

**SINOPSIS HISTÓRICA
SOBRE EL
DESARROLLO INSTITUCIONAL
DEL MINISTERIO DE SALUD**

Róger Prendas Lépez



**San José, Costa Rica
2012**



**Sinopsis histórica sobre el
Desarrollo Institucional
del Ministerio de Salud**

362.1

P926s Costa Rica. Ministerio de Salud

Sinopsis histórica sobre el desarrollo institucional del Ministerio de Salud / Róger Prendas Lépiz—San José, Costa Rica: El Ministerio, 2012.

120 p.; 21.5 cm.

ISBN: 978-9977-62-131-9

1-MINISTERIO DE SALUD. 2. RECTORIA. 3. PRODUCCION SOCIAL DE LA SALUD. 4. HISTORIA. 5. DESARROLLO INSTITUCIONAL.. 6. COSTA RICA. I. Título.

In memoriam

Siempre deseé tener la oportunidad de dedicar algún producto de mi modesto desempeño en esta institución, a la memoria del eminente Médico y Cirujano Dr. Solón Nuñez Frutos, el más ilustre salubrista costarricense de todos los tiempos, un visionario como pocos que estableció los fundamentos de la institucionalidad nacional en el campo de la salud pública.

Algunos tuvieron el honor de trabajar con él y contribuir a fijar los cimientos de nuestro Ministerio de Salud, otros conocimos de su obra a lo largo de muchas consultas de documentos afines. Pero más importante que unos u otros, lo es el resto de costarricenses, sean profesionales o estudiantes en ciencias de la salud o en diversas áreas sociales, o simplemente ciudadanos, porque todos estamos comprometidos en reconocer y respetar el trabajo y la memoria de tan ilustre prócer.



Dr. Solón Nuñez Frutos

Agradecimiento

Durante mi recorrido laboral por el Ministerio de Salud, que ha comprendido ya casi medio siglo en forma ininterrumpida, he tenido la oportunidad de compartir el modesto cumplimiento de mis responsabilidades con compañeros de excelentes calidades profesionales y humanas, cuya precisión de nombres harían de este agradecimiento una nota más extensa de lo admisible.

Sin embargo, debo reconocer el invaluable apoyo de mis dos grandes maestros y caros amigos, el Dr. Lenín Sáenz Jiménez y el Lic. Rodrigo Meneses Castro, quienes por su rectitud cotidiana en el desempeño de sus deberes y responsabilidades, su capacidad para transmitir conocimientos y por sus calidades humanas, fueron moldeando mi estilo personal de ser y de actuar.

Igualmente, me siento comprometido a agradecerle al M.Sc. Miguel Ángel Hernández Garbanzo, compañero de muchas lides y de no pocas afinidades en temas académicos, al punto de compartir conmigo el rechazo –sin argumento alguno- de muchas recomendaciones técnicas que planteamos, orientadas al mejoramiento continuo

del desempeño de la institución. El tiempo, al final, nos acreditó la pertinencia y el beneficio de nuestras ideas.

Y, por último, a la Señora Ministra de Salud, Dra. Daysi Corrales Díaz, quien me motivó en su momento para terminar este trabajo que tenía inconcluso y sin intención de acabarlo.

Muchas gracias a todos.

Índice

Contenido	Página
Introducción	9
Capítulo I La Salud y su atención durante el siglo XIX	11
Capítulo II La organización de los servicios de salud durante el siglo XX	17
2.1 De la Fundación Rockefeller a la Organización General de la Salud Pública	17
2.2 De la Organización General de la Salud Pública a la Estrategia de Atención Primaria	27
2.2.1 El origen de la Seguridad Social	27
2.2.2 Desarrollo de la Salud Pública durante las décadas de los 50 y 60.....	29
2.2.3 La década de los 70: los cambios estratégicos más relevantes en la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud	35
2.2.4 La década de los 80: la inestabilidad del sistema provocado por la crisis económica y social	49
2.2.5 La década de los 90: el proceso de reforma	60

Capítulo III

La Rectoría de la Salud: un reto del tercer milenio.....	71
3.1 La primera década el siglo XXI.....	71
3.2 La segunda década del siglo XXI.....	99
Conclusiones.....	113
Algunas ideas para el mejoramiento continuo.....	117
Bibliografía.....	119

Introducción

Este trabajo procura presentar, en forma adecuadamente resumida, los aspectos más relevantes que han caracterizado el desarrollo institucional del Ministerio de Salud, considerando sus antecedentes, su establecimiento como tal y el contexto mismo de la evolución de los servicios de salud en el país. Es un breve recorrido por unos ciento cincuenta años de historia, en el cual se describe cómo nacieron las primeras instituciones asistenciales en el país, la evolución de la atención de algunas patologías que mostraron en su momento un importante impacto en la salud pública, luego la aparición de las instituciones responsables de la seguridad social, el enfrentamiento de las crisis económicas, las obligadas transformaciones del sistema de servicios de salud y los retos institucionales, en especial el asumido por el Ministerio de Salud, de potenciar y desarrollar el rol exclusivo de dirigir y conducir el Sistema de Producción Social de la Salud, en el contexto de su rectoría, de cara al siglo XXI. Los acontecimientos citados y las eventuales explicaciones sobre su origen, su naturaleza y su desarrollo, no son – ni pretenden en modo alguno serlo – exhaustivas ni mucho menos excluyentes de otras tantas que puedan agregarse. En la medida que pueda ampliarse este contenido, en ese tanto se enriquece este documento y fortalece la premisa de que pueda servir a las futuras generaciones, como

un marco de referencia para explicar y comprender con mejor propiedad y conocimiento la situación nacional de la salud en su correspondiente momento.

La explicación realizada de algunos acontecimientos descritos, en términos del estilo y de los criterios aplicados, se ha procurado sustentarlos con el mayor apoyo a la veracidad de los hechos y a la evidencia más cercana; sin embargo, es posible que el lector difiera de la calidad explicativa de los sucesos, como suele presentarse en la historia misma de las instituciones políticas nacionales.

CAPÍTULO I

La salud y su atención durante el siglo XIX

El proceso evolutivo de lo que hoy día es el Ministerio de Salud no es posible apreciarlo integralmente, ni comprenderlo con mejor propiedad, sin una referencia, aunque sea resumida, sobre el origen mismo de la oferta y la demanda de los servicios de salud de manera institucionalizada.

En el año 1845, las autoridades de gobierno dirigidas por el Dr. José María Castro Madriz promovieron la creación de un establecimiento hospitalario dirigido a la atención de los menesterosos y a los enfermos leprosos y fue así como, el 3 de julio de ese año, la Cámara de Representantes, por la vía de un decreto legislativo, creó el primer hospital nacional responsable de la prestación de servicios asistenciales en el contexto de la beneficencia pública. Por razones principalmente de orden financiero, que limitaron el inicio de la construcción del establecimiento en la fecha indicada, no fue sino una década después que comenzó la oferta efectiva de servicios de salud en las condiciones particulares de aquel entonces: esta primera fase se inició en 1856.

Casi en forma paralela al comienzo de sus operaciones, se fundó la primera Junta de Caridad (de San José), que conforme al avance del tiempo vendrían otras más, y estas

alcanzaron a transformarse en Juntas de Beneficencia Pública y Protección Social, en su momento dependientes de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, para luego convertirse en Juntas de Protección Social, de las cuales hoy solamente existe la de San José.

Además, este hecho provocó, en parte, la determinación del modelo doctrinario que ha primado en la atención social de la salud, en el cual se mezclan la obligación del Estado de velar por la misma, la responsabilidad de los ciudadanos de contribuir en lo que a ellos alcance, la participación patronal y el soporte del resto de las instituciones públicas, las privadas y de las organizaciones no gubernamentales comprometidas en una u otra forma con la salud de las personas.

La situación originada por la prevalencia y el tratamiento de enfermedades mentales, promovió el interés de crear un establecimiento de salud destinado a la atención especializada de pacientes con alguna de esas patologías. Fue así como en julio de 1883, el Congreso de la República de Costa Rica aprobó la asignación de los fondos necesarios para iniciar la construcción de un asilo nacional para enfermos mentales; y en 1885 se creó mediante ley una lotería nacional, administrada por la Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios, hoy Junta de Protección Social de San José. En septiembre de ese mismo año, se encargó la administración del Hospicio de Sanidad (hoy Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí) a esta junta, la cual quedaba obligada a suplir a los enfermos la

atención, el alumbrado y las medicinas; como soporte, el Estado asignaba al Hospital San Juan de Dios cincuenta centavos de colón diarios por cada uno de los enfermos que se asistían en el hospicio. Los gastos de vestuario, mobiliario y reparaciones del edificio estaban cubiertos por el Estado.

El 30 de octubre de 1894 se promulgó el Decreto Constitucional No. 4, a la sazón llamado “Ley de Médicos de Pueblo”; esta autorizaba al Poder Ejecutivo a dividir el territorio nacional en tantos circuitos médicos como fuesen necesarios y hubiesen capacidades para ello, con el propósito de promover el control de la higiene y la salubridad públicas, la medicina legal y la asistencia a los pobres. La administración de cada circuito médico estaría a cargo de un profesional en Medicina; el nombramiento y pago de los médicos de pueblo de los cantones centrales le correspondía a las municipalidades de las cabeceras de provincia, así como los destacados en zonas portuarias marítimas era competencia del Poder Ejecutivo.

Es importante destacar el avance tan representativo de la organización y el funcionamiento de los servicios de salud en el país, durante la segunda mitad del siglo XIX. A la creación y operación del Hospital San Juan de Dios, el Hospicio de Sanidad y la Junta de Caridad, con el soporte financiero de la Lotería Nacional y del Estado, siguieron las Medicaturas de Pueblo; la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de Costa Rica en abril de 1895, la cual se transformaría a partir de 1940 en el Colegio de

Médicos y Cirujanos de Costa Rica; el Protomedicato de Costa Rica según mandato del Presidente don Juan Rafael Mora (decreto ejecutivo octubre de 1857); la creación de la Escuela de Obstetricia; la fundación de la revista científica Gaceta Médica; y la fundación de la Escuela de Farmacia, entre otras. “ De ahí que el incipiente sector salud, compuesto por unos cuantos médicos y farmacéuticos agrupados en la Facultad de Medicina en 1895, utilizando como plataforma un sistema hospitalario sumido en una reforma integral planteada por el Dr. Carlos Durán a partir de su ingreso al país en 1875, conforman el soporte para que ya en el siglo XX las políticas de salud pública e higienización lleguen a conformar un gran sector salud, liderado por el Ministerio de Salubridad Pública, creado en 1927” (100 años de salud Costa Rica, Capítulo I, La salud en Costa Rica: marco conceptual histórico.). Aclárese, con respecto a esta cita textual, que es incorrecto denominar Ministerio de Salubridad Pública, ya que en 1927 lo que se creó fue la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. Las Secretarías de Estado adoptaron la categoría de Ministerio, a partir de la última Constitución Política de Costa Rica, dictada en 1949.

