

Título: O Sistema de Saúde entre o Estado e o mercado na Costa Rica e América Latina.

Título: El Sistema de Salud entre el Estado y el mercado en Costa Rica y América Latina.

Ricardo de Lima Jurca
Doutorando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)
E-mail: rljurca@usp.br

Maria Izabel Sanches Costa
Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)
E-mail: belcost@usp.br

Aurea Maria Zöllner Ianni
Professora Associada da Universidade de São Paulo (USP)
E-mail: aureanni@usp.br

Resumo

O ensaio que apresentaremos argumenta que a reforma do sistema público de saúde na Costa Rica retirou o centro da “questão social” contemporânea da sociedade, deslocando-a para a relação entre o Estado e o mercado. Sob essa perspectiva, a lei e a moral convivem na atualidade com a mais avançada socialização institucionalmente dependente da ampliação do acesso e da incorporação de processos biotecnológicos. De tal forma que o crescente consumo de bens e serviços de saúde da população emerge como forma de vida comum, e que a universalização da saúde contemporânea se vê desafiada pelo cidadão consumidor.

Palavras-chave: Estado. Mercado. Produção Social da Saúde.

Resumen

En el presente ensayo se sostiene que la reforma del sistema de salud pública en Costa Rica retiró el centro de la "cuestión social" de la sociedad contemporánea, trasladándola a la relación entre el Estado y el mercado. Desde esta perspectiva, el derecho y la moral viven hoy con la más avanzada socialización de la ampliación del acceso y la incorporación de procesos biotecnológicos. De modo que el aumento del consumo de bienes y servicios de salud de la población emerge como una forma de vida común, y la universalización de la salud contemporánea es desafiada por el ciudadano consumidor.

Palabras clave: Estado. Mercado. Producción Social de la Salud.

Introdução

Os processos de saúde e doença na América Latina e, principalmente sua relação com as transformações socioeconômicas, têm despertado muito interesse de profissionais das ciências sociais¹. Em especial quando a “questão social²” e as políticas voltadas para a proteção social sofrem reconfigurações nos sistemas universais de saúde.

Se por um lado, políticas públicas à saúde incorporaram ideais como direito universal e dever do Estado, criando um sistema de saúde único, estatal e descentralizado como no Brasil, por exemplo; por outro, a emergência das políticas neoliberais e da globalização, junto com a aceleração do desenvolvimento tecnológico, provocam a necessidade de repensar a saúde como política pública social.

Donnangelo (1976, p.30) nos mostra que para analisar a “especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classe” é necessário romper com a suposta concepção de neutralidade deste campo face ao seu objetivo científico e ao capital. Seguindo seu raciocínio, esta tarefa implica na superação em olhar a medicina apenas como técnica e, assim, compreender seus significados econômicos, políticos e sociais. Isto quer dizer que é necessário compreendê-la no contexto as conjunturas socioeconômicas para, assim, identificar as formas de penetração do capital em suas instâncias.

Partindo-se dos pressupostos de Donnangelo (1976), e tendo como universo a América Latina e Caribe, lançamos a perspectiva da questão social contemporânea, tomando por referência os usuários dos serviços de saúde em Costa Rica, abordando três situações vivenciadas por eles atualmente:

“1. Una mujer embarazada de nueve meses - indígena bribbí de Talamanca – puede o no tener acceso al centro de salud por su ubicación geográfica.

2. Si la mujer bribbí tiene acceso, lo ideal es que la atención sea pronta y oportuna; pero si no hay en el centro un profesional de la salud, en este caso, una enfermeira ginecobstetra o una médica

¹ Para estudos sobre o campo das ciências sociais em saúde no Brasil, ver Canesqui (2007) e Ianni (2015).

² Telles (1996) afirma que “a questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação”. Se a noção de questão social havia se notabilizado, sobretudo, no debate francês acerca do Estado de bem-estar (Castel, 2010 [1995]), o índice das contradições da modernidade política e econômica (Telles, 1996) nos levava a um horizonte crítico, ainda que paradoxal, pela criação e progressiva extensão dos direitos da cidadania nas relações sociais.

ginecóloga, y sí se añade a esto, la carência de material sanitario – medicamentos – y una mala relación operador sanitario y paciente, entoces habría un serio problema de asignación y transferencia de recursos.

3. Tenemos un ascenario lamentable, que en término del modelo de traduce en mala calidad e ineficiencia” (ALLEN, 2013, p. 141-142).

