

INFORMACIÓN HISTÓRICA BÁSICA DEL MINISTERIO DE SALUD

ELABORADO POR :
MSc. Miguel Hernández Garbanzo

1. HISTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD ANTES DE LA REFORMA COMO ENTE RECTOR

La gestación de lo que es hoy el Ministerio de Salud de Costa Rica, se inició, en 1907, con la inclusión, en el presupuesto nacional, de una partida para financiar una "Campaña Contra la Anquilostomiasis", con el apoyo de la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller. Sobre esta base se creó, en 1915, en la Secretaría de Policía, el Departamento de Anquilostomiasis.

Entre 1914 y 1920, fueron surgiendo otras dependencias precursoras del Ministerio, tales como: un Departamento Sanitario Escolar, para proteger la salud de los niños de 7 a 14 años, con actividades predominantemente preventivas; Colonias Veraniegas Escolares para niños cuya situación de salud arriesgaba deteriorarse; un servicio antimalárico y otro de profilaxis venérea, así como Clínicas Infantiles y Clínicas Prenatales, con actividades básicamente prenatales.

Para centralizar estas nuevas estructuras, se creó por Decreto Ejecutivo, en julio de 1922, la Secretaría de la Higiene y de Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Policía. Un año después, en marzo de 1923, se promulgó la Ley No 72 "Sobre Protección de la Salud Pública", que puede ser considerada como la primera Ley General de Salud del país. En ella se estableció que la dirección de los servicios de salud nacionales estaría a cargo del Estado, y que la responsabilidad de su atención en el nivel local correspondería a los Gobiernos Municipales.

En marzo de 1927, por Decreto Ejecutivo, se sujetó a la autoridad de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública el funcionamiento de los establecimientos hospitalarios y de las instituciones protectoras de la infancia. Estos organismos, que se habían desarrollado durante la segunda mitad del siglo anterior y el inicio del actual, depende del organismos de directores nombrados

por Hermandades y Patronatos, integrados por vecinos distinguidos de su localidad. Hasta entonces, habían funcionado bajo el control de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Después de esta larga gestación, el nacimiento del Ministerio, como "Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social", se produjo por Decreto Ejecutivo No 24 del 4 de julio de 1927. Además de las funciones encargadas a aquella Subsecretaría, se le asignaron las correspondientes al ramo de la beneficencia pública, y las que ejercía la Secretaría de Gobernación y Policía en relación con la higiene local.

La Ley No. 52 de 1923 fue sustituida, veinte años después, por lo que se denominó como "Código Sanitario de Costa Rica". En ésta se estableció que la protección de la salud pública es función del Estado, y se encargó al Secretario de Estado de Salubridad Pública y Protección Social, la "Suprema Dirección de los Servicios de Higiene y Asistencia de la República, así como la centralización o coordinación de todas las actividades nacionales, municipales y particulares de Sanidad Pública y Protección Social". Esta Ley fue sustituida, en noviembre de 1949, por un nuevo Código Sanitario, promulgado mediante Decreto No. 809 de la Junta Fundadora de la Segunda República. Este transformó en Ministerio a la Secretaría de Salud Pública y Protección Social, y reestructuró sus dependencias, agrupándolas en departamentos técnicos y en organismos especializados, denominados "Luchas", destinados a combatir las enfermedades venéreas, la lepra, la tuberculosis y el cáncer. Lo que fue, inicialmente, una quinta Lucha, pasó a convertirse en el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, al que se dotó de una administración con gran autonomía y flexibilidad, que se convirtió, posteriormente, en la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS).

En este proceso de reestructuración, surgieron dos direcciones generales en el Ministerio: la de Salubridad, responsable de coordinar y conducir la acción de las dependencias anteriormente mencionadas; y la de Asistencia Médico Social, responsable de la planificación, coordinación, dirección técnica, distribución de

recursos financieros y fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica sostenidas o subvencionadas por el Estado, y de los servicios de protección social a su cuidado, así como de la vigilancia técnica de instituciones análogas mantenidas con fondos particulares. Para apoyar la acción de esta última Dirección, se creó el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, que era, oficialmente el responsable de aprobar la asignación correspondiente de recursos. Cabe comentar que, a pesar de que las "Luchas" dependían jerárquicamente de la Dirección General de Asistencia Médico Social daba a ésta gran injerencia sobre ellas.

A principios de la década de los años 70, como un paso inicial hacia la integración de todos los servicios de salud, que se venían planteando desde hacía alrededor de 15 años, se unificaron las dos Direcciones Generales del Ministerio, para constituir la Dirección General de Salud. Esta unificación representó el comienzo de una segunda reestructuración, para lograrla fue necesaria una gran reforma legal, que generó la "Ley General de Salud" y la "Ley Orgánica del Ministerio de Salud". Como parte de esta reforma, también se promulgó la Ley No. 5349, del 24 de setiembre de 1973, que autorizó el traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social de los hospitales bajo la conducción y dirección de la Dirección General de Asistencia Médico Social.

Con la implementación de esta Ley, entre 1974 y 1978, se produjo, de hecho, un esquema informal de prestación de los servicios de salud, que dejó a la C.C.S.S las funciones de recuperación y rehabilitación, y al Ministerio, la dirección del Sector de Salud, la vigilancia epidemiológica, el saneamiento ambiental y otros servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social modificó profundamente su estructura, y sus funciones se concentraron en la distribución y administración de recursos financieros.

Cabe destacar que, en la década de los 70, con base en la definición de un conjunto coherente de políticas y estrategias y un fuerte proceso de planificación

conducido por el Ministerio, se logró una mejoría sustancial de la situación de salud y un acelerado proceso de transición epidemiológica, desde la patología propia del subdesarrollo hacia la de industrialización. Especial papel, en la obtención de estos logros, desempeñó la creación de los "Programas de Atención Primaria de la Salud".

Con base en la Ley General de Administración Pública, promulgada en 1978, al final de esa década e inicios de la siguiente se formalizaron los esfuerzos de organización de las instituciones públicas para conformar Sectores bajo la Rectoría de un Ministerio, por medio de decretos ejecutivos. Sin embargo, el avance efectivo, en este sentido, fue bastante lento.

Al inicio de la década de los 80, la crisis sufrida por el país repercutió severamente sobre el Sector Salud y, ante ella, el Ministerio buscó nuevas estrategias, para lograr una acción más eficaz y un uso más racional de los recursos. Una gran parte de su actividad la orientó, inicialmente, a incrementar su coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, y a buscar mecanismos para integrar funcionalmente un Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, concentró en interés en un proceso de desarrollo de desconcentración, en el que dio prioridad a las áreas de administración de suministros, financiera-contable y administración de personal. Además, colaboró con la C.C.S.S, en la búsqueda de nuevos modelos de atención, tales como el pago de servicios de atención médica por capacitación, la compra de servicios a cooperativas de autogestión y el desarrollo de posibles sistemas alternativos de atención en coordinación con el Instituto Nacional de Seguros.