El siglo XIX concluyó habiendo dejado establecida la plataforma estructural que soportaría los avances en materia de desarrollo institucional de las organizaciones de salud. Se sucedió una compleja combinación de eventos políticos, como la constitución del país como República en 1848 y la guerra contra los filibusteros en 1856; eventos

sanitarios como la epidemia de cólera que cobró muchas vidas humanas y la identificación del parásito causante de la anquilostomiasis; acontecimientos comerciales como la apertura de Europa para la exportación del café, informáticos como el Censo de Población de 1883 y, por último, académicos como la creación de la Facultad de Medicina en la Universidad de Santo Tomás.

CAPÍTULO II

La organización de los servicios de salud durante el siglo XX

2.1 De la Fundación Rockefeller a la Organización General de la Salud Pública

El escenario político, económico y social del país durante las tres primeras décadas del siglo XX, reúne un conjunto de acontecimientos internos y externos, que obviamente tuvieron su impacto directo e indirecto en el desarrollo de la organización de los servicios de salud. En el orden internacional, se inició la I Guerra Mundial en 1914 y posterior a esta, con la quiebra de la Bolsa de Valores de Nueva York en 1929, comenzó la gran depresión económica de los Estados Unidos, cuyas implicaciones fueron funestas para la economía nacional y para la estabilidad social. El precio de los productos exportados y las mismas exportaciones se redujeron sensiblemente, se disminuyó el ingreso de divisas, se incrementó el valor de las importaciones, y sus consecuencias comprendieron un desequilibrio comercial y fiscal, una inflación galopante y otros desfases macroeconómicos. En el plano interno, conviene destacar el ideario político del ex presidente Lic. Alfredo González Flores (1914-1917), quien planteó medidas de tipo económico y tributario como opciones de solución a la crisis vivida en esa época; estas medidas tuvieron como consecuencia un golpe de Estado que puso fin a las loables pretensiones del ex presidente González

Flores. Pese a ello, en 1924 se dictó la Ley de Accidentes de Trabajo y Seguros, así como en 1928 se estableció la Secretaría de Trabajo y Bienestar Social, entre otros asuntos de interés nacional.

Ahora bien, en lo concreto a la temática tratada, a partir de los contenidos de la Ley de Médicos de Pueblo, se aprecia un enfoque integral en la administración de la salud que manejaron los legisladores de esa época. Respecto a la salubridad e higiene públicas, se normaba la notificación obligatoria de la aparición de enfermedades epidémicas; sobre medicina legal, se obligaba a examinar drogas y medicamentos vendidos en boticas; y en cuanto a asistencia de pobres, se obligaba a dar seguimiento y atención a los enfermos abandonados. Sin embargo, el país concluyó la primera década del nuevo siglo con una situación más compleja en materia de salud, la cual obligó a promover los principios claves que darían origen a la medicina preventiva en el país. Es así, pues, como progresivamente se fue moldeando un enfoque de la atención de la salud compuesto por tres elementos claves: la prestación de servicios asistenciales, la atención preventiva y la promoción de la salud. Los servicios de rehabilitación vendrían después.

El 12 de diciembre de 1902, en la ciudad de Washington, D. C., Costa Rica y otros diez países del continente americano, promovieron la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas de las Américas, en la cual se acordó crear la Oficina Sanitaria Panamericana de la

Salud, conocida hoy como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Si bien ya en 1890 se conocía que el causante de una anemia muy generalizada entre los residentes de los cantones del sur de la provincia de San José era un parásito denominado anquilostoma, no fue sino hasta el 31 de agosto de 1914, y según Acuerdo No. 609 de la Secretaría de Policía, que se aceptó el ofrecimiento de la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller para iniciar en el país el estudio y el tratamiento de la anquilostomiasis, con fines puramente humanitarios y sin costo alguno para los afectados. Fue así como el 8 de abril de 1915 se constituyó el Departamento de Anquilostomiasis, dependiente de la Secretaría de Policía.

Aunado a lo anterior, otra instancia que surgió fue el Departamento Sanitario Escolar, cuyo objetivo fue vigilar, prevenir y proteger la población de menores de edad, lo cual se complementó con unidades como las Colonias Veraniegas Escolares, la Atención Materno Infantil en Clínicas Infantiles y Prenatales, las Clínicas Oftalmológicas, las Clínicas Odontológicas, las Luchas Antituberculosa y Antivenérea, la Gota de Leche, el Servicio Antimalárico, la atención ambulatoria de enfermos leprosos y la primera legislación sobre el manejo y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. (Para una ampliación del tema, ver “100 años de salud - Costa Rica Siglo XX, página 10).

Estos eventos provocaron la aparición de la medicina social en el país, facilitada por diferentes entes pero organizados en forma dispersa y dependientes de diferentes secretarías, situación que no contribuía adecuadamente a una oferta eficiente y eficaz de los servicios de salud que a cada instancia le competían, imponiéndose luego el principio de centralización administrativa de tales servicios.

Fue así como, el 12 de julio de 1922, mediante el Decreto Ejecutivo No. 1 y siendo presidente del país don Julio Acosta García, se creó la Subsecretaría de Higiene y Saludridad Pública, bajo la tutela del Dr. Solón Núñez Frutos, con el propósito de integrar en un solo organismo la atención de las diferentes competencias relacionadas con la higiene y la salud públicas. Esta subsecretaría dependía jerárquicamente de la Secretaría de Policía.

La labor de la subsecretaría estuvo originalmente limitada al control curativo y profiláctico de la anquilostomiasis; así como a la dirección del Departamento Sanitario Escolar y demás instancias antes descritas. El 12 de marzo de 1923 se emitió la Ley No. 52 denominada Ley sobre Protección de la Salud Pública, que no sólo le dio un reforzamiento legal a la subsecretaría, sino que aumentó el campo de sus competencias, delegándole varios de los servicios ya establecidos y dependientes de otras secretarías. En su momento y con fundamento en esta norma legal, se le delegó a la subsecretaría las competencias que estaban asignadas a la Secretaría de Beneficencia, tales como la administración de hospitales, lazaretos, hospicios, casas

de maternidad e instituciones protectoras de la infancia.

La subsecretaria, al cabo de unos cinco años de funcionamiento, evidenció algunas sensibles debilidades que limitaban su efectiva operación: adolecía de poder político para hacerse sentir en el gobierno y en la sociedad civil, así como de la adecuada asignación presupuestaria para cumplir eficazmente sus compromisos, máxime si se conocía que aquel casi solo cubría salarios y otros servicios personales. Se imponía, entonces, la creación de una institución con funcionamiento autónomo, esto es, independiente de la Secretaría de Policía que cubría otras competencias e incluso, era preciso que la administración de algunos establecimientos como sanatorios y asilos no continuara como dependencias de la Secretaría de Relaciones Exteriores y Culto.

La Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social fue establecida, mediante ley emitida por la Cámara de Diputados, el 4 de junio de 1927. Algunos meses después, Costa Rica informó en la Conferencia Sanitaria de Lima, Perú, que se había adelantado a casi todas las repúblicas panamericanas, pues ya había llevado a la práctica las dos ideas centrales que primaron en las mesas de trabajo de la aludida asamblea y que fueron: la creación de la Secretaría o Ministerio de Salud y la incorporación a ésta de los servicios públicos de salud. De aquí, y con el Dr. Solón Núñez Frutos a la cabeza, se iniciaría toda una espectacular y compleja etapa de estructuración de la Secretaría, con una expectativa de

resultados satisfactorios para la salud pública nacional en el transcurso del siglo XX en cuanto a la concreción paulatina, entre otros aspectos, de una reglamentación sanitaria y normativas específicas, campañas y luchas preventivas, advenimiento de organismos especializados para diferentes áreas, creación de unidades sanitarias, fiscalización de hospicios, clínicas y hospitales, control de alimentos y medicamentos, servicios de inspección, salud veterinaria, laboratorios, ingeniería sanitaria, asuntos epidemiológicos, en fin, todo lo que le compete al profuso ámbito de la salubridad y la asistencia médico-social.

La ya citada Ley sobre Protección de la Salud Pública de 1923, constituyó en lo fundamental el primer código sanitario del país. Determinó que la salud pública nacional es competencia del Estado, mientras que la salud pública local es una responsabilidad de los gobiernos municipales; en materia de organización, se había instalado una Subsecretaría de Salubridad Pública y Protección Social que integraba al Instituto de Higiene, las Jefaturas Sanitarias, las Jefaturas de Sanidad Marítima, las Estaciones Marítimas y Terrestres, y otros servicios. Se establecía, también, la declaración obligatoria de algunas enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el sarampión, la tuberculosis y la meningitis. El Artículo 31 se refería al manejo de la lepra; el Artículo 42 consideraba la prostitución con criterio epidemiológico de control de posibles enfermedades de transmisión sexual; el Artículo 43 establecía la vacunación y revacunación obligatorias contra la viruela. En fin, la ley trataba del saneamiento de

las ciudades, de la salubridad de las habitaciones, de la higiene industrial, del control del ejercicio de profesiones médicas y afines, de la venta de drogas, de la sanidad marítima, y otras. En agosto de 1924 se creó la Escuela de Inspectores de Sanidad y en enero de 1925 se creó el Cuerpo de Inspectores de Higiene, que comenzó con un Agente Principal de Policía y dos Agentes Sanitarios en San José. Igualmente, en 1927 se creó la figura de la Enfermera Visitadora como recurso profesional esencial de la campaña antituberculosa; en 1931 se creó el puesto de Médico Oficial, con responsabilidades como Jefe de Sanidad, Médico Forense y Médico Escolar, entre otras. Por otra parte, durante el bienio 1938-1939, el país inició los primeros esfuerzos para enfrentar la malaria, mediante acciones concretas dirigidas a la modificación del ambiente, con la eliminación de los criaderos de los mosquitos anofelinos.