Essas três situações sanitárias concretas, relatadas no livro *Privatización de la Salud Pública en Costa Rica y América Latina* da filósofa Ana Rodriguez Allen, assinalam ao mesmo tempo o grau de relevância e algumas dificuldades enfrentadas na trajetória do indivíduo pelo sistema de saúde na América Latina e Caribe. Relevância, pois com base no processo vivido pelo usuário na busca pelo acesso à saúde, assinala-se ali a centralidade das normas em conflito entre a medicina social e a medicina gerenciada, especificamente depois da Reforma do setor saúde na região de Talamanca, maior região indígena do país³.

A mulher bribrí de Talamanca seria, então, constitutiva da expansão da gestão do social pelo sistema de saúde costarriquense, construído a partir de um ideal normativo que conflita com os princípios éticos formados segundo a concepção do modelo preventivo ao longo da história⁴. Tratar-se-ia de uma noção social diretamente vinculada a correlação de valores e princípios do direito à saúde universal atualmente borrados pela emergente reforma dos serviços públicos sanitários.

³ Costa Rica possui por volta de 4.451.205 habitantes e 63% concentram-se na zona urbana. As mulheres representam 49.2% da população e a taxa de crescimento populacional é de 1.4%. Nos últimos anos: a mortalidade geral caiu para 3.4 por 1000 habitantes, principalmente devido à diminuição da mortalidade infantil que passou de 14.3 por 1000 nascidos vivos em 1995 a 8.8 em 2009, uma das melhores taxas do continente americano (SÁENZ, 2011).

⁴ O sistema de saúde de Costa Rica vem sofrendo transformações importantes desde os anos de 1940 até o presente. Entre 1941 e 1943 foi criada a Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); em 1949 criou-se o Derecho constitucional para trabajadores manuales e intelectuales a la protección contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; em 1956 houve a Ampliación de cobertura a familiares de los trabajadores afiliados; em 1961 promoveu-se a Universalización del seguro a toda la población (a realizarse en 10 años); em 1973 houve o Traspaso de los hospitales de la Junta de Salud a la CCSS Ley General de Salud (derecho a prestaciones en salud para todo habitante del país según las leyes y reglamentos); entre os anos de 1974-1989 houve a Introducción de la Medicina Empresa y la Medicina Mixta; em 1984 Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado para la cobertura de la población en condición de pobreza; entre 1992-1993 houve o início da reforma do setor da saúde que transforma o Ministerio de Salud em diretor do sistema de saúde e estabelecimento da Atención Integral à Saúde Básica; nos anos de 1997-1998 houve a criação dos Compromisos de Gestión (separação interna das funções de prestação e aquisições no CCSS) y Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas, além do início do funcionamento das Juntas de Salud; e nos anos de 2004-2006 foi realizado o reglamento para a Afiliación de los Trabajadores Independientes y Reglamento de Salud (SÁENZ, 2011, p. 5).

Olhando para essas três situações que acompanham a trajetória do usuário do sistema de saúde de Talamanca, Costa Rica, a partir dos modelos de medicina social e medicina gestionada, tentaremos nas próximas páginas esclarecer questões que são pertinentes para a compreensão da questão social diante da reforma do sistema de saúde costarriquense. Argumenta-se aqui que o centro da “questão social” da saúde contemporânea deslocou-se dos corpos dos “trabalhadores” para o corpo dos “consumidores”.

Nessa perspectiva, considera-se que as políticas sociais afastaram-se do universalismo do direito social e, hoje, pensam a proteção social sobretudo tendo como pano de fundo o consumo. O que não se reduz somente a uma questão política da emergente privatização dos serviços públicos de saúde, mas à especificidade da extensão da prática médica para as demais classes sociais.

Consequentemente, se por vezes a hegemonia político-ideológica se expressa através de interferências no plano da distribuição e do consumo de bens - que assume um caráter aparentemente independente das relações de classe - especialmente na medida em que podem antecipar-se a qualquer manifestação imediata de conflitos sociais -, é preciso considerar que, mesmo na incorporação dessa ordem de interesses pela sociedade, revela-se também a presença potencial das classes não hegemônicas como forças sociais. “Em outros termos, a compreensão da política social como parte do processo de controle dos antagonismos, implica que se apreenda o fato de que ela expressa, em sua realização e em suas modalidades, a relação das forças sociais ao nível das sociedades concretas” (DONNANGELO, 1976, p.45).

As três situações nos levam a reexaminar categorias e valores tradicionais dos sistemas de saúde, pois agora a preocupação gira em torno da busca de um direito cujo conteúdo e forma devem ser coerentes com os avanços biomédicos; um problema idubitavelmente decisivo no contexto da Reforma do Setor Saúde na Costa Rica e em qualquer região da América Latina e Caribe. Os mínimos e os máximos nos serviços para a saúde pública se estabelecem a partir das necessidades da população, suas características epidemiológicas e sua história sanitária, em relação com o desenvolvimento biotecnológico e as oportunidades equitativas de acesso à saúde (ALLEN, 2013).