Dentro de un proceso mundial de globalización de la economía, en los últimos años de la década de los 80 y en los primeros de la de los 90, los mayores esfuerzos del Ministerio se han orientado, en el contexto del concepto de Reforma del Estado, a una reforma integral de la institución con el propósito de que ejerza la rectoría en la producción social de la salud.

2. DATOS HISTÓRICOS RECIENTES DE LA REESTRUCTURACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD COMO ENTE RECTOR.

La reforma del Ministerio de Salud, concebida como su fortalecimiento y desarrollo, forma parte del programa de reforma del Sector Salud, el que a su vez se inscribe en el programa de reforma del Estado, vigente a partir de mayo de 1991¹.

La base legal de los orígenes de esta reforma se encuentran en la “Ley para el Equilibrio Financiero del Sector Público” N° 6955 del 24 de febrero de 1984², que obliga al Poder Ejecutivo a “...organizar una evaluación completa de programas e instituciones de todo el Sector Público”.

Además, las comisiones que se formen para tal efecto rendirán “...un informe final, que comprenderá recomendaciones concretas sobre:

¹ A partir de esta fecha, en la Administración Calderón Fournier el proceso de reforma del Estado estará a cargo de una Comisión Presidencial presidida por el Ministro de la Presidencia y compuesta por los Ministros de Hacienda, Justicia, Economía y Comercio, Planificación, el Presidente del Banco Central y el Director del Programa de Reforma del Estado. A esta Comisión le corresponde emitir lineamientos, directrices y políticas en materia de reforma estatal, y coordinar el proceso de reestructuración del aparato público institucional, con atribuciones de crear comisiones y subcomisiones específicas para realizar análisis presupuestarios y funcionales por sector y actividad temática y corresponde al titular de la Presidencia la responsabilidad política del fenómeno de la reforma del Estado. Para ello se crea una Secretaría Técnica conformada por el programa de Reforma del Estado, a cargo del Dr. Carlos Vargas Pagán y un equipo técnico de soporte y un equipo de profesionales que pertenecían a la Antigua Autoridad Presidencial creada en mayo de 1990. Esta Secretaría Técnica contará con la colaboración, asesoría e información de los Ministerios de Planificación Nacional y de Justicia, en los campos de su competencia; además, para llevar a cabo el programa se define que la Fundación de Cooperación Estatal (FUCE) funja como unidad ejecutora encargada de realizar las contrataciones de expertos y agente de pago. (Presidencia de la República, Ministerio de la Presidencia. Programa de Reforma del Estado, pag.36 y 37, mayo de 1991).

² La ley fue aprobada para cumplir obligaciones contraídas con el Fondo Monetario Internacional relacionadas con el gasto público, y poner en ejecución el programa de recuperación económica apoyado por el Banco Mundial. En esencia, esta establece una serie de medidas concretas orientadas a reducir el gasto público, elevar los ingresos del Gobierno, vender empresas productivas y maquinaria del Estado, e incentivos a la exportación de productos y a la inversión extranjera, y para tener derecho a los recursos financieros tipo stand by del FMI.

Además, la evaluación institucional pública que ordena el art. 37 estará a cargo de la Comisión Presidencial (Presidencia de la República, Ministerio de la Presidencia. Programa de Reforma del Estado, pag.36, mayo de 1991)

- Clara definición de los objetivos de la institución y de sus programas e instituciones de todo el sector Público”.
- Grado de cumplimiento de los objetivos para los cuales se creó la institución, así como de sus programas.
- Eliminación, fusión o cambio de los programas.
- Acciones que tomará sobre los ingresos y la racionalización del gasto.
- Reestructuración administrativa de las instituciones para que logren sus objetivos en la forma más racional y económica.
- Justificación para que continúe funcionando la institución.

Además de lo anterior, el decreto N° 20262-PH-RE-S, que regula la aplicación de esta ley, establece que estas comisiones se deben abocar también a analizar otras medidas necesarias para lograr los objetivos de la reforma del Estado. Además, el Programa de Reforma del Estado (mayo de 1991) en sus págs. 19 y 20, reafirma lo anterior y establece la formación de comisiones institucionales y sectoriales que preparen propuestas destinadas a lograr:

- 1) “Ejecutar una propuesta reestructuración institucional del Sector”.
- 2) “Un ahorro presupuestario, producto de la reestructuración...”
- 3) “Una mayor eficiencia en el sector”.

Agrega además, que el análisis y evaluación que deben realizar las comisiones es a nivel institucional y sectorial, lo que implica la conformación y funcionamiento de comisiones en estos niveles.

De esta manera, para el Sector Salud se crea la “Comisión Sectorial de Salud, integrada por el Dr. Uriel Badilla Fernández, el Lic. Carlos María Campos y el Lic.

Alvaro Vindas, constituyéndose como principales insumos del trabajo encomendado, las evaluaciones y recomendaciones consignadas en los informes elaborados por las diferentes comisiones institucionales creadas para tal efecto.

Para ese entonces y a partir del año 1990, por disposición expresa del Viceministro de Salud Dr. Manuel Ángel Vargas Cortes, se inicia la evaluación del Ministerio de Salud, con la constitución de una Comisión Interna de Reforma Administrativa, coordinada por la Dirección de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud³.

En su trabajo, esta comisión institucional "...se apoyó, principalmente, en las recomendaciones de dos foros sobre salud realizados a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, en el programa de reforma del Estado y en las directrices, primero de la Autoridad Presidencial de Reforma del Estado (APRE)⁴, posteriormente en las del Mideplan, así como en estudios propios sobre la realidad de la Institución"⁵

³ Esta Dirección fue creada mediante disposición ministerial N° DM-061-90 del 10 de mayo de 1990, conformada por el Departamento de Desarrollo de Sistemas y Reforma Administrativa (antes Departamento de Organización y Eficiencia Administrativa), y el Departamento de Capacitación, Investigación y Formación de Recurso Humano (antes Dpto. de Capacitación).

⁴ El 25 de mayo de 1990, la Autoridad Presidencial para la Reforma del Estado, bajo la autoridad del Ministro sin cartera, Dr. Johnny Meoño Segura, realiza la Primera Reunión sobre Reforma del Estado. A esta asistieron, además del señor Meoño, el Lic. Rafael Calderón Fournier, Presidente de la República., el Master Helio Fallas, Ministro de Planificación Nacional y Política Económica, El Lic. Luis Javier Guier Alfaro, Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros, el Dr. Thelmo Vargas Blanco, Ministro de Hacienda, personal de la APRE, directores de las secretarías ejecutivas de planificación sectorial, jefes de departamentos de planificación, jefes de departamentos o asesorías legales y jefes de departamento de planeamiento administrativo. (APRE: Primera Reunión Técnica Sobre Reforma del Estado: Documento de Trabajo, mayo de 1990).