Además, a la par de esta organización inicial, también se van a ir creando diversas Juntas de Caridad a nivel provincial y cantonal, con el propósito de fomentar la instalación y operación de facilidades hospitalarias de acuerdo con las necesidades y capacidades locales, y apoyar su administración; y, por otra parte, se establecieron otros hospitales como producto de los enclaves bananeros en la zona atlántica y en el pacífico sur. Fue el caso, por ejemplo, del hospital de Golfito. En algunas localidades del territorio nacional, se instalaron los así llamados Centros Rurales de Asistencia, los cuales ofrecían en lo fundamental servicios asistenciales como la atención de

partos, para casos no calificados de alto riesgo, u otros casos de patologías gastro-intestinales particularmente entre la población infantil; la estancia promedio era de tres días. Estos establecimientos de salud compartían su instalación física con las Unidades Sanitarias y estaban ubicados en zonas rurales, de difícil traslado de sus habitantes a centros hospitalarios de zonas urbanas, como lo fue –en su momento por supuesto– los casos de Puriscal, Naranjo, Corredores, Orotina, Nicoya, Siquirres y Atenas, por citar tan solo algunos lugares.

“Durante muchas décadas todos estos hospitales dependientes de las Juntas de Caridad (la mayoría con amplias limitaciones económicas), brindaron servicios médicos importantes a las poblaciones, aunque de manera prácticamente independiente y sin que un ente superior los cohesionara y supervisara, esto por cuanto cada junta tenía su propio reglamento. Tal situación inicialmente vendría a cambiar cuando, por medio de un decreto de 1936, se le daba vida a un Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia Pública y Protección Social. Este nuevo organismo, adscrito a la Secretaria, pretendía tener, entre otras funciones, la supervisión e inspección decidida de las instituciones de salud y beneficencia del país a través de una Oficina de Auditoría General, aparte de que las tradicionales Juntas de Caridad tuvieron que cambiar su nombre por el de Juntas de Protección Social; cambio que estaba más acorde en momentos en que el Estado quería participar en el control de dichas Juntas, así como la noción de caridad había dado paso a las de

asistencia y protección social, y que se evidenciarían en 1940 cuando el Consejo Nacional de Salubridad se transformaría en la Dirección General de Asistencia.” (100 años de salud Costa Rica p.15)

En resumen, estas tres décadas de la historia del desarrollo institucional de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (1922 a 1949 aproximadamente), se caracterizó por el surgimiento de acontecimientos fundamentales en el contexto de la Salud Pública: se establecieron normas aplicables a todas las enfermedades cuarentenales, según el Código Sanitario Panamericano; se reglamentó sobre el manejo de drogas estupefacientes (opio, heroína y marihuana, entre otros); se logró la aprobación de la Ley sobre Drogas Estupefacientes; se crearon las luchas contra el Paludismo, la Tuberculosis, la Lepra, la Malaria, la Fiebre Amarilla, el Cáncer (se organizó la Clínica de Tumores que asumió las funciones del Instituto del Cáncer); se establecieron regulaciones en materia de Saneamiento Ambiental, Medicamentos, Drogas, Sustancias Tóxicas, Alimentos y Bebidas, Salud Escolar, Laboratorios de Salud Pública, Higiene Industrial; se promulgó, en 1926, la “Ley contra el Ofidismo”, que puede considerarse como la más importante instancia precursora de la seguridad social, pues consideraba la mordedura de una serpiente venenosa como una enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas, y disponía sobre la seguridad social de la familia en caso de muerte por esta causa. Por otra parte, en 1934 y 1935, el gobierno de ese entonces respondió a

la presión de grupos de trabajadores organizados y promulgó la ley y los reglamentos de hospitalización de los trabajadores bananeros, que obligaron a retener el 1% de la venta del banano, para financiar la atención asistencial de los trabajadores y sus familias, destacados en la agroindustria rural. Toda esta experiencia permitió darle al país el Primer Código Sanitario, por medio de la Ley No. 33 del 18 de diciembre de 1943, la cual vino a reemplazar a la Ley sobre Protección de la Salud Pública. Es oportuno destacar que fue precisamente en este período, sustentada en la ya citada Ley de Médicos Oficiales del 26 de octubre de 1931, que apareció la figura de la Unidad Sanitaria – la primera establecida en el cantón de Turrialba, provincia de Cartago – que a la sazón llevó el nombre de su gestor, el Dr. Solón Núñez Frutos; por Decreto Ejecutivo No. 31, del 21 de febrero de 1934, se determinó que los médicos directores de las Unidades Sanitarias tendrían las mismas prerrogativas y atribuciones que tenían los médicos oficiales.



2.2. De la Organización General de la Salud Pública a la Estrategia de Atención Primaria

2.2.1 El origen de la Seguridad Social

En 1925 se creó el Banco Nacional de Seguros y se le asignó la responsabilidad de la atención de los accidentes de trabajo, así como el monopolio estatal de todo tipo de seguros. Esta institución pública adoptaría más tarde el nombre de Instituto Nacional de Seguros. La Ley No.13 del 25 de mayo de 1926, denominada Ley contra el Ofidismo, había considerado el envenenamiento por mordedura de serpientes como una enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas, tal y como ya se citó; dos ordenanzas emitidas en julio y diciembre de 1935, reglamentaron la Ley No. 30 de diciembre de 1934, sobre hospitalización de los trabajadores de la industria bananera y la utilización del 1% retenido por ley con respecto a la venta de banano, referencia igualmente precitada.

La primera Ley Constitutiva que introdujo los seguros sociales en el país fue la número 17 del 1 de noviembre de 1941, la cual creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), fundamentada en dos regímenes para iniciar su oferta de servicios: a) Régimen de Enfermedad y Maternidad, y b) Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Ahora bien, por no ser objeto de esta sinopsis histórica, no se entra en detalles acerca del desarrollo institucional de esta organización. Sin embargo, puede ser pertinente

destacar que surgió en un momento político internacional singularmente crítico, pues se vivían los días más agudos de la segunda guerra mundial, y con ello las implicaciones económicas y sociales que empobrecían más a los países subdesarrollados de todo el mundo; y por otra parte, al interior del país, la situación política no era nada simple de manejar para las autoridades de gobierno de esa época, las cuales lograron imponer los intereses de las mayorías populares sobre los propios de las minorías oligárquicas. La afiliación a la CCSS se consideraba un impuesto al salario de los trabajadores y también una carga fiscal para las organizaciones patronales privadas y públicas, y aún para el Estado pues el financiamiento de la institución ha sido en forma tripartita y de naturaleza forzosa para las partes. La CCSS se constituyó, algunos años después, como una organización pública autónoma, al amparo del Artículo No. 73, Título V, denominado “Derechos y Garantías Sociales”, de la Constitución Política de Costa Rica dictada en 1949.

Ya para 1950, la CCSS contaba con un hospital central llamado Policlínico, más tarde bautizado con el nombre de uno de los tres principales promotores de las garantías sociales de Costa Rica, el Sr. Ex presidente de la República Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; los otros dos ilustres próceres fueron el Sr. Arzobispo de la Catedral Metropolitana de San José, Dr. Víctor Manuel Sanabria Martínez y el Lic. Manuel Mora Valverde, ex presidente del Partido Vanguardia Popular. Así como con un hospital regional ubicado en el cantón de Turrialba,

provincia de Cartago que lleva el nombre del eminente galeno Dr. William Allen, lo mismo que varias clínicas y dispensarios, así como acuerdos con instituciones asistenciales para la atención hospitalaria de asegurados directos y sus dependientes, mediante un sistema de pago de servicios según convenio. Cierta volumen de asistencia médica curativa se suministraba, según convenio con empresas extranjeras, en otros establecimientos como lo fueron el hospital de la compañía bananera en el cantón de Aguirre, Dr. Máximo Terán Vals, el del cantón de Golfito, ambos de la provincia de Puntarenas; y otros en la provincia de Limón.

2.2.2 Desarrollo de la Salud Pública durante las décadas de los 50 y 60

La segunda mitad del siglo XX se inició con características bastante singulares que en muy variadas formas influyeron sobre la situación de la Salud Pública del país. En el plano político internacional, si bien ya había finalizado la segunda guerra mundial en 1945, los conflictos interpaíses no acababan (guerra de Corea en los 50, el inicio de la guerra fría EEUU-URSS, el conflicto árabe-israelí de las sesenta y la guerra de Vietnam en los setenta, v.gr.); Europa se reconstruía poco a poco de las secuelas originadas por la segunda guerra mundial, apoyándose en las ideas de Jean Monnet y Konrad Adenauer; se estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) , el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), entre otras dependencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU). En el plano político nacional, el país era regido por una Junta de Gobierno que iniciaba un proceso de reconstrucción institucional de difícil pero necesaria concreción, en el contexto de la Segunda República.

El Ministerio de Salubridad Pública, antes Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, se estructuraba a partir de dos direcciones principales: 1) la Dirección General de Salubridad Pública y 2) la Dirección General de Asistencia Médico Social. En cada caso, a lo largo de las dos décadas referidas, se sucedieron progresivamente diversos cambios organizacionales producto de la dinámica misma provocada por el desarrollo del sistema de servicios de salud. Fue así como, en el año 1950, se creó el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, con el propósito de administrar el Sistema Hospitalario Nacional; durante las siguientes tres décadas, buena parte de la infraestructura hospitalaria continuaría siendo un patrimonio del Ministerio de Salubridad Pública. Esta situación cambió a partir de la aprobación y ejecución de la ley de traspaso de hospitales a la CCSS. El proceso de traspaso de estos establecimientos se concluyó en un lapso aproximado de dos décadas, habiéndose iniciado con los hospitales Dr. Max Terán Vals del cantón de Aguirre y Dr. Tony Facio de Limón, y concluyéndose con el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón.

Es importante destacar la organización del Programa de Erradicación de la Malaria (PEM), indicando que la atención de esta patología en el país la realizaba el Ministerio de Salubridad Pública, por medio del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), definido como un organismo especializado directamente dependiente del Ministro de Salubridad. Costa Rica inició, en la década de los 50, el camino del combate químico en contra de los anofelinos adultos, mediante el uso del DDT; son indiscutibles los logros alcanzados con la aplicación de este producto químico, que tanto en la campaña de control, así como en la erradicación misma, logró disminuir el número de casos notificados según las estadísticas de la época. El 13 de abril de 1957 se promulgó la Ley No. 2115, siendo reformada por la Ley No. 2410 del 28 de julio de 1959. Sendas leyes conferían autoridad al Ministerio de Salud para formular y ejecutar el programa de erradicación a nivel nacional. Las disposiciones legales y reglamentarias contenían, entre otras, las siguientes previsiones: notificación obligatoria de todos los casos de paludismo, verificación parasitológica y tratamiento radical y obligatorio de los casos de malaria, uso de insecticidas de acción residual, reglamentación para la importación y control de medicamentos antipalúdicos, obligación de toda institución pública o privada de realizar labores antimaláricas dentro de su jurisdicción territorial, y notificación obligatoria al SNEM sobre nuevas construcciones en áreas maláricas endémicas. Por otra parte, la Ley No. 3741 del 20 de agosto de 1966 aprobó el Convenio de Préstamo entre el Gobierno de

Costa Rica y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), que permitía complementar el financiamiento de la campaña de erradicación de la malaria, período 1968-1970. Finalmente, mediante el Decreto Ejecutivo No. 13 del 30 de septiembre de 1966, se aprobó el reglamento del SNEM para facilitarle su correcto funcionamiento, estableciendo los deberes y las responsabilidades del personal, las acciones técnicas consideradas necesarias y los procedimientos administrativos.