Para melhor entender as relações entre a extensão da prática médica e a produção da saúde na Costa Rica: uma contribuição da literatura

No Brasil, a literatura sobre saúde dos anos 1970 interessada na questão social incide sobre a relação médico-paciente organizada como uma extensão da prática médica. Donnangelo e Pereira (1976)

definem a medicalização da sociedade partindo da incorporação tecnológica na saúde com novos recursos de diagnóstico e terapêutica, balizadores da relação entre o médico e seu objeto de trabalho, a clínica, consideram esse processo um projeto intrinsecamente político, de reestruturação da sociedade.

Donnangelo (1975) abriu a possibilidade de novas agendas de estudos no campo da Saúde Pública que buscavam compreender os novos desenvolvimentos dos meios de trabalho estreitamente relacionados apenas às condições institucionais sob as quais se exerce o trabalho médico. Em Saúde e Sociedade (1976, p.33) a autora diz que a “mudança consistente na progressiva substituição da prática profissional isolada pela prática grupal” traz consigo aspectos da extensão da prática médica, que também se manifesta como “(...) a ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico” (opcit, 1976, p. 33). Neste sentido há, nos termos de Donnangelo (1976, p. 33), a “extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la”, ou seja, a normatividade médica extrapola as instituições específicas e ganham dimensão concreta no social.

Na Costa Rica há referências na literatura que partem de trabalhos do período final dos anos 1990, quando houve a introdução dos compromissos de gestão da Reforma com a desconcentração territorial dos hospitais e clínicas, e, mais recentemente, nos anos 2000, quando da adesão dos trabalhadores independentes às regras do regulamento sanitário (SÁENZ, 2011).

Apesar da dimensão estrutural do modo de produção capitalista na generalização do consumo em saúde atingindo todo o tecido social, o rigor metodológico da literatura brasileira dos anos 70 e 80 e a dos anos 2000 na Costa Rica, não se apega somente a uma única concepção de participação da medicina no plano concreto da reprodução social, vendo-a de forma compartimentalizada pelo viés econômico ou viés político ideológico. Segundo Donnangelo, “(...) é possível pensar a progressiva reorganização histórica da prática médica como inseparável de todo o processo de constituição da estrutura das sociedades capitalistas” (DONNANGELO, 1976, p. 47).

O trecho que segue tem a dupla tarefa de descrever, em linhas gerais, os principais deslocamentos da prática médica na extensão do social, da medicina social e da curativo-individual.

A transmutação da medicina social em medicina curativo individual

Una familia Bribri de Talamanca de Limón tuvo siete hijos: dos de ellos fallecieron antes de cumplir un año de vida por un cuadro infeccioso; três tienen problemas respiratorios

mientras que uno está sano y el séptimo está internado, en estado grave por dengue, en un hospital de San José.

La casa de esta familia, ubicada acerca del puesto municipal en un barrio marginal de Limón, no tiene, como el resto de vecindario, ni água corriente ni cloacas (ALLEN, 2013, p. 93).

O modelo de saúde baseado na medicina social e amparado nos direitos econômicos, sociais e culturais começaria a resolver o problema da família Bribri ao buscar uma outra opção de moradia, ou erradicando as zonas de aterro, promovendo a construção de uma rede água e esgoto potável e fortalecendo o programa de vacinações, que são os fatores responsáveis pelas mortes e doenças das crianças. Já, o modelo em mudança, curativo individual, baseado na doença e sustentado nos direitos civis e políticos, construiria uma clínica pediátrica no local.

O primeiro modelo atende as causas de 22% da população costariquense e o segundo se ocupa das consequências de 78% (ALLEN, 2013). Estas distintas formas de resposta e funcionamiento dos modelos condicionam a relação médico-paciente.

No modelo curativo, o médico assiste o indivíduo unicamente pelo prisma biológico⁵ da doença; busca uma falha em seu mecanismo, fora do contexto. No modelo social, o método é biográfico; o que se passa com o paciente agora tem uma história por trás. O paciente pode ter uma grave doença biológica e não obstante levar adiante seu plano de vida.

Isto aplicado à mais avançada socialização institucionalmente dependente da ampliação do acesso e da incorporação de processos biotecnológicos impõe a necessidade de reconhecer a individualização crescente das trajetórias dos usuários nos diversos estabelecimentos de saúde, inclusive quando os indivíduos ocupam posição sociais similares.