Los objetivos de esta reunión fueron los siguientes: "1) Lograr que los participantes tengan una visión precisa acerca de la importancia que se le asigna en la presente administración en el campo de la reforma", 2) lograr que los participantes interioricen el rol que les corresponde jugar en la reforma del Estado, como agentes activadores de los procesos en sus respectivos ámbitos y como asesores de sus respectivos jefes, 3) lograr que los participantes elaboren un esquema general del plan de trabajo por sector" (APRE, pag.2, 1990).

Los grupos de trabajo que se conformaron debían realizar un análisis y discusión de dudas sobre el Programa de Reforma del Estado, elaborar un esquema general de plan de trabajo por sector y presentación al plenario los planes.

⁵ Lic. Rodrigo Meneses Castro, Director Dirección de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud. Comunicación directa.

Para el año 1991, los resultados de la evaluación y las respectivas recomendaciones a que llegó esta comisión institucional, fueron enviados a la Comisión Sectorial de Salud. Ésta, tomando en consideración este informe, y los remitidos por las comisiones de las otras instituciones del sector, elaboró un informe final sobre el funcionamiento global del Sector Salud, sus problemas, y las reformas que se deben realizar en cada institución del sector, y lo remitió al Consejo de Gobierno para su valoración.

Según el Programa Nacional de Reforma del Sector Salud⁶, los principales problemas del sector a que llega esta comisión, son los siguientes:

- No existe un proceso de planeamiento integral de actividades sustantivas, diseñado dentro de una perspectiva de acción sectorial que indique su subsecuente desagregación institucional.
- No opera una instancia de control y evaluación integral sectorial, pues falta seguimiento, monitoreo y medición del impacto de las actividades que se llevan a cabo.
- El Ministerio de Salud no ha podido asumir de lleno su función rectora dado que la legislación que regula su accionar adolece de un enfoque completo e integral de salud (por ejemplo: la Ley General de Salud deja fuera del ámbito del Ministerio la prevención en el área de salud ocupacional). Además, no cuenta con mecanismos legales que le permitan llevar a cabo la coordinación de los entes y programas del sector.

⁶ Ministerio de Planificación Económica y Política Económica y Programa de Reforma del Estado: Programa Nacional de Reforma del Sector Salud (documento de trabajo, primera versión), marzo de 1992.

- Hay atomización organizacional, producto, en buena parte, de abundancia de normas jurídicas e insuficiencia de procedimientos gerenciales consistentes y oportunos.
- No hay una clara responsabilidad en materia de atención de trabajadores accidentados o con enfermedades profesionales. Muchas disposiciones jurídicas (como es el caso de la salud ambiental, salud mental, alcoholismo y farmacodependencia, quedan bajo la jurisdicción de otros sectores sin que se hayan creado los mecanismos adecuados para la coordinación de acciones, sobre todo con el Ministerio de Salud, como ente rector.
- Hay superposición de cobertura poblacional y duplicidad de servicios, así como de estructura administrativa.
- Hay actividades similares en el área en el área de la investigación en salud en diferentes instituciones del sector, sin contar con una política común y mecanismos sectoriales de coordinación.
- En el sector salud se encuentran áreas y actividades similares entre el INCIENSA del Ministerio de Salud, el Instituto de Investigaciones en Salud y Areas médicas de la Universidad de Costa Rica y el CENDEISSS de la CCSS, sin haber una política común y un mecanismo sectorial que garantice una dirección y orientación integrada.
- No se cuenta con un proceso claro de políticas, normas y procedimientos relacionados con los recursos humanos, en cuanto , incentivos, reclutamiento y selección, distribución y capacitación.
- En materia de información, por ejemplo, hay abundancia de datos, básicamente estadísticos y contables, sobre un mismo aspecto o tema. El problema radica en la adecuada selección de la información, su

confiabilidad y oportunidad, afectando la toma de decisiones sobre todo en cuanto a proyecciones.

- El gasto público en salud ha decrecido y los indicadores de salud han sufrido el impacto de un rendimiento decreciente a causa e la inflación, como también la merma en los aportes en colones corrientes.
- La modalidad de administración presupuestaria en el sector ha seguido procedimientos tradicionales debido a las rigideces en su manejo, sin contar con un análisis de uso racional de los recursos donde más necesitan, y sin tener un control efectivo de gastos, según costos reales y cumplimiento de los objetivos previstos.
- Se ha dado un disminución efectiva de las coberturas de los programas del Ministerio de Salud por rigideces estructurales.
- No existe participación social amplia. Se requiere que la población asuma un rol importante, tanto en la promoción y prevención de su propia salud, como también en la definición, ejecución y evaluación de los programas que brinden las instituciones.

Además, se agrega que “ a principios de 1992 se revisaron los resultados de la evaluación sectorial y las respectivas recomendaciones, sobre las cuales se tomaron decisiones políticas importantes a nivel presidencial y de jefes del Sector MIDEPLAN), resultantes de los acuerdos establecidos...”⁷, de los cuales, afectan directamente al Ministerio, los siguientes⁸:

- Garantizar la rectoría del Ministerio del ramo, así como el rol del Ministerio de Salud en la planificación, conducción, control y evaluación sectorial.

⁷ Idem, pag. 24.

⁸ Idem, pag. 24,25 y 26.

- Consolidar los programas de atención integral de la salud, garantizando una real integración entre los servicios de prevención, promoción y desarrollo de la salud con los de atención de la enfermedad y la rehabilitación.
- Realizar las reformas administrativas que permitan la efectiva regionalización desconcentrando y fortalecimiento de los niveles regionales y locales.
- Desarrollar nuevos modelos de atención y financiamiento en salud y facilitar la prestación de servicios por terceros.
- Establecer un sistema de información de laboratorios para la vigilancia de la salud.
- Reformar y homologar la legislación vigente sobre aguas para establecer los mecanismos adecuados para el control de la calidad del agua.
- Establecer una nueva ley de presupuestación para la administración pública y la consecuente transformación y simplificación presupuestaria del Ministerio de Salud.
- Establecer una política unitaria de administración y formación de recursos humanos y llevar a cabo un plan de capacitación inmediata para facilitar la transformación del Sector.

A partir de estos acuerdos se emite, en el mes de marzo de 1992, el proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud⁹.

⁹ Bajo la coordinación de la Unidad Preparatoria del Proyecto, conformada por el Dr. Luis Asís Beirute como Director, el Dr Alvaro Salas Chávez como subdirector, Dra. Xinia Carvajal, coordinadora del Ministerio de Salud y el Ing. Sergio Carmona Roblero,

En la introducción del citado proyecto se establece que:

“El ministerio de Salud deberá asumir la rectoría de la salud del país, y la CCSS deberá asumir la prestación de los servicios integrales de salud a las personas”.

Además, el Ministerio de Salud :

Mantendrá y desarrollará programas de salud pública de trascendencia política y social...”

