médico puede tener de sí mismo, y cómo percibe a las personas usuarias de la Seguridad Social, con una conducta que se resume a acudir al consultorio para que él (el galeno) sea quien le resuelva sus problemas de salud, ya que él o ella no pueden. Dicho artículo no fue refutado ni corregido, por lo que puede asumirse anuencia a dicha percepción.
41. Podría leerse el Informe de los Notables como el requerimiento de una intervención política para que las personas aseguradas no se vean privadas de la Seguridad Social. Una excusa muy noble que minimiza a los y las ciudadanas e impide ver otras dimensiones de la institucionalidad de la Caja.
42. A lo largo de las últimas décadas, en diferentes latitudes, ha ganado terreno el debate bioético dirigido a la cuestión social, a formas de injusticia o abuso cometidas contra poblaciones o grupos excluidos. Ya R. Macklin (*Acta Bioethica*, 2004) hizo una denuncia con un protocolo de investigación aplicado en países pobres, advirtiendo de un ejercicio de la autonomía muy comprometido. R. Malone, a quien hemos citado ya, sugiere que las políticas de salud escritas con lenguaje administrativo obnubila la dimensión moral de la atención sanitaria. El debate bioético se involucra en ello. Y en América Latina, no han faltado aportes: Jorge Álvarez (*Acta Bioethica*, 2003), Marcela Ferrer (*Acta Bioethica*, 2003), M. Ortiz y S. Palavecino (*Acta Bioethica*, 2005), Jorge Manzini (*Acta Bioethica*, 2005), Favio Rivas (*Acta Bioethica*, 2000), Raúl Villaroel (*Acta Bioethica*, 2009).