A produção da saúde, em ambos os modelos, foi assim incorporada às políticas, que integraram a estratégia institucional do governo costariquense centralizadora na saúde.

Seja no Brasil ou na Costa Rica, ao abordar desta maneira a dinâmica da extensão da prática médica, a literatura latinoamericana mostra estar ciente de que estão em jogo concepções conflitantes e

⁵ O biológico é atribuído à esfera individual e clínica do processo saúde-doença, raramente à esfera do coletivo, bem como um conceito portador de objetividade (IANNI, 2012).

mesmo antagônicas de desenvolvimento social e nacional, com seus pressupostos políticos, ideológicos e científicos.

O que caracteriza o conflito do desenvolvimento social e nacional é a inviabilidade de ulteriores investimentos apenas na assistência médica individual. Assim como no Brasil dos anos 1980, “(...) coloca-se a possibilidade de uma relativa dinamização da participação das instituições de Saúde Pública na oferta de serviços, inclusive de assistência médica individual, dirigidos prioritariamente às populações rurais e às populações ‘marginalizadas’⁶ dos centros urbanos” (MENDES-GONÇALVES, 1986 [1994], P. 118).

O Sistema de Saúde entre o Estado e o mercado na Costa Rica

Caracterizando melhor o cenário, o sistema de saúde da Costa Rica é composto pelo: 1- Setor público: em grande parte dominado pela CCSS – Caja Costarricense del Seguro Social, gerido pelo Ministerio da Saúde e alguns Centros ligados a ele, como os Centros de Educación y Nutrición (CEN), os Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI), o Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), que atendem a população com carência nutricional e dependentes de substâncias psicoativas, 2- Instituições Privadas: os consultórios particulares, cinco companhias seguradoras, as cooperativas (organizações sem fim lucrativos contratadas pela CCSS), as empresas de autogestão, as clínicas e os hospitais privados. 3- O setor Misto: composto pelo Instituto Nacional de Seguros (INS) e responsável pelo atendimento dos acidentes de trabalho e de trânsito (SÁENZ, 2011).

Em síntese, o Seguro Social na Costa Rica começou como um sistema contributivo – prestações sanitárias – e de capitalização – pensões; quem não contribuía não tinha direito às prestações dos serviços. Posteriormente, através da legislação e da filosofia política do líderes de diferente governos se reconfigurou em um sistema universal, em teoria, todos teriam acesso aos serviços. A sua criação foi fundamental para a implementação de políticas públicas de saúde nos anos 1970.

Paradoxalmente a Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) é uma instituição de bem público que funciona como um sistema social de tipo curativo e pragmático, não preventivo, nem muito menos

⁶ O lugar que os marginais ocupariam na democracia e nas cidades brasileiras, assim como a relação entre pobreza, desenvolvimento e cidadania, sempre foi tema central da bibliografia especializada, com influência marxista (Kowarick, 1975; Oliveira, 1982).

favorecedor da autonomia dos pacientes. “Y esto es próprio de la tradición médica y no es produto de la Reforma del sector salud” (ALLEN, 2013, p. 95).

A crise do setor de saúde na Costa Rica “(...) sorprendió a algunos que percebían como se resquebrajaba el antiguo orden institucional e iba sustituyéndose por el nuevo” (ALLEN, 2013, p. 43). Um conjunto tão amplo de transformações não poderia deixar de impactar fortemente a população indígena em Talamanca, Costa Rica. O impacto do estabelecimento da atenção integral sobre as populações marginais teve ao mesmo tempo sua estrutura produtiva sobrecarregada pelo aumento dos custos que, segundo Allen (2013, p. 92), “(...) están relacionados, paradójicamente, con el declive de la mortalidad debido a la reducción drástica de las defunciones por enfermedades infecciosas”. Ou seja, provavelmente, os motivos da redução da mortalidade se encontram nas melhorias do meio ambiente, nas medidas higiênicas, no trabalho dos serviços de saúde e, sobretudo, na cidadania não consumista dos serviços de saúde e doença. A continuidade da reforma sanitária depende disso, da manutenção da qualidade de sua assistência para o século XXI, “(...) pero esto depende del nivel de riqueza del país” (ALLEN, 2013, p. 92).

A última frase expressa a crise que a Reforma Sanitária trouxe ao país. Ou seja, neste contexto, são os indicadores macroeconômicos que de fato põem em dúvida o papel do Estado de Bem-Estar na manutenção da Saúde Pública. Põe em dúvida, também, a ideia de que a cobertura sanitária universal deva basear-se na solidariedade, quando, no entanto, nenhuma das reformas estatais e em especial a sanitária foi capaz de por em prática programas preventivos eficazes e, ao mesmo tempo, controlar a explosão dos custos na saúde.