Por otra parte, se creó la Asociación Nacional de Rehabilitación, con el propósito de lograr la protección de los inválidos y la asesoría a quienes tuvieran a su cargo responsabilidades relativas a la rehabilitación y la educación especial de las personas discapacitadas por problemas físicos. Posteriormente se constituyó el Patronato Nacional de Rehabilitación, para hacerse cargo de la administración del Hogar de Rehabilitación de Santa Ana, establecimiento dedicado a la atención de niños afectados por la epidemia de poliomielitis sucedida en 1954, y todo esto gracias a la visión humanista y profesional del Dr. Humberto Araya Rojas a cuya memoria, años más tarde, se estableció el Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. En 1965 se creó el Patronato Nacional de Rehabilitación, como un organismo dependiente del Ministerio de Salubridad (hoy Ministerio de Salud).

En 1963 se firmó un contrato-convenio con la Junta de Protección Social de La Unión, mediante el cual el

Ministerio de Salubridad patrocinó la organización y funcionamiento del Centro de Recuperación Nutricional en esa localidad. En 1969 se estableció la Clínica Nacional de Nutrición, como parte del Sistema Hospitalario Nacional pues en la clínica se ofrecían servicios asistenciales a niños que padecían de alguna patología alimentario-nutricional, y que por su gravedad requerían internamiento. Esta clínica fue bautizada con el nombre de su principal gestor, el Dr. Uriel Badilla Fernández; y unos años más tarde, esa clínica se transformaría en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

La Ley No. 2343 del 4 de mayo de 1959 creó el Colegio de Enfermeras; dicha ley fue reglamentada en 1961. A su vez, en 1961, un decreto ejecutivo designó a la Dirección General de Asistencia Médico-Social como responsable de la administración del programa de capacitación de Auxiliares de Enfermería.



En 1967 se creó la Comisión Nacional contra el Ofidismo, adscrita al Ministerio de Salubridad Pública.

El Hospital Nacional de Niños fue inaugurado el 24 de marzo de 1964 y lleva el nombre de su primer director, el recordado e ilustre pediatra Dr. Carlos Sáenz Herrera. El 19 de marzo de 1969 se inauguró el Hospital México, perteneciente a la CCSS y cuyos planos constructivos fueron elaborados y donados por el Instituto Mexicano de Seguridad Social.

Durante la década de los 60, igualmente, se sucedieron eventos muy diversos que en alguna medida irían perfilando la organización institucional y sectorial de la Salud, que en la década siguiente alcanzaría un nivel de desarrollo más integral y coherente con las necesidades del país. Por ejemplo, se logró la apertura de la Escuela de Medicina en la Universidad de Costa Rica (1961); se alcanzó la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (1961); se aprobó la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos (1962); se creó la Comisión Nacional de Zoonosis (1967); se aprobó el reglamento para el establecimiento y funcionamiento de los restaurantes (1962); se dictó el reglamento del Departamento de Salud Mental (1964); se logró la división del territorio nacional en 19 distritos sanitarios (1969); se creó el Timbre Hospitalario y el Tributo Hospitalario (1961); se instaló la Comisión Nacional Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social (1967); se favoreció la integración del proceso de programación de la salud a

nivel nacional entre el Ministerio de Salud, la CCSS y el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (1965). En 1962, la CCSS elaboró una propuesta titulada “Plan Nacional de Integración de los servicios médicos a través de la Caja Costarricense de Seguro Social “, en la cual se analizaba la problemática asociada a la prestación de servicios de salud y se formulaba un programa específico de cumplimiento. En el orden internacional, tuvo una importante influencia en el campo de la salud y de la educación, el apoyo derivado del programa Alianza para el Progreso (1963).

2.2.3 La década de los 70: los cambios estratégicos más relevantes en la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud

A lo largo de esta década, se sucedieron los cambios más representativos en la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud del país. El esfuerzo más importante con que se inició el decenio lo fue, sin duda, la formulación del Plan Nacional de Salud 1971-1980, elaborado con un enfoque estratégico y multisectorial, y sustentado en los compromisos latinoamericanos adoptados en Santiago de Chile, y que culminaron con el Plan Decenal de Salud de las Américas, aprobado en la III Reunión Especial de Ministros de Salud del Continente, en octubre de 1972. Se trataba de alcanzar, a toda costa, un cierre de la brecha social, que permitiese una lucha frontal contra la pobreza.

El citado Plan Nacional de Salud 1971-1980 contempló, por primera vez, diferentes escenarios como el epidemiológico, el demográfico, el político, el económico, el social, el comunitario, el de formación de recursos humanos a nivel profesional y técnico. Por ejemplo, el plan recomendaba a la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica formar tantos médicos para un período determinado, así como al Departamento de Tecnologías Médicas de esa misma escuela capacitar tantos Técnicos (en anestesiología, rayos x, registros médicos, v.gr.) igualmente para un período dado.

Por otra parte, a instancia del SNEM, se formuló y ejecutó el Plan Quinquenal de Erradicación de la Malaria 1971-1975, cuyos objetivos procuraban, entre otros alcances, la intensificación y el perfeccionamiento de actividades de vigilancia epidemiológica, ataque a los focos residuales de transmisión y evaluación epidemiológica en todas las áreas en fase de ataque. El plan determinó una cobertura geográfica de 35.446 Km², equivalente al 69.8% del territorio nacional, que comprendía unas 3.449 localidades con 191.462 casas de habitación.

Ahora bien, la mayoría de las políticas y estrategias de salud durante esta década, giraron sobre una principal, que orientó las acciones hacia el logro de una cobertura universal de prestación de servicios de salud a toda la población del país, en todos los ámbitos geográficos y en todos los niveles socio-económicos, por medio de dos estrategias básicas que se apartaron del modelo tradicional

y que fueron: a) la universalización de la seguridad social y b) la atención primaria de la salud. El fundamento por excelencia de estas estrategias fue la premisa política que formuló el Plan Nacional de Desarrollo de esa época y que llamó cierre de la brecha social, basada en el loable esfuerzo de luchar frontalmente contra la pobreza. Previamente, la Ley No. 2738 de mayo de 1961 obligaba a la CCSS a la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años.

2.2.3.1 Cobertura Universal de Prestación de Servicios de Salud

Universalización de la Seguridad Social:

La primera de las estrategias ya citadas fue la de universalización de la seguridad social, para lo cual la Ley No. 4750 del 30 de marzo de 1971 reformó el Artículo No. 3 de la Ley Constitutiva de la Caja, mediante la cual se regulaba esa universalización por etapas, en las que sucesivamente se realizarían una extensión vertical, otra horizontal y finalmente una universal. La extensión vertical se logró por medio de la eliminación del llamado “tope salarial” el cual, en la época en que fue emitida esta ley, era de dos mil colones, razón por la cual se liberaba a las personas que ganaban un salario superior a ese monto de la obligación de asegurarse, o de cotizar sobre el exceso de esa suma. Al eliminarse este tope, se hizo

posible el ingreso a la Seguridad Social de toda la población trabajadora, sin límite de salario, lo que constituyó un aporte fundamental al financiamiento de la CCSS.

La extensión horizontal, o sea la ampliación de los servicios de la CCSS a áreas geográficas adonde aún no los prestaba, se había visto restringida por la limitación de los recursos necesarios para llevarla a cabo. Además, muchas veces se había incurrido en una duplicación de esfuerzos y de asignación de recursos con respecto a los ya existentes bajo la jurisdicción o alcance en otras instituciones. Además, con el propósito de permitir la mayor extensión en el menor tiempo posible, se promulgó la Ley No. 5349 el 24 de septiembre de 1973 con carácter de ley de orden público, y popularmente conocida como Ley de Traspaso de Hospitales, por medio de la cual el Ministerio de Salud transfirió a la CCSS los recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos hospitalarios bajo su jurisdicción.

2.2.3.2 Atención Primaria de la Salud

La segunda gran estrategia para llevar a cabo la política de atención a toda la población, fue la de extensión de cobertura de servicios a poblaciones que tradicionalmente habían carecido de ellos, en especial la rural dispersa y la urbana marginada, utilizando fundamentalmente para ello el método de atención primaria, que se concretó con el desarrollo de los programas de Salud Rural en 1973 y de Salud Comunitaria en 1975, apoyados financieramente

y en su momento por fondos provenientes de la Ley No. 5662 del 23 de diciembre de 1974 y conocida como Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.



Cuando se formuló el Programa de Salud Rural, en un marco doctrinario totalmente divergente de los enfoques tradicionales, se definió que sus objetivos serían ampliar la cobertura de los servicios integrales de salud, preventivos y curativos, a las zonas rurales de población dispersa, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos, de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente capacitado, supervisado y apoyado por las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud existentes, con un costo unitario de las acciones acorde con la capacidad financiera de las comunidades y ejecutados por personal susceptible de arraigarse, fijarse e identificarse plenamente con las mismas comunidades y con su gente, con su cultura, con su idiosincrasia, sus tradiciones,

ya que en ellas los médicos y otros profesionales de la salud no se establecían en forma permanente por las condiciones adversas para el ejercicio de su profesión y falta de oportunidades de progreso científico. Es oportuno destacar dos acontecimientos fundamentales asociados a esta temática: a) la Asamblea Mundial de la Salud (1977), en la cual los ministros representantes de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud establecieron y adoptaron el compromiso para cumplir la Meta de Salud Para Todos en el Año 2000 y b) la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (hoy provincia de Almaty, República de Kazajistán) en 1978, en la cual se establecieron y recomendaron las bases esenciales de la Atención Primaria para los países del tercer mundo.

La organización del programa de Salud Rural se basó en el establecimiento de áreas de salud, atendidas por un asistente de salud rural con sede en la localidad seleccionada, donde se instalaba un Puesto de Salud Rural; este funcionario podía manejar un cuadro básico de medicamentos, debidamente aprobado por el Colegio de Médicos y Cirujanos. Cada área de salud contaba con un promedio de 3000 habitantes.