El producto esperado del proyecto, es una propuesta válida por las autoridades de salud que incluya:

- Una definición de la misión del Ministerio de Salud.
- Las funciones estratégicas que cumplirá el Ministerio rector y sus programas prioritarios.
- Los roles de las instituciones que conforman el Sector Salud.
- Los mecanismos de relación de las instituciones con el órgano rector.

Administrador, el proyecto fue preparado por un grupo de trabajo integrado por quince funcionarios de la CCSS, del Ministerio de Salud y de la OPS/OMS., y consta de cuatro grandes componentes: desarrollo de las funciones estratégicas de rectoría, estructura organizacional de financiamiento y presupuesto; desarrollo institucional y evaluación del impacto.

- La estructuración organizativa por niveles del Ministerio de Salud.
- La estructura presupuestaria.
- El plan estratégico de desarrollo institucional.
- El impacto político, social, económico, financiero y organizativo de esos procesos.

Posteriormente aparecen, en el mes de diciembre de 1992, el “Perfil Funcional”, en agosto de 1993 el “Sistema de Rectoría en Salud y Perfil Estructural Básico para su Gestión”¹⁰. Para marzo de 1993, la Presidencia de la República y el Programa de Reforma del Estado emiten, de manera oficial y definitiva, el “Plan Nacional de Reforma del Sector Salud”¹¹,

Además de lo anterior, mediante Ley N° 7374 del 19 de enero de 1994, se autoriza el traslado de los programas de atención preventiva del Ministerio de Salud a la CCSS, el respectivo recurso humano y los puestos y centros de salud.¹²

¹⁰ Estos tres productos fueron elaborados por grupos de trabajo conformados por funcionarios del Ministerio de Salud y de la OPS/OMS

¹¹ En la página 23 del citado programa se reafirman, entre otros, los siguientes lineamientos para el Ministerio de Salud: Promover el desarrollo de la organización institucional del Ministerio de Salud, de manera que se viabilice la efectiva rectoría a nivel sectorial; desarrollar las funciones estratégicas de dirección y conducción, vigilancia de la salud, regulación del desarrollo de la salud, e investigación y desarrollo tecnológico, en el contexto del Sector Salud y de las instituciones que lo integran; desarrollar las funciones rectoras de los programas de salud pública de Alimentación y Nutrición, Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano y Promoción de la Salud, los cuales, por su gran trascendencia política y social, serán ejecutados por el Ministerio: fortalecer la organización institucional del INCIENSA, reorientando su rol a las áreas de control de calidad y vigilancia de la salud.

¹² Mediante esta ley se aprueba un contrato de préstamo por UD\$42 millones, suscrito entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Gobierno de Costa Rica, que financia la construcción del hospital de Alajuela y la modernización de infraestructura física de varios puestos y centros de salud, y autoriza el traslado del Ministerio a la CCSS de los programas de atención preventiva, su recurso humano, y la confección de un cronograma para ese traslado. Estos recursos son complementados con aportes nacionales y de la OPS. De el total de estos recursos UD\$3.602.000,00 tienen como destino el fortalecimiento de la rectoría.

A partir de mayo de 1994 se intensifica el proceso de reforma del Sector Salud, y se hace énfasis en que ese proceso debe conducir a la reorganización y fortalecimiento del Ministerio de Salud. Como parte de él en este mismo mes se oficializa el “Plan Operativo para la Rectoría y el Fortalecimiento del Ministerio “, que detalla, entre otros aspectos, los objetivos específicos, los productos esperados, y la calendarización de las actividades previstas para el período 1994-1998, a cargo de la Dirección de Desarrollo de Sistemas de Salud, ya citada.

Este plan operativo, a pesar de estar oficializado, no se ejecutó. Como consecuencia de lo anterior, y a partir de un minucioso análisis FODA del proceso, en especial de que existe una debilidad en la “... capacidad de gerencia del proyecto, dirección técnica y de negociación para impulsar las distintas actividades”, de que existe una “... atomización de esfuerzos desarticulados, muchos de los cuales se realizan sin el conocimiento de las Autoridades Políticas Institucionales” y de que “no existe a lo interno del Ministerio una instancia política de coordinación central, que establezca una línea única.”¹³ el Viceministro de Salud, Dr. Fernando Marín, decide relanzar el componente de rectoría, en lo que se considera la II fase del proyecto, creando, para ello, una unidad técnica ejecutora del proyecto de rectoría, coordinada por el Ing. Rolando Orlich Saborío, quien contó, durante su gestión¹⁴, con la asistencia de la empresa consultora Price Waterhouse¹⁵.

En esta nueva gestión se retoman los avances obtenidos en el campo conceptual y de sistema de rectoría ya citados anteriormente, y en el mes de setiembre de 1997 se emite el “ Manual de Organización, y Funciones del Ministerio de Salud: Funciones Rectoras y Programas Especiales de Salud Pública”, y como anexos a

¹³ Ministerio de Salud: Informe de Actividades: Relanzamiento Componente de Rectoría, 1996.

¹⁴ El Ing. Rolando, si bien fue ubicado en el Ministerio de Salud, para efectos administrativos era dependiente de la Unidad Ejecutora Programa de Mejoramiento Servicios de Salud ubicada en la CCSS.

¹⁵ Mediante oficio N° UEP-602-96 el Lic. Roger Ballester Harley, Director de la Unidad Ejecutora Programa Mejoramiento Servicios de Salud, ubicado en la CCSS., le manifiesta a la Sra. Emilia Amado, Directora de Recursos Humanos de la Price Waterhouse, “...que la Junta Directiva de la CCSS ratificó en acuerdo firme la adjudicación a la firma...” por cumplir el primer lugar en el orden de mérito. El contrato de esta empresa se confirmó el 9 de diciembre de 1996 e inicia labores el 20 de enero de 1997.

éste, con la misma fecha, el “Manuel Descriptivo de la Plantilla Básica de Puestos, y en el mes de diciembre del mismo año la “Conceptualización Detallada de los Procesos” y los “Mecanismos e Indicadores de Control”.

Ya para entonces, el 23 de mayo de 1995, el Dr Fernando Marín por el Ministerio de Salud, y la Dra. Julieta Rodríguez Rojas por la CCSS, suscribían con los sindicatos del Ministerio las “Condiciones Generales que Regulan el Traspaso de Funcionarios del Ministerio de Salud a la CCSS y las Reubicaciones Internas”¹⁶, dando inicio a la transferencia de los servicios de atención a las personas, tales como el Programa de Atención Primaria, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Cáncer, el Programa de Tuberculosis, el Programa de Dermatología Sanitaria (Lepra), el Programa de Odontología Sanitaria y el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y 1380 funcionarios con experiencia profesional y técnica en diversas actividades, y se transfiere el equipo, materiales e infraestructura física, todo conforme a la ley 7374 supradicha.¹⁷

En el año de 1998, el Ministro de Salud, Dr.Herman Weinstock W. remite al MIDEPLAN, mediante nota N° DM-7817-97, la “Propuesta de Reestructuración del Ministerio de Salud”, la cual es aprobada mediante nota D.M.113-98 del 25 de febrero de 1998.¹⁸, y en el mes de enero del 2003 se emite el “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”, según el decreto N° 30921-S, Gaceta N° 11 del 11 de enero del 2003.