Assim, vem diminuindo a proporção de pessoas que entram no seguro obrigatório sustentado no princípio da solidariedade, porque este princípio já não é compartilhado pelos setores de classe média que durante muitos anos se beneficiaram dele para resolver suas próprias necessidades de saúde, e que hoje preferem ir aos serviços de saúde privados; que deixam um volume importante da população sem proteção, especialmente os setores mais pobres. Independentemente da renda, já não é sempre que se garante um mínimo digno de proteção à saúde. Tem ocorrido uma mudança na cultura costarriquense e na mentalidade dos cidadãos, especialmente na classe média, que em geral substituem o princípio da solidariedade social que os beneficiou no passado e que sustentou a maioria das suas conquistas pessoais

e profissionais pela ideia de que o bem-estar deve ser alcançado agora, mediante o esforço e as condições individuais (ALLEN, 2013).

Ocupa um lugar importante neste debate o dilema quanto aos programas de cuidados de saúde, se estes devem cobrir todos os riscos de vida a que estão expostos os cidadãos desde o nascimento até a morte, ou deixar isso nas mãos do mercado.

A Constituição da Costa Rica reconhece a obrigação do Estado "para buscar o maior bem-estar de todos os habitantes" (COSTA-RICA, artigo 50 *apud* ALLEN, 2013). O país ratificou as declarações e acordos internacionais sobre os direitos de programas da política de saúde e incluem como objetivo principal o fortalecimento dos setores mais vulneráveis da população. No entanto, mesmo que a Constituição seja clara sobre a obrigação do Estado para com as necessidades da população, é notável uma crítica persistente de vários setores sociais sobre a ineficiência das instituições do Estado e da Saúde Pública. Isto é, o Estado tem uma responsabilidade histórica como um estabilizador interno da economia e da política, e tenta garantir o vínculo entre as forças heterogêneas que o compõem. Essa missão bipolar também o obriga a atender às demandas de grupos econômicos e politicamente poderosos do *neolaissez-faire*, que às vezes interpretam as intervenções do Estado como desincentivo de investimento e de rentabilidade privada, exigindo que o estado se mantenha com suas intervenções *ex post facto*.

No sistema de saúde da Costa Rica, o setor de profissionais formados na concepção do modelo curativo-restaurativo da saúde tem visto fortalecer sua posição pela vigência da lógica do mercado. Este setor, de forma consciente ou inconsciente, tem persuadido a população para que compartilhe essa concepção e, conseqüentemente, modifique e aumente suas demandas de bens sanitários mais coerentes com os objetivos econômicos de grupos de interesse, seja em torno das necessidades reais das pessoas ou das características epidemiológicas nacionais.

Segundo Allen, no início do século XX, na Costa Rica não havia políticas públicas de saúde como as atuais, o conhecimento e o processo das doenças eram um mistério e os governantes não se sentiam moralmente obrigados a distribuir recursos para cobrir as necessidades de saúde da população. Hoje, o nível de sofisticação e interpretação dos dados disponíveis em matéria de saúde, permite calcular o valor monetário da vida humana para a elaboração dos protocolos sanitários. Um dos objetivos fundamentais da Saúde Pública é que os estudos estatísticos nacionais possam expressar a realidade que existe nas comunidades e nas famílias, de maneira que permitam, a quem toma as decisões, conhecer os perfis

diferenciais de saúde de diversos setores e grupos, segundo suas condições de vida. Há cem anos, isso seria impensável na Costa Rica, porque os dados disponíveis não haviam alcançado esse nível de desagregação (ALLEN, 2013).

Ao invés de politizar a questão social ou os pilares da vida comunitária, portanto, parece-nos que o híbrido entre o Estado e o mercado, na mediação do consumo da saúde, tem elevado em muito a intensidade do conflito latente da universalização da saúde, que se desenha na reconfiguração das proteções sociais. Trata-se de uma redefinição dos princípios da Saúde Pública que foram borrados pelas políticas estritamente econômicas de conexão de mercados mundiais e grupos de interesse na vida política latino-americana.

O cidadão consumidor e a questão social

Esse é um tema que aparece nas mudanças sociais contemporâneas no campo da saúde. Ainda mais quando se descobre que a doença é rentável. A lógica que prevalece é derivada de um contexto econômico de produção e consumo e na máxima dos direitos inalienáveis. É de se duvidar que o aumento dos custos na saúde se deva exclusivamente às mudanças no perfil epidemiológico do envelhecimento da população. Deveria ser incluído no programa de Reforma dos sistemas de saúde um diagnóstico profundo acerca da dinâmica do consumo.