Este programa de Salud Rural, que al inicio de su implementación y desarrollo utilizó la infraestructura que el Programa de Erradicación de la Malaria dejó de requerir, se diferenció de los programas que tradicionalmente habían existido antes de ese momento, en dos aspectos

fundamentales: a) su desarrollo se planificó para ser realizado en forma centrípeta, esto es, se inició en las localidades más alejadas, más pequeñas y de más difícil acceso, para irse extendiendo luego hacia las de mayor densidad de población y de facilidad de acceso; y b) se diseñó de manera que los servicios de salud llegasen hasta los domicilios de los habitantes, en vez de esperar a que estos acudiesen a los servicios. Además, tomando en consideración que el funcionamiento de este programa, de haberse dado en forma independiente o autónoma lo habría condenado al fracaso; su planificación incluyó el diseño de su correspondiente apoyo técnico y logístico, así como el de mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes a otros niveles de atención del sistema de servicios de salud.



Por su parte, el programa de Salud Comunitaria, que se inició algunos años después (1975), partió de la premisa de que la mayoría de la población urbana marginada

provenía del medio rural y podía, en consecuencia, ser atendida de manera similar a la protegida o cubierta por el programa de Salud Rural. El personal asignado a este programa, tenía por sede un Centro de Salud (hoy Área Rectora de Salud) y desde este se desplazaba a los domicilios que cubría.

2.2.3.3 Participación Comunitaria en Salud

Otra política trascendental de la década fue la que promovió la participación comunitaria en salud, como un recurso complementario e imprescindible de la estrategia de extensión de cobertura por medio de la atención primaria. Para motivar tal participación, se trató de identificar y capacitar a los líderes de las comunidades, y se apoyó la creación de Comités de Salud y de Asociaciones de Desarrollo Integral de la Comunidades. El Programa del Sector Salud del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social “Gregorio José Ramírez” 1978-1982, fue el sustento político por excelencia de esta política.

Durante el transcurso de los años 70, se sucedieron importantes acontecimientos en el Sector Salud, que fueron perfilando un modelo orgánico y funcional que sentó las bases para la participación de la comunidad en el desarrollo de todos los programas de salud. Cabe citar toda la experiencia acumulada en el Proyecto de Salud Comunitaria del Hospital Dr. José Luis Valverde Vega de San Ramón, provincia de Alajuela, y que se denominó “Hospital sin paredes”, liderado por el ilustre galeno Dr.

Roberto Ortiz Guier.

2.2.3.4 Desarrollo institucional del Sector Salud durante la década

De igual relevancia que las anteriores, una política en materia de desarrollo institucional vino a provocar la aprobación de varias leyes, cada cual con sus características particulares. La Ley No.5541, decretada en julio de 1974, regulaba aspectos de cesantía y contratación de empleados como resultado de la aplicación de la ley de traspaso de hospitales. Dicho sea de paso, el proceso de traslado de hospitales había sido previsto para completarse en cuatro años, tiempo que a la postre resultó corto pues el proceso duró una década; los primeros hospitales traspasados lo fueron el Dr. Max Terán Vals de Aguirre y el Dr. Tony Facio de cantón central de Limón, así como el último lo fue el hospital Dr. José L. Valverde Vega del cantón de San Ramón, provincia de Alajuela.

Por otra parte, el 23 de octubre de 1973 y mediante un decreto legislativo, se aprobó la Ley No. 5395 conocida como Ley General de Salud. De la misma manera, el 8 de noviembre de ese mismo año, se sancionó la Ley No. 5412 llamada Ley Orgánica del Ministerio de Salud. En lo fundamental, ambas disposiciones jurídicas procuraron modernizar el Código Sanitario y propiciar consistencia con las nuevas orientaciones del sistema de servicios de salud del país. Por ejemplo, en lo específico, la Ley

General de Salud, en su Artículo 2., y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, en sus artículos 1 y 2, establecieron la competencia rectora de la institución sobre la salud; esto implica que la facultad jurídica del Ministerio de Salud en lo atinente al ejercicio de la rectoría, se definió hace cerca de cuarenta años, aunque su concreción ha sido relativamente muy lenta, debido a que la institución destinó una importante cantidad de recursos para desarrollar la estrategia de atención primaria, postergando el fortalecimiento y desarrollo de la rectoría. Por otra parte, ambas leyes facultaban a la institución para cumplir funciones de prevención y promoción de la salud, así como de prestación de servicios de atención directa a las personas y la propia del ambiente humano.

El 2 de mayo de 1974, se aprobó la Ley No. 5525 denominada Ley de Planificación Nacional, la cual estableció en el Artículo 1 el Sistema Nacional de Planificación; en el Artículo 3 definió la constitución de ese sistema; y en el Capítulo IV, Artículos 12, 13 y 14 se establecieron las oficinas sectoriales. El Artículo 8 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud se adelantó a tal disposición, pues creó la Unidad Sectorial de Planificación, a la cual responsabilizó por la formulación de la Política Nacional de Salud, así como de los planes que permitan concretar esa política, en especial el Plan Nacional de Salud; y también de coordinar los procesos institucionales y sectoriales de planificación y evaluar el desarrollo de los planes, proyectos y programas.

En diciembre de 1974, la Asamblea Legislativa aprobó

la Ley No 5662 denominada Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, respecto de la cual ya se hizo una referencia anteriormente pero agréguese que ésta creó un fondo que lleva ese mismo nombre y declaró como beneficiarios de ese fondo a “los costarricenses de escasos recursos económicos...”, y como destinatarios a diferentes instituciones del Estado (Artículos 2 y 3).

El 28 de abril de 1978, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley No 6227 denominada Ley General de la Administración Pública; los Artículos No. 27, 28, 47 y 48 establecen las competencias de los ministros y viceministros.

2.2.3.5 Organización Regional

El proceso de regionalización en el Ministerio de Salud adoptó una organización y funcionamiento más sistematizado a partir del modelo de distritos sanitarios, iniciado en la década de los sesenta. Sin embargo, a principios de la década de los setenta, ya disponía la institución de un modelo de regionalización constituido por un espacio de cinco áreas geográficas denominadas: Región Central o No. 1, con sede en el cantón central de San José, distrito Hospital; Región Norte o No. 2, ubicada en el distrito primero del cantón central de Heredia; Región Pacífico o No. 3, destacada en el distrito primero del cantón central de Puntarenas (comprendía toda la provincia de Guanacaste); Región Atlántica o No. 4, con sede en el cantón de Turrialba; y finalmente la Región Sur o No. 5, con sede en el cantón de Pérez Zeledón. Este

modelo de organización tenía un parecido cercano al propio de la CCSS, así como al modelo oficial establecido por la Ofiplan en 1974; e incluso, a principios de 1979, se elaboró otro modelo que en lo sustantivo contemplaba cinco regiones y 22 subregiones.

Las políticas y estrategias en materia de regionalización en las instituciones que conformaban el Sector Salud en esa época, tuvieron un desarrollo ciertamente fundamental dado las circunstancias de esos tiempos. El conocimiento y la experiencia logrados en el Ministerio como producto de la configuración de las medicaturas de pueblo primero y de los distritos sanitarios después, permitió disponer en ese momento de los más oportunos criterios técnicos y administrativos para manejar el proceso de regionalización. Las autoridades institucionales, tanto de dirección política superior como las normativas y las ejecutivas, procuraron establecer las alternativas más viables y factibles que procurasen la adopción de una configuración geográfica espacial uniforme y ajustada al modelo nacional propuesto por la Oficina de Planificación Nacional, Ofiplan, (hoy el Mideplan), buscando con ello facilitar la premisa de fomentar una planificación regional que favoreciera el desarrollo económico y social de las comunidades. Sin embargo, el proceso de regionalización no consistía solamente en alcanzar este objetivo; implicaba también el desarrollo de una serie de instancias administrativas concomitantes a la delimitación geográfica para dar sentido dinámico y sistémico al proceso; esto es, la desconcentración de la capacidad gerencial para la toma de decisiones en los equipos de trabajo regionales,

a los mecanismos de comunicación y coordinación entre las distintas agencias intra e intersectoriales, al desarrollo de un subsistema de información regional en salud, a la capacitación permanente del recurso humano según los diagnósticos de necesidades regionales y locales. Los logros alcanzados durante la década fueron la plataforma sustantiva para la implementación del subsistema de dirección y planificación regional que vendría en la década siguiente.

2.2.3.6 Oferta de servicios por niveles de atención

Ya para ese entonces, a partir de la experiencia provocada por la ejecución de los programas de extensión de cobertura y la universalización de la seguridad social, se definió un modelo de entrega de servicios basado en el concepto de niveles de atención, el cual se definió atendiendo los requerimientos de las poblaciones según su tamaño, sus recursos, sus condiciones de salud, sus instituciones, y otros elementos afines. Esto dio origen a la definición de cuatro niveles de atención, cuya denominación y características se especifican de seguido:

1. Nivel básico de atención, con la responsabilidad de desarrollar acciones de salud sencillas a cargo de personal auxiliar debidamente capacitado, con el apoyo y la supervisión de personal profesional y técnico del nivel inmediato superior.
2. Nivel de atención médica general, destinado a ofrecer servicios de salud de tipo general, con la

participación permanente de profesionales en las especialidades básicas.

3. Nivel de atención médica general especializada, a cargo de brindar atención en las especialidades básicas y algunas subespecialidades.
4. Nivel de atención médica altamente especializada, que incluye las subespecialidades a cargo de personal debidamente especializado.

Esta definición tuvo como objetivo evitar diferencias entre las actividades preventivas y las curativas, y garantizar la accesibilidad de la población a los servicios para su atención integral en el nivel adecuado; en forma complementaria, procura alcanzar una activa participación comunitaria, una desconcentración de los servicios de salud orientando las nuevas inversiones hacia los sectores más vulnerables y periféricos, así como para el uso de tecnologías más apropiadas en el nivel correspondiente.

La década de los 70 fue prolija en materia de transformaciones sustantivas en el sistema de servicios de salud del país; la sanción de una legislación absolutamente innovadora, la implementación de políticas y estrategias de avanzada, los cambios sucedidos en favor de un desarrollo institucional coherente, un posicionamiento real de las instituciones del sector salud en la sociedad civil y política, y una orientación estratégica del sistema de servicios de salud hacia el alcance efectivo del cierre de la brecha social, pueden estimarse como los principales

logros de ese entonces. Sin embargo, no resultó ser tan firme la plataforma que soportaba el desarrollo del modelo, como se procurará precisar resumidamente en el siguiente apartado.