¹⁶ Los sindicatos que suscribieron este acuerdo son los siguientes: SITECO, ANEP, ANPE, SINAE, SINAESPA, Y SIMPROSA.

¹⁷ En el oficio N° 000048 del 15 de marzo de 1995, el Msc Roger Ballesterero Harley, Director de la Unidad Ejecutora del Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud, de la CCSS, le manifiesta al Dr Fernando Marín que el traslado de estos funcionarios, a realizarse en el año 1995 y 1996, tiene un costo para la CCSS de ¢3572 millones.

¹⁸ El documento se elaboró con base en la guía “lineamientos Generales para los Procesos de Reestructuración”, dados por el Ministerio de Planificación, y está compuesto por cuatro capítulos: el primero contiene un diagnóstico de la institución y las principales razones por las que el Ministerio realiza el proceso de reforma; en el segundo se redefine el marco estratégico para la institución y la organización propuesta, con indicación de los objetivos, funciones, organización interna y relaciones funcionales de todas las unidades de la organización; en el tercero se presentan los procesos que han sido redefinidos; el cuarto comprende los diversos aspectos que determinan la viabilidad de la reforma

Con este decreto queda formalmente establecida la estructura orgánica del Ministerio con sus direcciones y respectivas funciones, y se establece que por rectoría debe entenderse:

“...el ejercicio político, técnico, administrativo y legal del Ministerio de Salud, para dirigir, conducir, regular, controlar y fiscalizar los diferentes procesos de la sociedad relacionados con la producción social de la salud y el gasto en salud.”

No obstante esta oficialización, las diferentes instancias orgánicas de la institución, basados en los documentos de la Price Waterhouse, ya venían realizando tareas y ejecutando actividades de diseño de instrumentos y procedimientos orientados a contribuir en la operación y fortalecimiento de sus funciones rectoras, situación que aún hoy viene desarrollándose ya que la rectoría es concebida como un proceso en constante construcción.

Más recientemente, el Gobierno de Costa Rica suscribió, mediante Ley N° 8403 del 10 de marzo del 2004, un contrato de préstamo (N°1451/OC) con el Banco Interamericano de Desarrollo por \$6.355.000,00, destinado a ejecutar un programa de desarrollo del Sector Salud en 32 cantones piloto, con el compromiso de extenderlo a todo el país. El propósito de este programa es reducir la carga de enfermedad y discapacidad causada por factores de riesgo asociadas al consumo y por comportamientos no saludables. En este sentido, el programa va dirigido a fortalecer la capacidad estratégica y operativa del Ministerio de Salud en sus funciones rectoras de regulación, inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo en el nivel regional y local, y a potenciar la readecuación del modelo de atención de la CCSS, con énfasis en la integración de los servicios de promoción de la salud al modelo.

Por último, hay que decir que, previo a esta reestructuración del Ministerio de Salud, ya habían aparecido dos propuestas: a) “Propuesta de Desarrollo Institucional”, en el mes de noviembre de 1989 y b) “Fortalecimiento Institucional con Énfasis en los Sistemas Locales de Salud”, agosto de 1989¹⁹, que incluía el desarrollo de las siguientes áreas prioritarias:

- Programación local con enfoque de planificación estratégica
- Desconcentración administrativa (recursos humanos, recursos materiales, jurídica y financiera contable).
- Capacitación de funcionarios acorde con la desconcentración y el fortalecimiento de los silos.
- Participación social en la definición de prioridades, la toma de decisiones, y en la ejecución de los programas de salud.

La primera de ellas no fue viable; no contó con el apoyo de los funcionarios, ya que se consideraba que la misma no fue producto de una participación activa de los funcionarios, sino el producto de un grupo muy pequeño de personas.²⁰ La segunda no contó con el agrado de las nuevas autoridades políticas del gobierno del período 1990-1994, y se transformó en el proyecto de “mejoramiento continuo de los servicios de salud”, que se incluye en el programa de reforma del Sector

¹⁹ Este proyecto afectaba a la CCSS como al Ministerio de Salud, y era coordinado en su formulación y ejecución por los funcionarios Dra. Geovanna Mora y el Dr. Lenín Sáenz de la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud y el Dr. Luis Asís Beirute y el Lic. Roger Ballesterero Harley por la Dirección de Planificación de la CCSS., y contó inicialmente con el visto bueno del BID para su financiamiento. El proyecto incluía el fortalecimiento de ambas instituciones, así como la construcción, ampliación, reparación y reconstrucción de puestos y centros de salud y la construcción del Hospital de Alajuela.

²⁰ Este grupo estuvo conformado por el Ing Diego Victoria por OPS/OMS, y por el Ministerio de Salud la Dra. Gabriela Ross González, el Lic. Rodrigo Meneses Castro y el Dr. Carlos Muñoz Retana.

Salud y que, en el caso del Ministerio de Salud, se especifica como el “Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud”, contando siempre con el del BID.²¹

3. ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD COMO ENTE RECTOR

El perfil funcional de rectoría del Ministerio de Salud delimita claramente su ámbito y quehacer; esta rectoría es entendida como el accionar político, técnico, administrativo y legal del Ministerio para dirigir, conducir, vigilar, regular, controlar y fiscalizar los diferentes procesos de la sociedad relacionados con la producción social de la salud y la inversión en la salud. Por tanto, las acciones de las instituciones públicas, privadas y no estatales, así como las personas que están relacionadas con la salud en el país, se regirán a partir de las políticas, estrategias, acciones estratégicas que oficialmente emita el Ministerio de Salud, así como por el marco jurídico vigente al respecto.

Esta rectoría se ejerce a nivel nacional por medio de su estructura organizativa establecida a nivel central, regional y local:

Nivel Central: Dirigir, conducir, regular, fiscalizar, controlar y capacitar.

Nivel Regional: Dirigir, conducir, fiscalizar, controlar, asesorar e integrar.

Nivel de área: Vigilar, asesorar y ejecutar.

La división regional de la institución es la siguiente:

- Región Central Sur
- Región Chorotega
- Región Brunca
- Región Pacífico Central
- Región Central Norte

²¹ Realmente, el apoyo del BID es al mismo proyecto originario, sólo que ahora ha cambiado de nombre y se ha modificado de manera sustancial algunos de sus componentes. Del proyecto original se mantiene la construcción del Hospital de Alajuela, y la construcción, reconstrucción y remodelación de puestos y centros de salud. Todo el proyecto es financiado mediante la ya citada Ley 7374.