Como demonstra a produção de Ana Rodríguez Allen nesse aspecto:

La continuada presión ejercida por la publicidad comercial de oferta de bienes y servicios en salud y enfermedad ha traído la medicalización de la sociedad y con ello una múltiple oferta de productos farmacéuticos, tecnologías médicas, hospitales, clínicas estéticas para no envejecer, para adelgazar o para prolongar la vida, etc., de tal forma que la población asustada, consume todo lo que se le ofrece como si consumiera hamburguesas, o Coca-Cola. Asimismo, este estallido de publicidad conduce a una educación sanitaria narcisista que va dirigida al individuo y no a la salud colectiva. Si se pudiera determinar la cantidad precisa de atenciones sanitarias que necesita realmente la población, con certeza la cantidad disminuiría el consumo actual (ALLEN, 2013, p. 217).

Desde 1970, era sabido, mediante as pesquisas elaboradas por uma empresa francesa CREDOC (*Centre de Recherches et de Documentations sur la Consommation*), que os responsáveis pelo aumento dos custos na saúde eram os médicos, os hospitais e as farmácias. CREDOC afirmava que as práticas médicas que demandam alta tecnologia, instrumentos sofisticados, adequada administração dos hospitais

e dos salários dos profissionais de saúde, geravam um ritmo acelerado de gastos. Porém, são muito poucos os estudos no país que incluem estas causas.

Segundo Donnangelo, o efeito desse processo de “modernização” promoveu uma “hierarquização das categorias sociais segundo um ‘quantum’ de consumo” (DONNANGELO, 1976, p. 44). Isto seria dizer que as populações de baixa renda estão no limite das necessidades de consumo. Qual seria esse limite? Ainda que essa contrapartida não se universalizasse de fato, o horizonte normativo (cognitivo e político) da resolução da “questão social” foi formulado nos termos do bem estar social, com certos limites à mercantilização das formas de vida, internalização do conflito de classe nos modos de conceber e administrar o Estado e na produção de comunidades nacionais que visassem homogeneidade interna⁷.

A incorporação da medicina à manutenção do corpo do “trabalhador” ainda tem uma importância “universal” na mentalidade industrial. Porém, considerando que as práticas sociais representam continuidades e rupturas, reflexos e reverberações dos sistemas de produção e consumo de uma modernidade radicalizada, é importante indagar quê saúde tem sido produzida senão aquela refém da medicalização da vida, da mercantilização dos corpos? Questão que se amplifica considerado o uso intensivo das biotecnologias e das tecnologias de informação e comunicação (IANNI, 2012).

Assim, a saúde vagueia entre valores biológicos e sociais, expande a esfera individual na oferta e procura dos serviços de saúde, de forma a incluir o indivíduo nas estruturas subpolíticas⁸ do sistema de saúde. E de modo a tornar a trajetória do usuário dos serviços de saúde em uma trajetória substancialmente paradoxal e simultaneamente informada, pela dependência da tecnologia, dos assessoramentos médicos, do consumo, das regulações dos serviços sociais, da moda na saúde e das informações especializadas.

Isto permite distinguir entre indivíduos que, como uma bolha, se beneficiam de uma redundância de suportes que lhes servem de apoio e que lhes transmitem inclusive um sentimento de despreocupação

⁷ Na sociedade salarial, a questão social teria sido pautada pelo esforço de mediação pública e estatal dos efeitos desiguais da acumulação capitalista, centrados na extensão nacional dos direitos civis, políticos e sociais (Marshall, 1967) compreendidos como a contrapartida universal do assalariamento (Donzelot, 1984; Rosanvallon, 2011).

⁸ Ulrich Beck (2010) argumenta que a subpolítica retoma e revê em novos patamares as questões relativas à proteção social, agora num cenário em que o trabalho, a família e o estado modernos estão em colapso, porque envolvidos por novas sociabilidades. A concepção de progresso normalmente causa uma transformação silenciosa das condições sociais de vida, fazendo proliferar outra política imperceptivelmente.

relativa frente a muitas vicissitudes da vida social, e no outro extremo, indivíduos que carecem de muitos desses apoios ou suportes sociais, que vivem na insegurança, e tentam construir “diques” ou “escudos” para proteger-se de um conjunto de riscos que percebem onipresentes (CASTEL, 2005, BECK, 2010).