2.2.4 La década de los 80: la inestabilidad del sistema provocada por la crisis económica y social del país

2.2.4.1 Aspectos de carácter general

La década de los 80 igualmente tuvo sus características particulares; fueron severas las repercusiones económicas, sociales y políticas en el contexto general de la sociedad civil, siendo de las más graves la caída del producto interno bruto, la inflación galopante, el desempleo abierto, el endeudamiento externo y el servicio de la deuda externa. Sin embargo, el país tenía una plataforma de organización institucional ya establecida que vendría a representar

un instrumento de apoyo oportuno para intentar la superación de la crisis por aproximaciones sucesivas. Tal plataforma puede caracterizarse por el Sistema de Planificación Nacional y el desarrollo institucional de toda la Administración Pública, con sus diferentes alcances y limitaciones en términos jurídicos y políticos.

En este escenario, el Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986 denominado “Volvamos a la Tierra“, planteaba que era necesario ejecutar todas aquellas medidas que tendiesen a frenar el proceso recesivo y a estabilizar la economía en el corto plazo, para luego poner en marcha las políticas que fuesen capaces de hacer entrar al país, a mediano plazo, en un proceso de crecimiento sostenido. El plan reconocía que, a pesar de todos los esfuerzos que se realizasen, el crecimiento que se podía lograr a mediano plazo era bastante moderado, ya que estarían actuando como limitantes una importante cantidad de factores externos e internos a la economía nacional.

Asimismo, se restringía el crecimiento del aparato estatal, lo que permitiría la orientación de una mayor proporción de recursos hacia los sectores productivos. Otro elemento básico de la estrategia política era el fomento intensivo a las actividades exportadoras y una transformación del hábitat agrario, de tal forma que hubiese una mejora sustantiva en las condiciones de vida y una reducción de las migraciones hacia las zonas urbanas.

En lo que al Programa del Sector Salud se refiere, su

objetivo principal era prácticamente explicable por sí mismo pues lo definía como “mantener y mejorar los indicadores de mortalidad y morbilidad por patologías propias del subdesarrollo alcanzados hasta ahora, y prevenir el aumento acelerado de padecimientos predominantes en los países industrializados”. Y, además, “lograr el funcionamiento armónico y coordinado de todas las instituciones del Sector bajo el concepto de sistema, que permita el uso más racional posible de los recursos”. Por otra parte, la estrategia para alcanzar ese objetivo giró alrededor de la intención de crear y consolidar un nuevo modelo de atención médica en el país – un Sistema Nacional de Salud – que funcionare integralmente, con mayor eficiencia que los servicios existentes en ese entonces y, sobre todo, con menores costos. En él se procuraría eliminar las diferencias entre la población asegurada y la no asegurada, y se promovería la máxima participación de la comunidad, como uno de los fundamentos primordiales para el cambio.

Referente al desarrollo mismo del Sector Salud, para mejorar la calidad de los servicios y extender la cobertura de manera compatible con los recursos existentes, se hacía necesario reestructurar e incrementar la capacidad operativa del sector y fortalecer la infraestructura instalada. Se consideró que la mejor estrategia era definir y establecer un Sistema Nacional de Salud, articulado intra e intersectorialmente, dándole plena vigencia al modelo de regionalización, readecuando los niveles de atención, manejando tecnología apropiada, desarrollando

instrumentos de coordinación funcional convenientes al interior y exterior del sector. Este sistema contemplaba la planificación coordinada de servicios a nivel central, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local. En él participarían las instituciones del Sector Salud sin perder su autonomía, aceptando uniformar sus criterios y procedimientos administrativos y técnicos en los más diversos aspectos, con el fin de lograr resultados positivos en relación con la salud de las personas.

En este estado de cosas, con fundamento en la Ley de Planificación Nacional No. 5525 de abril 1974, que estableció en su Artículo 1 el Sistema Nacional de Planificación, se dictó el Decreto Ejecutivo No. 14313-SPPS-PLAN en febrero de 1983, el cual promulgó el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud, bajo la orientación de Decreto Ejecutivo 14184-PLAN que a su vez creó el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial. Este decreto estableció, en el Artículo 3, el Sector Salud y en el Artículo 12 definió los términos operativos pertinentes para el ejercicio de la función rectora como una atribución de los ministros de cada sector. Quedó entonces definida la función de rectoría del sector como una competencia del Ministro, quien recibiría el apoyo de otras instancias como el Consejo Nacional Sectorial de Salud, la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial y las Direcciones Sectoriales Regionales.

Para el cuatrienio 1986-1990, las autoridades políticas

eran conscientes de que la situación nacional en materia de salud imponía la obligación de definir una política que, por una parte, se apoyara con firmeza sobre los logros obtenidos hasta ese momento, procurando su consolidación, y por otra parte que dirigiera la mirada hacia el futuro, en el cual sería necesario enfrentarse a los problemas propios de los países ricos, en el contexto de una economía de país pobre. Si bien se había avanzado en materia legal y organizacional, así como de actitudes positivas para una coordinación interinstitucional efectiva, se indicaba que aún había mucho camino que recorrer para lograr el objetivo de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Se consideraba necesario llevar a cabo una eficaz desconcentración de funciones con delegación de autoridad; universalizar la programación de actividades a nivel regional y local, y perfeccionar un sistema de información que facilitara la administración del proceso; obtener una mejor asignación y gestión financiera; evaluar los programas existentes, sus objetivos, sus métodos y procedimientos; y definir una política de salud que en unos aspectos mantuviera la trayectoria seguida por el país, y que en otros generase los cambios de dirección necesarios. En este escenario, se formularon los siguientes lineamientos políticos:

- Salud para todos como meta social y compromiso nacional e internacional
- Desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de las instituciones que integran el Sector Salud
- Fortalecimiento de la infraestructura de los

servicios de salud

- Consolidación de los avances en salud y abordaje de nuevos problemas y enfoques en la atención integral de la población
- Participación de la comunidad en todas las actividades del Sistema de Servicios de Salud
- Prioridades en la prestación de servicios.

En función de tales lineamientos generales de acción, se indicaba que el Ministerio de Salud asumiría plenamente la función de rectoría que indicaban las disposiciones legales y políticas del país, con participación absoluta de las instituciones componentes del sector, tanto públicas como privadas, y este proceso integrador de esfuerzos sería la base fundamental para el alcance de la meta de Salud para todos en el más breve plazo.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud requería del ordenamiento del sector, en el cual cada institución integrante tuviera definidas sus áreas de competencia, sus responsabilidades en la prestación de servicios integrales a la población y las interacciones entre ellas.

2.2.4.2 Ordenamiento institucional a partir de la organización sectorial

Antecedentes

El primer modelo de ordenamiento institucional con enfoque sectorial se estableció en el Capítulo II, Sección V *Del Consejo Nacional de Salud*, Artículo 11, Ley Orgánica

del Ministerio de Salud No. 5412, noviembre de 1973, en el cual se definió la integración del aludido consejo y se indicaba que sería presidido por el Ministro de Salud o, en su defecto, por el Viceministro. Este artículo no ha sido modificado, lo cual implica que se encuentra vigente; además, la referida norma jurídica tiene el carácter de “ley de orden público” y, por lo tanto, solo otra disposición de similar jerarquía puede modificar, total o parcialmente, la ley original.

Por otra parte, en el Capítulo IV *De las Oficinas Sectoriales*”, Artículos 12, 13 y 14, de la Ley de Planificación Nacional No. 5525, abril 1974, se crearon las unidades u oficinas de planificación y se les establecieron sus competencias; la propia del Ministerio de Salud se creó en el Capítulo II, Sección II *De la Unidad Sectorial de Planificación*, Artículo 8; esto ocurrió en noviembre de 1973.

En el año 1977, la Ofiplan presentó el documento Aspectos Administrativos y Jurídicos de una Sectorialización Administrativa; se planteó en la referida instancia que la sectorialización es la fórmula más racional de organizar la Administración Pública, a la par de una reorganización de la Administración Regional, de modo tal que se procure una mayor y mejor distribución del poder político. Esto lo planteó el Lic. Oscar Arias Sánchez, en aquel momento Ministro de Planificación Nacional y Política Económica. Con carácter de complemento a esta iniciativa, mediante el Decreto Ejecutivo No. 9644-P-OP, del 20 de febrero de 1979, se creó el Subsistema de Planificación.

Hechos más relevantes sucedidos en el período

Con fundamento en el marco jurídico referido en los distintos apartados descritos anteriormente, así como en los lineamientos generales de política de gobierno contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986 *“Volvamos a la tierra”*, se emitió el Decreto Ejecutivo No. 14184-PLAN- *“Creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial”*, enero 1983, el cual pretendía reordenar todos los sectores que constituían la Administración Pública, a partir de dos grandes agrupaciones: a) los sectores sociales y b) los sectores económicos; los máximos jefes en cada una de esas agrupaciones fueron los dos Vice Presidentes de la República. Así, el Ing. Alberto Faith Lizano tuvo a su cargo la presidencia de los sectores económicos y el Lic. Armando Arauz Orellana la propia de los sectores sociales. El subsistema definía, por una parte, los elementos organizacionales y funcionales de este, y por otra los deberes y las responsabilidades de los jefes, de las comisiones, las secretarías y otras instancias.

Igualmente, con los mismos fundamentos supra citados, se dictó el Decreto Ejecutivo No. 14313 –SPPS-PLAN *“Creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud”*, febrero de 1983, en el cual se constituía el Sector Salud, y se establecían su integración, sus objetivos, las comisiones, los comités y las secretarías afines con sus respectivas competencias. Es importante destacar que, con fundamento en el Capítulo Sexto, Artículo 16, se estableció la Secretaría Ejecutiva de

Planificación Sectorial, que por un lapso de cuatro años aproximadamente cumplió el rol que le fue asignado y estuvo instalada en las oficinas centrales de la CCSS.

No obstante existir un decreto ejecutivo que creaba el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial de Salud, en donde se definían claramente las instituciones componentes del sector y la organización y funcionamiento correspondientes, era notoria la ausencia de algunas instituciones en el proceso de desarrollo del sector como un Sistema Nacional de Salud. Preferentemente dos instituciones, la CCSS y el Ministerio de Salud, habían tomado el liderazgo en la ejecución de acciones, pero aún entre ellas mismas se observaba desarrollos institucionales incongruentes con el funcionamiento sistémico del sector.

A pesar de que existía (y aún existe) un Ministro Sectorial responsable de dirigir y coordinar el sector, con funciones claramente definidas en la legislación vigente, y que contaba con apoyos inmediatos como los antes definidos, se observaba que estos apoyos habían sido insuficientes para poder desarrollar toda la función gerencial del sector, y en donde más se observaba esta debilidad era en que no se había podido desarrollar plenamente del sector como un sistema.