- Región Huetar Atlántica

El Nivel Central está constituido por los despachos del Ministro de Salud, Viceministra de Salud y la Dirección General de Salud, junto con sus Unidades Asesoras: Dirección de Asuntos Jurídicos; Dirección de Auditoría General y la Unidad de Prensa, Imagen y Relaciones Públicas. Además, adscritos a los despachos de la Ministra y Viceministra de Salud se encuentran los siguientes órganos: Consejo Sectorial Nacional de Salud ;Consejo Técnico Institucional; Consejo de Gestión Institucional; Consejo Técnico Regional Institucional; Consejo Regional y Comisión de Protección Radiológica.

De la Dirección General de Salud a su vez dependen ocho Direcciones:

1. Dirección de Desarrollo de la Salud, integrada por las Unidades de Desarrollo Estratégico, Promoción de la Salud, Cuentas Nacionales e Información y Educación en Salud.
2. Dirección de Vigilancia de la Salud, integra las Unidades de Análisis de la Situación de la Salud, Unidad de Análisis Estadístico y Unidad de Epidemiología.
3. Dirección de Servicios de Salud, integra las Unidades de Habilitación, Acreditación y Evaluación.
4. Dirección de Protección al Ambiente Humano, integrada por las Unidades de: Atención al Cliente, Permisos y Controles y Unidad Técnica Especializada.
5. Dirección de Registros y Controles, integrada por la Unidad Técnica Especializada, la Unidad de Atención al Cliente y la Unidad de Registros y Controles.

6. Dirección Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, conformada por tres Unidades, la de Información, la Unidad de Gestión y la Técnica Especializada.
7. Dirección Administrativa: integrada por la Unidad de Recursos Humanos, Unidad de Recursos Financieros y Unidad de Recursos Materiales y Servicios.
8. Dirección de Sistemas de Información: conformada por la Unidad de Soporte Técnico, Unidad de Telemática y Redes y Unidad de Sistemas de Información Institucional.
9. Nivel Regional.

El Nivel Regional está conformado por nueve Direcciones Regionales, una por cada región en que divide el país. Cada Región se compone de una Dirección Regional y de cuatro unidades:

1. La Unidad de Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios
2. La Unidad de Protección al Ambiente Humano.
3. La Unidad de Apoyo Administrativo.
4. La Unidad de Centros de Nutrición y Desarrollo Integral.

El Nivel Local lo integran las áreas de salud, siendo un total de 81 en el país.

Las áreas de salud están a cargo de la Dirección de Área, la que a su vez está sujeta a la Dirección Regional y ésta a la Dirección General de Salud.

Como entes adscritos al Ministerio de Salud están:

1. La Auditoría General de Servicios.

1. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
2. Oficina de Cooperación Internacional de la Salud
3. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
3. El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS).
4. La Secretaría de Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN)
5. La Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes (JVDE).
6. Consejo Nacional de Investigación de Salud

4) PROMULGACIÓN DE NORMAS JURÍDICAS

Con el propósito de ir haciendo operativa la rectoría, el Ministerio han venido diseñando y emitiendo, entre otros, una serie de instrumentos y promulgando una serie de normas y decretos. Algunos de estos son los siguientes:

4.1 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD

- Para consolidar de manera formal la acción rectora del Ministerio de Salud, se promulgó el “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”, por medio del Decreto Ejecutivo N°30921-S de 6 de diciembre del 2002, publicado en la Gaceta N° 11 de 16 de enero del 2003, y tiene como objeto primordial el establecimiento de la estructura administrativa y sus respectivas funciones.
- Ante la necesidad del Ministerio de Salud de vigilar y controlar las enfermedades transmisibles y no transmisibles de los riesgos del ambiente

humano y otros eventos se emitió el “Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud”, mediante Decreto Ejecutivo N° 30945-S de 18 de noviembre del 2002, publicado en La Gaceta N° 18 de lunes 27 de enero del 2003.

- En el mismo, se deroga el Decreto Ejecutivo N° 14496-SPPS de 29 de abril de 1983, “Reglamento de Enfermedades de Denuncia Obligatoria”.
- De conformidad con la Ley N° 8111 de 18 de julio del 2001, publicada en La Gaceta N° 151 de 8 de agosto del 2001, “Ley Nacional de Vacunación”, se emite el Decreto Ejecutivo No 30956-S de 13 de enero del 2003, publicado en La Gaceta No 29 de 11 de febrero del 2003, mediante el cual se declara de interés público y nacional las actividades de la Junta de Protección Social de San José con motivo de la realización del sorteo anual de la lotería nacional, el cual se denominará “Contribuyendo con la Salud Pública”, al Fondo Nacional de Vacunación de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología.
- En virtud de que evidencias científicas han demostrado el papel decisivo de la práctica de la actividad física en la prevención y en el control de diversas enfermedades y en la promoción de la salud y calidad de vida de todos los grupos, por medio de Decreto Ejecutivo N° 30990-S de 9 de diciembre del 2002 publicado en La Gaceta N° 36 de 20 de febrero del 2003, se creó la “Comisión Nacional de Promoción de Actividad Física para la Salud”.
- Por medio de Decreto Ejecutivo N° 31000-S de 10 de febrero del 2003, publicado en La Gaceta N° 39 de 25 de febrero del 2003, se modificó el artículo 8 inciso 12 del “Reglamento para la Inspección, Importación, Comercialización y Publicidad de Productos, con base en Recursos Naturales industrializados y con cualidades medicinales” (Decreto Ejecutivo N° 29317-S de 9 de noviembre del 2000) se modificó el artículo 8, inciso 12

del mismo, fijándose la tasa prevista en el artículo 112 de la Ley General de Salud en la suma de USA \$250 (doscientos cincuenta dólares americanos) o su equivalente en moneda nacional para las tisanas en presentación de tés. Para resto de productos cubiertos por el reglamento objeto de reforma se fijó el monto de inscripción en la suma de USA \$500 (quinientos dólares americanos). Mediante directriz N° 19 publicada en La Gaceta N° 52 de 14 de marzo del 2003 el Presidente de la República, conjuntamente con la Ministra de Salud y el Ministro de Vivienda y Asentamientos Humanos, emitió las “Especificaciones Técnicas y Lineamiento para la Escogencia de Tipologías Arquitectónicas para la Construcción de Vivienda y Obras de Urbanización”, previendo en resguardo de ciertos grupos sociales, el proyecto de vivienda donde las tipologías los requieran, que deben de contar con un mínimo de obras de infraestructura que permita a los usuarios vivir en un lugar con servicios básicos, confortable, seguro y agradable.