Entretanto, também é possível observar pessoas que se encontram em uma situação intermediária, como em um nicho. O horizonte de ação dos indivíduos aproveita que se pode aproveitar, as possibilidades elásticas dos contextos biossociais. A sociologia dos indivíduos de Martuccelli (2010) ressalta que ter acesso à proteção social à saúde, por exemplo, é ter, em caso de pessoas de idade, uma família capaz de prestar-lhes ajuda, bem como ter, ou não, um lugar próprio e poder definir-se em uma situação de estabilidade. Os indivíduos individualizados não vivem à margem da sociedade (mesmo se colocado em um condomínio fechado), estão sempre no meio de um sistema complexo de interdependências.

Há mais de cinquenta anos os costariquenses se organizavam por questões como a democratização do voto e a extensão das garantias sociais da cidadania, questões que se consideravam, não faz muito tempo, fatos consumados no país. Porém, os costariquenses de hoje, que não se comovem facilmente com as decisões de seus representantes políticos, se sublevam como nunca, quando Miguel Ángel Rodríguez no ano 2000 pretendeu privatizar, por recomendação do Fundo Monetário Internacional (FMI), o Instituto Costarricense de Electricidad (ICE). As pessoas começaram a se dar conta de que seu futuro não se decide somente no seu país, mas em negociações com os organismos financeiros internacionais. Assim como a Reforma do setor sanitário, o sistema de eletricidade não entrou em um processo aberto de privatização, mas teve início com a concessão ao setor privado de alguns serviços importantes mediante a alteração política explícita do sistema legal.

Passamos a ser vítimas de nossos próprios êxitos na saúde: esperança de vida alta e baixa mortalidade infantil, como afirma Ana Rodríguez Allen (2013). A extensão da prática médica foi introduzida paulatinamente, quase que de forma imperceptível, junto à população, sem nenhuma resistência. A forma rápida com que foi introduzida e imposta a Reforma Sanitária na Costa Rica chegou ao ponto de fissurar o tecido social por causa do consumo na saúde, de tal forma que se poderia voltar à uma situação precária de saúde como a que sofreu o país antes de 1943. Os índices de saúde começam a cair atualmente e as reconfigurações institucionais não foram superficiais, uma vez que têm sacudido os princípios da proteção social, a saber, a universalidade e a solidariedade (ALLEN, 2013).

O médico Rodrigo Gutiérrez Sáenz⁹ no seu artigo “*Antecedentes de la enseñanza y práctica de la medicina*”, expressa sua preocupação com o rumo que está tomando o sistema costarriquense de saúde, e adverte que este está sofrendo forte tensões e que é provável que sua reconfiguração seja quase irreversível nos próximos anos, segundo as tendências do mercado.

(...) la organización (...) y el tipo de servicios que se entregan (...) la formación del personal para el Sector Salud y el financiamiento del coste de la construcción social de la Salud, ya no van a estar en manos de una o dos instituciones como pueden ser la CCSS y el Ministerio de Salud sino que en varios ámbitos se discute cómo deslindar lo que “se deja al Estado” y qué asumen los individuos y empresas privadas.

Las nuevas concepciones teóricas del modelo neoliberal procuran evitar que los Estados se vean cometidos en situaciones similares al período 1950-1980 y han desarrollado estrategias para trasladárselas a los individuos, mediante una preconizada descentralización y democratización, que a veces en lo que se transforma es en un traslado de obligaciones financieras, para que ahora las asuma la organización de la comunidad. En esa forma se favorecen las libres fuerzas del mercado, en donde ya no cabe el principio de solidaridad, la universalidad de servicios y entran a regir los términos de calidad, gerencia, gestión y la adjudicación de recursos. En esta forma, las deficiencias del sistema dejan de ser obligación y responsabilidad del Estado y traslada al individuo la obligación de ser eficiente para lograr insertarse en los nuevos niveles de bienestar, que en muchos casos son sinónimos de consumo, de modo que el valor social se transforma en capacidad de compra (La construcción de la seguridad social. Antecedentes de la enseñanza y práctica de la medicina. San José, C. R. EUNED. 2004, p. 147)

Podemos constatar, também, como de forma sutil começa a surgir um sistema de valores diferente do que se propogava no sistema de saúde costarriquense décadas atrás. Estas mudanças podem trazer efeitos indesejáveis; por exemplo, a percepção da saúde como um bem de consumo. Entretanto, estes