No obstante que se dio inicio a un proceso de integración de servicios en los primeros años de esta década, aun persistían grandes problemas de descoordinación a todo

nivel entre las instituciones del sector, y entre el sector y otros sectores afines.

Los modelos de atención ambulatoria a cargo de la CCSS y el Ministerio de Salud, si bien llenaron a satisfacción las necesidades de las dos décadas inmediatas pasadas, en esos momentos llegaron a considerarse con clara evidencia de deterioro; esto pudo deberse a que no había habido un paralelismo entre el desarrollo del sector y la dinámica misma de la prestación de los servicios de salud. Tal desfase pudo haber inducido a pensar en el deterioro del modelo como producto de una deficiente administración de los recursos, así como de una representativa lentitud en el desarrollo institucional y sectorial.

Existían también importantes debilidades funcionales en los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención, según el modelo que oportunamente se describió.

La legislación en materia de salud habida hasta ese momento, ya mostraba importantes requerimientos de revisión, ajuste o reglamentación, a efecto de compatibilizarla con los requerimientos del sector y sus instituciones de esos momentos.

Ante el incontrolable incremento de los costos de operación del modelo y el improbable aumento de los recursos financieros para los diferentes actores, se imponía una mejor asignación y administración de los mismos.

Quizá la mejor explicación de la presencia de todas estas debilidades y amenazas, era la ausencia de un Sistema de Planificación Integral , que orientara y ordenara el desarrollo del sector como un sistema, en términos efectivos, reales, evidentes; además de que durante esa década aún persistían importantes redundancias, vacíos e insuficiencias en la capacidad gerencial que demandaba la eficiente y eficaz ejecución del trabajo, en los contextos institucionales, intra e intersectoriales.

2.2.4.3 Resumen

Se alcanzó la consolidación del proceso de traspaso de hospitales a la CCSS y con ello se experimentó una mejoría en la cobertura de los servicios de salud (CCSS), así como de salud ambiental (MS e ICAA). El gasto público en salud necesariamente se redujo como una consecuencia de la crisis financiera del país, aunque esto no implicó desatención de la estrategia institucional estrella, esto es, la Atención Primaria. Se logró una adecuada atención de los refugiados y desplazados por los conflictos bélicos centroamericanos, en establecimientos donde se les proporcionó atención en salud, alimentación, control de gestantes, enfermedades inmunoprevenibles, de transmisión sexual y vectoriales. Se brindó un decidido apoyo al Plan “Salud, un puente para la paz”.

2.2.5 La década de los 90: el proceso de reforma del Ministerio de Salud

2.2.5.1 Situación global

La situación económica nacional, a principios de esta década, no era nada sencilla de manejar, pese a evidenciar un relativo mejoramiento. El asunto de la renovación de los créditos externos, provocó una instancia de renegociación, la que a su vez obligó a la definición y puesta en práctica de políticas de ajuste interno, que permitieran por su parte cumplir con los compromisos del programa de balance de pagos. Los bancos internacionales condicionaron la renegociación de la deuda externa, a la firma de un convenio con el Fondo Monetario Internacional. Esta circunstancia indujo a la formulación de los llamados programas de ajuste estructural.

El primer programa que se llevó a cabo fue el así llamado “PAE I”, que consistió en el impulso de una reforma comercial para liberalizar la economía, así como una reforma fiscal para reducir el tamaño del sector público, a partir de la premisa de que ello propiciaría un mejoramiento continuo en la eficiencia de las instituciones públicas, particularmente del Gobierno Central.

Con el “PAE” 2 se procuró la apertura de la economía al mercado internacional, y para ello se establecieron estrategias macroeconómicas tales como el fomento, mediante incentivos, a las exportaciones, la reducción de impuestos, la restricción en la aplicación de subsidios,

la venta de instituciones públicas al sector privado y la reducción del aparato público.

2.2.5.2 Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud CR-012/BID

Por otra parte, en el contexto del proceso de Reforma del Sector Salud, así como del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud CR-012/BID, se formuló el Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, Agosto 1992, con dos objetivos fundamentales: a) Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y b) Traspasar a la CCSS los servicios de atención directa a las personas. Por otra parte, se razonaba que la rectoría del sector a cargo del Ministerio de Salud era una necesidad inobjetable por tres razones fundamentales: a) la crisis económica y los programas de ajuste estructural que estaban en marcha, orientaban hacia la racionalidad en el uso de los escasos recursos económicos del país; b) ya existían en el Ministerio de Salud y en la CCSS procesos de regionalización, desconcentración y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), para fortalecer la atención integral a las personas y al ambiente donde estos viven, y c) indicaba que la organización de los servicios de salud requería, por su complejidad, costo y trascendencia social, de una dirección política y una conducción técnica únicas, de ámbito nacional. Estos dos conceptos *dirección política*, como una competencia propia y exclusiva de los jefes institucionales, así como *conducción técnica*, entendida como una responsabilidad delegada a todos

los ejecutivos según cada contexto organizacional, se han venido manejando regularmente durante los últimos veinte años.

2.2.5.3 Políticas y Estrategias para el Sistema Nacional de Salud: década 1990-2000

En un esfuerzo de resumen, las políticas y estrategias del Sistema Nacional de Salud para esta década 1990-2000, se pueden describir de la siguiente manera:

a) Rectoría y Sistema Nacional de Salud

Las políticas y estrategias que se ejecutarían durante esta década, se orientaban a la consolidación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, creando e implementando las factibilidades legales, administrativas y técnicas que permitirían el ejercicio efectivo de la rectoría por el Ministerio de Salud. En lo esencial, las políticas promovían la estructuración de las instituciones del Sector Salud, con el fin de establecer el Sistema Nacional de Salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, el desarrollo de nuevos modelos de administración de los servicios, así como de coordinación interinstitucional e intersectorial que permitirían una eficiente y eficaz gestión administrativa del sistema, en una coyuntura de ajuste estructural. Las estrategias que apoyarían la concreción de estas políticas procuraban la revisión de las bases conceptuales, jurídicas y administrativas necesarias para consolidar el

funcionamiento de los componentes del Sistema Nacional de Salud, dentro del proceso de desconcentración y descentralización, así como de los lineamientos establecidos en la Reforma del Estado; igualmente, el análisis y la actualización de la estructura organizacional del Ministerio de Salud, así como de las instituciones del Sector Salud, que permitan facilitar el cumplimiento del rol rector del Ministerio y apoyar la estrategia de Reforma del Estado.

b) Cobertura de servicios

Independientemente de la crisis económica y social por la que atravesaba el país en esos momentos, se estimó necesario modernizar las políticas y las estrategias en esta materia, de modo que fueran fortalecidos los servicios de atención integral, priorizando los grupos sociales desprotegidos. En tal contexto, las políticas giraron sobre la base de vigilar y mantener los niveles alcanzados en salud, a partir de las estrategias de extensión de cobertura en el marco de la atención primaria y la meta de “Salud para Todos en el año 2000”; reducir la brecha social de cobertura y calidad de los servicios con capacidad de gestión; readecuar los servicios primarios de atención, con el fin de ajustarlos al perfil epidemiológico y dirigirlos a los grupos más afectados por el programa de ajuste estructural; apoyar los programas de prevención y mitigación de desastres naturales, prevención de accidentes laborales y de tránsito, control de plaguicidas y otros contaminantes agroindustriales. Las estrategias que procuraron concretar estas políticas giraron alrededor del

incremento de la cobertura de los servicios con calidad y equidad; establecimiento de instrumentos de seguimiento y evaluación del sistema, que permitirían asegurar la accesibilidad, la disponibilidad, la oportunidad y la calidad del servicio; la descentralización administrativa y desconcentración de servicios; y el impulso al desarrollo de la medicina familiar y comunitaria.

c). Salud Ambiental

El contexto ambiental del país durante la década en referencia, en un esfuerzo de síntesis que permita un conocimiento aproximado, es posible desagregarlo en los siguientes componentes:

- a) *Uso insostenible del suelo.* En Costa Rica ha sido notoria la ausencia de un adecuado ordenamiento territorial, tanto para la planificación del desarrollo agropecuario, como para manejar la creciente urbanización y desarrollo de la infraestructura, lo cual ha provocado problemas de degradación ambiental y la intensificación de la vulnerabilidad de los llamados “desastres naturales”. El impacto negativo de la deforestación es cada vez mayor, así como el deterioro de las cuencas hidrográficas, el uso inadecuado del suelo y el impacto sobre las áreas costeras (erosión, desechos agropecuarios e industriales, descargas domésticas).
- b) *Contaminación Ambiental.* El uso de plaguicidas, pesticidas y la contaminación han alcanzado cifras impresionantes, con secuelas para la salud

(intoxicaciones, reacciones alérgicas, dermatitis, v.gr.).

- c) *Contaminación del agua.* Muchos ríos, riachuelos y quebradas han servido como medio de eliminación de aguas negras y desechos sólidos domésticos, así como aguas residuales y desechos industriales y agropecuarios.
- d) *Contaminación de alimentos con microorganismos y por plaguicidas.*
- e) *Manejo inadecuado de desechos sólidos.* Ha sido evidente la falta de educación en el manejo de desechos, al observar que se arroja basura en lotes baldíos, aceras, ríos y vertederos improvisados. En la actualidad no se aplica el término “desechos sólidos” sino “residuos”; aquí se respeta la forma originalmente aplicada durante la década en referencia.
- f) *Desechos sólidos industriales y desechos sólidos peligrosos de establecimientos de salud.* Desde el punto de vista de la salud, el manejo inadecuado de los residuos tiene implicaciones adversas en el nivel y estructura de esta, toda vez que los vertederos espontáneos y los de cielo abierto son focos de contaminación permanente.
- g) *Estructura insostenible de consumo energético y emisión excesiva de gases.* Del total de energía consumida en el país, cerca de un 60% provenía de derivados del petróleo. Se estimaba que las emisiones por automotores constituían un 70% de las emisiones totales de la gran área metropolitana.

Los vehículos que circulaban en San José durante 1885 eran aproximadamente 97.556, mientras que en 1997 eran 167.250.

Desastres naturales

Son varios los tipos de amenazas que son prácticamente permanentes en el país, sobresaliendo los terremotos, las amenazas por fallas geológicas, por inundaciones, temblores, deslizamientos y amenazas volcánicas directas. A modo de ejemplo, recuérdese los terremotos de diciembre 1990 y abril de 1991, así como el huracán César en julio de 1996.

Tendencias en el recurso hídrico.