- En resguardo y protección de la salud de las personas y del ambiente por medio del Decreto Ejecutivo N° 31025-S de 8 de enero del 2003, publicado en La Gaceta N° 60 de 26 de marzo del 2003, se promulgó el “Reglamento para establecer los niveles de concentraciones y uso de repelentes que contienen DEET como ingrediente activo, precauciones y advertencias en su etiquetado”. El reglamento pretende regular el uso de DEET en los bronceadores de piel, protectores solares, cosméticos e insectos. Asimismo establecer las precauciones y advertencias necesarias para el usuario en el etiquetado, con el fin de minimizar el riesgo en la salud de las personas. Al amparo de las disposiciones contenidas en los artículos 25 y 26 de la Ley General de Salud, se emitió el Decreto Ejecutivo N°31078-S de 5 de marzo del 2003, publicado en La Gaceta N° 61 de 27 de marzo del 2003, se promulgó el “Reglamento para las Investigaciones en que participan Seres Humanos”, el cual pretende regular, supervisar y actualizar los proceso de investigación que se realizan en el país y donde está en juego la salud de

las personas. En el mismo se deroga el Decreto Ejecutivo N° 27349-S del 16 de setiembre de 1998 y sus reformas.

- Conjuntamente, el Ministerio de Salud, con los titulares de Economía Industria y Comercio, y de Turismo, por medio de Decreto Ejecutivo N° 31095-MEIC-STUR de 17 de enero del 2003 publicado en La Gaceta N° 31 de marzo del 2003, emitieron “Reformas al Reglamento para la Operación de las Actividades de Turismo Aventura”. Con la presente reforma se pretende que las empresas que se dediquen a desarrollar actividades de turismo aventura, cuenten con el permiso sanitario de funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud.
- Las carteras del Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ambiente y Energía, Salud, Hacienda y de Obras Públicas y Transportes, mediante Decreto ejecutivo N° 31051-MAG-MINAE-S-H-MOPT de 18 de julio del 2002, publicado en La Gaceta N° 80 de 28 de abril del 2003, seleccionaron varias áreas prioritarias para cuencas hidrográficas en la ejecución del Plan Nacional de Manejo y Conservación de Suelos para el período 2002-2004.
- Mediante Decreto Ejecutivo N° 31124-S de 19 de marzo del 2003, publicado en el Alcance N° 23 a La Gaceta N° 83 de 2 de marzo del 2003, se modificó el transitorio 1° del Decreto Ejecutivo N° 27021-S de 30 de abril de 1998 “Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina A del Azúcar Blanca de Plantación para el Consumo Directo”, en el sentido de autorizar la venta de azúcar no fortificada con vitamina A hasta el 30 de abril del 2003.
- Ejerciendo el Ministerio vigilancia y control en el medio ambiente emite el “Reglamento sobre Granjas Avícolas”, por medio del Decreto Ejecutivo N° 31088-S de 31 de marzo del 2003, publicado en La Gaceta N° 86 de 7 mayo del 2003. En el mismo se deroga el Decreto Ejecutivo N° 30293-S

“Reglamento de Granjas Avícolas”. El presente reglamento tiene como objetivo primordial, regular y controlar todo lugar, edificio, local, instalaciones y anexos cubiertos o descubiertos, en el que se tienen o permanezcan aves, así como los trámites para la obtención del permiso sanitario de funcionamiento. Por medio de Decreto Ejecutivo N° 31198-S de 15 de mayo del 2003 publicado en La Gaceta N° 112 de 12 de junio del 2003, se adicionó el Decreto Ejecutivo en su artículo 6 inciso c), a fin de que los ingresos por concepto de registro de cosméticos se depositen por los interesados en las cuentas bancarias del Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-Banco Nacional de Costa Rica, en las cuentas en colones y dólares ahí especificadas.

- Mediante Decreto Ejecutivo N° 31207-S de 15 de mayo del 2003 publicado en La Gaceta N° 117 de 19 de junio del 2003, se adicionó el artículo 8 inciso 12 del Decreto Ejecutivo N° 296317-S de 9 de noviembre del 2000, a fin de que los ingresos por concepto de productos industrializados y con cualidades no medicinales, se depositen por los interesados en las cuentas en colones y dólares del Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-Banco Nacional de Costa Rica, ahí indicadas.
- En beneficio y protección de la salud de las personas por medio de Decreto Ejecutivo N° 31308-S de 8 de julio del 2003, publicado en La Gaceta N° 155 de 13 de agosto del 2003, por haberse encontrado la presencia de tolueno y xileno en la esfera de juguete, lo que implica un riesgo potencial para la salud de los niños, se prohibió la importación, distribución y comercialización de los juguetes que contengan tolueno y xileno, tales como “yoyo chino”, como medida preventiva en la salud de los niños.
- La Presidencia de la República, y los titulares de Salud y de Vivienda y Asentamientos Humanos, mediante directriz N° 27 de 1 de setiembre del 2003, publicada en La Gaceta N° 175 de 11 de setiembre del 2003, emiten

las “Especificaciones Técnicas y Lineamientos para la Escogencia de Tipologías Arquitectónicas para la Construcción de Vivienda y Obras de Urbanización.

- Decreto N° 30945-S del 27 de enero del 2003, Reglamento de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (denuncia obligatoria de enfermedades).

4.2 FORTALECIMIENTO DE ALIMENTOS DE CONSUMO BÁSICO CON MICRONUTRIENTES²²

- Decreto N° 26371-S del 2 de octubre de 1997 “Reglamento para el Enriquecimiento de la Harina de Trigo de Calidad Alimentaria” (fortalecimiento con tiamina riboflavina, niacina, ácido fólico e hierro.)
- Decreto N° 27021-S del 5 de junio de 1998 “Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina “A” del Azúcar Blanco de Plantación para Consumo Directo”.
- Decreto N°28086-S del 22 de setiembre de 1999 “reglamento para el Enriquecimiento de la Harina de Maíz” de consumo humano (fortificación con hiero y ácido fólico y reconstituida con tiamina, riboflavina y niacina).

²² La fortificación de alimentos con vitaminas y minerales constituye una de las áreas de mayor impacto en el campo de la salud pública. Por medio de este tipo de intervenciones se ha logrado corregir las deficiencias de yodo, flúor, hierro, ácido fólico y vitamina A en la población en general (debido a restricciones de acceso físico y económico a una adecuada alimentación, sobre todo en los estratos socioeconómicos de más bajos ingresos). Un ejemplo de esto es, según datos de mediados del 2005, la reducción del bocio endémico y las caries dentales mediante la yodo-fluoruración de la sal, por lo que ya no se considera como un problema de salud pública. Aún más, recientemente se ha producido una reducción del 35% de los defectos del tubo neural, a través de la fortificación de las harinas de trigo y maíz, leche y el arroz con ácido fólico.

Actualmente, la calidad de la fortificación la verifica y la controla el INCIENSA.