⁹ “En relación con este tópico dice Rodrigo Gutiérrez: Los médicos de los siglos XIX y XX, em Costa Rica, igual que lo fue en otras parte, les parecía aceptable y lógico que la higiene y la salud pública estuvieran separadas de la práctica de la medicina clínica. Esa fue la visión liberal dominante de ese entonces que se proyectará, hasta nuestros días, en un importante sector de profesionales. La visión del médico era que la “higiene y la salud pública son responsabilidad del Gobierno y de la gente”; al Estado le correspondía legislar, vigilar, inspeccionar y castigar las infracciones y a la gente el aseo de sus casas, de sus predios, alimentarse, educarse, cuidarse. Si se enfermaban. Esa era su profesión. El médico asistía al hospital de caridad para atender a los pobres, algunas veces sin cobrar salario. En esa ‘práctica hospitalaria’ adquiría experiencia y destrezas; atendía a ‘los pudientes’ en su clínica privada. También era lícito que el médico recibiera honorarios por atender, en forma particular, a un paciente pobre internado en los hospitales de caridad. Para los pobres de las ciudades y comarcas cercanas, que podían trasladarse por su cuenta, estaba el hospital y las unidades sanitarias. Para los más solventes, la consulta privada de los médicos y los servicios de pensionado en clínicas y hospitales privados o estatales. Para los pobres que no podían trasladarse y para la población rural, los conocimientos populares (...) y la Mano de Dios (...) La práctica liberal de la medicina se concebía como la de un abogado, un ingeniero o un farmacéutico, solo que los médicos tenían grandes ingresos porque eran pocos y sus servicios eran caros y muy apreciados. **La construcción de la seguridad social. Antecedentes de la enseñanza y práctica de la medicina** San José, 2004.

valores já são parte das sociedades desenvolvidas atuais e há de se perguntar se a formação dos profissionais de saúde favorece uma visão mercantilista da saúde (ALLEN, 2013).

A complexidade do sistema de saúde e a compreensão de sua Reforma superam as análises que a reduzem a uma emergente privatização dos serviços públicos e sanitários. A elaboração de epistemologias e categorias adequadas para a magnitude do problema que enfrenta a prática médica e que origina perplexidades e indecisões, as quais propiciam o caos e a desordem institucional, são aproveitados por grupos de interesses, pelo capital, em benefício próprio e em detrimento do bem comum.

Desta maneira, tais demandas não surgem dos valores do modelo da medicina social, das convicções morais da cidadania ou dos costumes e crenças comuns; o consumo parece ser a aposta para ocupar esse lugar. Definido assim: o que permanece no coração da análise é o fato de que o indivíduo, independente da situação de classe social ou região geográfica, é solicitado, e produzido, de maneira particular, pela mais avançada socialização institucionalmente dependente da ampliação do acesso ao consumo e à incorporação de processos técnicos e biotecnológicos.

Referência Bibliográfica

- ALLEN, Ana Rodríguez. Privación de la salud pública en Costa Rica y América Latina. 1ª Ed. Heredia C. R. Euna, 2013.
- CREDOC. Evolution de la structure des soins médicaux, 1959-1972. Paris, 1973.
- BECK, Ulrich. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo, Ed. 34, 2010.
- CASTEL, Robert. A insegurança social: o que é ser protegido? Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- _____. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 9. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e saúde no Brasil. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro & PEREIRA, Luís. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- DONZELOT, Jacques. L'invention du social: essai sur le déclin des passions politiques. Paris, Fayard, 1984. (Collection. L'Espace du politique).

IANNI, A. M. Z. Mudanças Sociais Contemporâneas e Saúde. Um estudo sobre teoria social e Saúde Pública no Brasil. Tese (livre docência). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo, p. 186, 2012.

_____. O campo temático das ciências sociais em saúde no Brasil. *Tempo Social*, v. 27, p. 13-32, 2015.

KOWARICK, Lúcio. Capitalismo e marginalidade na América Latina. Rio de Janeiro, Paz e terra, 1975.

MARSHALL, Thomas. Cidadania, classes e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTUCCELI, Danilo; SINGLY, François. Las sociologias del individuo. Santiago: LOM Ediciones, 2012.

MENDES-GONÇALVES Ricardo Bruno. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Editora HUCITEC – ABRASCO, São Paulo, 1994.

MIRANDA, G. La constucción de la seguridad social. Antecedentes de la enseñanza y práctica de la medicina. San José, C. R. EUNED. 2004

ROSANVALLON, Pierre. La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia. Buenos Aires. Manantial, 2011.

OLIVEIRA, Francisco. O espaço e o urbano no Brasil. *Espaço e Debates*, São Paulo, n. 6, 1982.

SAENZ, Lenín. 100 años de salud-Costa Rica: Siglo XX. San José. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

TELES, V. Questão Social: afinal do que se trata? *São Paulo em Perspectiva*, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.