- Decreto N° 26929-S del 9 de junio del 2001 “Reglamento para el Enriquecimiento de la Leche de Ganado Vacuno.”(Fortalecimiento con hierro, ácido fólico y vitamina A).
- Decreto N° 30031-S del 2 de enero del 2002 “Reglamento para el Enriquecimiento del Arroz”. (fortalecimiento con ácido fólico, tiamina, riboflavina, niacina e hierro).
- Decreto N° 18959-MEIC-S del 16 de mayo de 1989 que crea la “Norma Oficial para la Sal de Calidad Alimentaria” (fortificación con yodo y fluor) y 30032-S del 24-12-2001.

4.3 *PROTECCIÓN DEL AMBIENTE HUMANO*

- Formulario para valoración de edificaciones (bares, restaurantes, discotecas, centros comerciales, etc).
- Formulario para valoración de edificaciones (inhabitabilidades).
- Formulario para evaluación de actividades industriales (talleres, maquilas, fundidoras, fábricas de concentrados, etc).
- Instructivo para la elaboración de un plan de manejo de desechos sólidos.
- Instructivo para la elaboración de un plan de gestión ambiental para desechos líquidos.
- Instructivo para la elaboración del reporte operacional.
- Instructivo para presentación de cronograma de acciones correctivas en sistemas de tratamiento de aguas residuales.

- Instructivo para llenar el formulario para trámites de denuncias.
- Requisitos para ubicación, construcción y funcionamiento de incineradores.
- Requisitos para tramitar permisos de funcionamiento de fuentes fijas que emiten contaminantes atmosféricos.
- Requisitos para la utilización de combustibles alternos en los hornos cementeros.

“Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos” AMBIENTE HUMANO Y REGISTROS Y CONTROLES”

• Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos

• Lista de Medicamentos de Venta Libre

• Reglamento de la Calidad del Agua de Consumo Humano

• Reglamento de declaración obligatoria de contenido de fenilalanina

• Reglamento de reuso y vertido de aguas residuales

• Reglamento a la Ley de Autorizaciones para Transplantar Organos y Materiales Anatomicos Humanos

• Reglamento sobre Servicio Social Obligatorio para Medicos Cirujanos y Cirujanos Dentistas

• Creación de la Comisión Interinstitucional Reguladora de la Pólvora y Prevención de Quemados

• Reglamento de Inscripción de Propaganda de Medicamentos y Cosméticos

• Uso Restringido de plaguicidas que contengan CAPTAN

- Reglamento Para la Clasificación del Riesgo de Productos Peligrosos
- Reglamento de Funcionamiento para Sintetizadoras, Formuladoras, Reempacadoras y Reenvasadoras de Agroquímicos
- Prohibición de Importación de Llantas Usadas
- Reforma al Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos Privados.
- Creación la Academia Nacional de Medicina
- Autorización de Técnicas de Reproducción Asistida
- Reglamento de Productos Inhalantes
- Reglamento de Funcionamiento de Granjas Porcinas
- Reglamento Sobre la Protección Contra Radiaciones Ionizantes
- Reglamento de Ubicación de Plantas de tratamiento de Aguas Residuales
- Borrador del Reglamento Sobre Emisiones al Aire
- Borrador del Reglamento Sobre Inmisión del Aire .

- Manual de Procedimientos para la Regulación, Venta, Distribución de Cilindros Portátiles (DOT) e Instalación de Tanques Estacionarios (DOT y ASME) de Gas LP en negocios comerciales.
- Reglamento para el Registro de Pruebas Rápidas de Diagnóstico de Laboratorio.
- Reforma Decreto Importación de Precursores, Sustancias o Productos Químicos y Disolventes
- Validación de Métodos Analíticos Requeridos para el Registro Sanitario de Medicamentos ante el Ministerio de Salud
- Prohibición de la Utilización de Bifenilos Policlorinados

- Autorización a la Ley No. 7997 “Autorización de la Junta de Protección Social de San José para Donar Recursos de su Superávit para Fundaciones Pro Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social”
- Reglamento para la Regulación del Oxígeno de uso Médico.
- Prohibición del Pentaclorofenol y su Sal Sódica
- Registro Plaguicidas de Uso Doméstico e Industrial y Fertilizantes de Uso Doméstico
- Reglamento para Estudios de Estabilidad de Medicamentos Requeridos para el Registro Sanitario ante el Ministerio de Salud
- Oficialización de Manual de Normas para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II Nivel de Atención Médica. Protocolos Generales del Manejo de los Síntomas y Complicaciones del Paciente Incurable y/o Terminal.
- Modificación al Decreto 18959-MEIC-S “Control de Contenido Flúor y Yodo de la Sal”
- Reglamento para el Enriquecimiento del Arroz.
- Modificación al Reglamento 26371-S para Enriquecimiento de la Harina de Trigo de Calidad Alimentaria
- Reglamento Técnico para la Regulación del Cloro Líquido para Tratamiento de Agua

- Reglamento Técnico para Sulfato de Aluminio en el Tratamiento del Agua
- Reglamento de Hipoclorito de Calcio para Tratamiento de Agua
- Reglamento Técnico de la Cal para el Tratamiento de Agua
- Especificación para Fundiciones Metálicas Compuestas de Bronce o Aleación de Cobre con Estaño, Plomo y Cinc
- Reglamento Técnico para Válvulas de Compuertas para Sistemas de Acueducto y Alcantarillado
- Reglamento Técnico para Válvulas de Compuertas con Asiento Elástico para Sistemas de Acueducto y Alcantarillado
- Reglamento Técnico para Plásticos de Tubos de Poli (Cloruro de Vinilo) (PVC), Clasificados según la Presión (Serie SDR)
- Oficialización Centro Nacional de Información de Medicamentos como Organismo Técnico Oficial de Información en Medicamentos
- Requisitos y Trámites Necesarios para el Registro y Desalmacenaje de Productos Alimenticios
- Reglamento Enriquecimiento de la Leche de Ganado Vacuno
- Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores
- Reglamento sobre Uso y Fabricación de Materiales Pirotécnicos

- Norma para la Habilitación de Centros de Atención Integral
- Normas para la Habilitación de Hogares Comunitarios
- Normas para la Habilitación de Establecimientos de Cirugía Oftalmológica
- Comisión Nacional de Seguridad Transfuncional
- Norma para la Habilitación de Establecimientos Odontológicos Tipo A, B1 y B2
- Normas para la Habilitación de Establecimientos con Internamiento en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Menos de 20 Camas
- Normas para la Habilitación de Establecimientos Sede de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
- Normas para la Habilitación de Servicios de Cirugía Ambulatoria
- Normas para la Habilitación de Establecimientos de Atención a Población en Situación de Indigencia de 18 años y más
- Normas para la Habilitación de Laboratorios Públicos y Privados de Microbiología y Química Clínica
- Normas para la Habilitación de Establecimientos con Internamiento en Medicina y Cirugía General y/o Especialidades Médicas y Químicas con más de 20 Camas

- Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas
- Norma General Para el Etiquetado de Alimentos Preenvasados