Contaminación del agua: en el año 1979, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) inició un programa de investigación sobre el potencial de los recursos hídricos, tanto superficiales como subterráneos, y un análisis del estado en ese momento, así como del deterioro ambiental de los demás recursos, dentro del concepto, ámbito y rol de las cuencas hidrográficas. Se identificaron áreas de drenaje ubicadas en diferentes sectores del territorio nacional, en donde los cambios drásticos y la presión por el uso de la tierra, sumado a la intensidad de las actividades urbanas, industriales, agroindustriales, agropecuarias y mineras, entre otras, provocaron desequilibrios que afectaron directamente la calidad y cantidad del agua. Entre los principales

determinantes de esta situación están:

- . Distribución irregular e incremento constante de la población.
- . Presión por el uso de la tierra en zonas no aptas.
- . Apertura de vías de comunicación sin ninguna planificación.
- . Explotación irracional de minería a cielo abierto.
- . Descarga y vertido de aguas residuales y aguas negras.
- . Procesos de quema e incendios forestales.
- . Conflictos por el uso del recurso hídrico.
- . Nuevas áreas residenciales en sitios de captación de manantiales.
- . Contaminación por abuso excesivo y sin control de agroquímicos.

Tratamiento de aguas residuales

La cobertura del tratamiento de las aguas servidas a nivel nacional era muy baja; solo existían 8 plantas de tratamiento, pequeñas y sobrecargadas en su capacidad operativa, aparte de mostrar deficiencias en su manejo.

Alcantarillado sanitario.

La administración y distribución del agua potable y del alcantarillado sanitario se hallaba distribuido entre varios entes operadores, con una cobertura de 99.65% a nivel nacional (diciembre 1995). No obstante, la población servida con alcantarillado sanitario abarcaba únicamente el 23.94% de la población nacional durante

el año referido. Esta cobertura se hallaba concentrada en 11 centros urbanos, entre los que sobresalen San José, Heredia y Alajuela.

Coordinación intra e intersectorial

Durante la década de los 90, si bien el ICAA constituía parte del Sector Salud, la principal representatividad de este estaba entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social; la coordinación y comunicación de las entidades del subsector agua y saneamiento con las propias del sector eran prácticamente nulas. La relación funcional del ICAA con el Sector Vivienda y Asentamientos Humanos era también bastante débil.

En el contexto del escenario anteriormente descrito, se definió como política fortalecer el Subsistema de Salud Ambiental, de modo que permitiese alcanzar un medio ambiente sano y apto para el crecimiento económico y social, a partir de la integración de todas las acciones dispersas que se estaban ejecutando en esta materia a nivel nacional.

2.2.5.4 Resumen

En lo fundamental, durante esta década se inició el proceso de Reforma del Sector Salud, el cual se destacó por un fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud, así como por la consolidación del sistema de prestación de servicios integrales de salud a toda la población nacional

por parte de la CCSS. En el primer caso, es importante señalar el cambio sucedido en la modalidad de servicios de atención primaria a cargo del Ministerio, cumplida por Técnicos de Atención Primaria, los cuales se traspasaron a la CCSS; esto permitiría que el Ministerio se ocupase entonces de llevar a cabo funciones de rectoría en los tres niveles de gestión. En el segundo caso, se realizaría una readecuación del modelo de atención con énfasis en cobertura universal e integral a toda la población, en las áreas y problemas prioritarios de salud.

De esta manera, se propició el desarrollo de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), como primer nivel de atención en las comunidades con menores recursos. Las Cooperativas de Salud asumieron una mayor responsabilidad en el desarrollo de los EBAIS ubicados en el Área Metropolitana. También, como parte de la función rectora del Ministerio de Salud, se alcanzó la fortificación de la harina de maíz con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B; se fortalecieron los programas de control y prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), como el Dengue y la Malaria; igualmente se tomaron medidas para el control y prevención del Cólera; y se creó el Instituto Nacional del Cáncer.

Sin embargo, a juzgar por los contenidos del Plan Nacional de Salud 1994-1998, así como del Plan Nacional de Salud 1998-2002, no parece apreciarse un grupo importante de estrategias dirigidas al cumplimiento de competencias rectoras, en un contexto más allá del desarrollo del sistema

de prestación de servicios de salud a las personas. Son dos planes en los cuales prima el enfoque biológico que, si bien es importante, no lo es todo en el contexto de la rectoría de la salud. Las áreas de acción y las actividades que dominan los contenidos de ambos planes están dirigidas sustantivamente a la oferta directa de servicios, con una débil atención al tema de rectoría; no obstante, parece apreciarse que va tomando interés político este tema, razón por la cual parecería inferirse que el reto para progresar en esta materia quedaría para el tercer milenio. Sin embargo, es importante destacar que estas áreas de acción no fueron sujeto de una evaluación de su impacto sobre los determinantes y condicionantes de la salud, al no existir las condiciones técnicas que hubiesen permitido tal gestión.

Con la conclusión de la década de los 90, termina también un siglo de acontecimientos muy diversos en el tema de la organización y funcionamiento de los servicios de salud en el país, en el cual los avances en su desarrollo, analizados desde el punto de vista de su eficacia, determinan un progreso muy significativo en términos del nivel y estructura de la salud.

CAPÍTULO III

La Rectoría de la Salud: un reto del tercer milenio

3.1 La primera década del siglo XXI

a) Administración de Gobierno 1998-2002

Si bien el propósito de este trabajo es presentar, de manera adecuadamente resumida y objetiva, las características y los demás aspectos fundamentales del desarrollo institucional del Ministerio de Salud, por la actualidad de los contenidos analizados a partir de este capítulo, se ha procurado identificar las referencias más importantes de los contenidos de los planes nacionales de desarrollo y su vínculo con la política, los planes y los proyectos estratégicos de salud.

La Administración de Gobierno 1998-2002 asumió, en su momento, el reto y el compromiso político de enfrentar el inicio de un nuevo siglo y de un nuevo milenio. En su debida oportunidad, propuso a la ciudadanía el Plan Nacional de Desarrollo Humano 1998-2002, con la obvia inclusión del programa del Sector Salud. Ahora bien, con fundamento en este programa, así como en el resto de lineamientos políticos y criterios técnicos que suelen sustentar un plan, programa o proyecto, se elaboró la Política Nacional de Salud 1998-2002 y el Plan Nacional de Salud 1999-2004, que por primera vez un recurso de ese

tipo se formulaba para un sexenio, y tenía la deliberada intención de ser considerado más como un compromiso de Estado que como una responsabilidad cuatrienal del gobierno; además, fue refrendado no solo por el Ministro de Salud, sino también por los Presidentes Ejecutivos de la CCSS, del INS y del ICAA, a la sazón los representantes de las principales instituciones integrantes del Sector Salud.

La Política Nacional de Salud 1998-2002 estableció un conjunto de políticas nacionales por áreas de acción, desglosadas en tres capítulos, definiéndose así: Capítulo 1. Fortalecimiento Institucional; Capítulo 2. Atención a las Personas; Capítulo 3. Atención al Ambiente Humano. Por su parte, el plan supra citado se dividió en tres ámbitos, siendo el **Ámbito 1: Desarrollo y Consolidación del Sistema de Salud**, el que incluía un área de acción referida a la **Rectoría**, con cuatro políticas de salud y estas con sus respectivos planes, programas, proyectos y acciones específicas. Por ejemplo, la **Política de Salud 1** se define como:” Fortalecimiento del Ministerio de Salud en las funciones, procesos y actividades relacionadas con la rectoría de la producción social de la salud”; de igual forma, la **Política de Salud 2** establece la “Dirección y conducción de los procesos de formulación, implementación y seguimiento de la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud, por parte del ente rector”. He aquí, entonces, dos elementos claves para avanzar en el proceso de rectoría: a) se destaca, sin definirse, el concepto de producción social de la salud y

b) se establece el proceso de planificación estratégica de la salud. La organización y estructura institucional que servía de soporte para la ejecución de todas las acciones definidas como responsabilidad del Ministerio de Salud, era la establecida en el Decreto Ejecutivo No. 30921-S, publicado en el periódico oficial La Gaceta No. 11 del jueves 16 de enero de 2003, que definió el **Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud** de aquel entonces.

Por otra parte, debe destacarse el pacto ético y solidario suscrito por Costa Rica, junto con otros 188 países, relativo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a partir de los cuales se comprometió a contribuir en el alivio de la pobreza en el siglo XXI. Estos objetivos son mensurables y con límite temporal, tomando como base el año 1990 y estableciendo como plazo para el logro de las metas el año 2015. El detalle de tales objetivos es el siguiente: Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre; Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal; Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer; Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil; Objetivo 5: Mejorar la salud materna; Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

b) Administración de Gobierno 2002-2006

Esta Administración de Gobierno presentó al país su Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, mismo que establecía

el sector salud como **Sector Salud y Deportes**. Se definía, para el caso de las tres principales instituciones del sector, sus principales directrices de funcionamiento. Además, establecía, entre otras directrices, reactivar los mecanismos de coordinación sectorial y convertirlos en espacios de dirección y revisión permanente de las políticas y acciones que le competen al Ministerio de Salud; se esperaba que para el año 2003, se tuviese la Política Nacional de Salud y un sistema de información oportuno y confiable.

La Política Nacional de Salud 2002-2006, se formuló en su momento tomando en consideración un importante conjunto de principios orientadores, concretamente, equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad e inclusión social; así como tres ejes transversales, a saber: enfoque de género, enfoque de derechos y participación social. Por otra parte, fueron establecidos cuatro ámbitos para la conformación sustantiva de la política y estos fueron: Ámbito 1: Fortalecimiento y consolidación del sistema de salud; Ámbito 2: Equidad-universalidad-acceso y calidad de las acciones en salud; Ámbito 3: Recreación y promoción de la salud; Ámbito 4: Salud ambiental y desastres.

Por decisión política superior, esta administración no formuló el tradicional plan nacional de salud. En sustitución de este recurso, se elaboró la “Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. Diez Compromisos del Sector Salud”, que en la práctica tuvo la misma

representatividad, en términos de forma y contenido, de un clásico plan nacional de salud; simplemente se trató de darle otro nombre. Esos diez compromisos fueron, en esencia, lineamientos generales de acción que mostraron, la mayoría de ellos, un enfoque biológico típico de todos los planes anteriores, independientemente de que ya se venía manejando el concepto de producción social de la salud. Interesa destacar tres de esos compromisos dirigidos al contexto ambiental y sectorial: 6). Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico, y 7). Fomentar acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres; así como el 8). Consolidar la estructura y funcionamiento del Sector Salud, cuyo énfasis se circunscribía al ideal “ejercicio efectivo de la rectoría”. En el año 2003, se formuló y formalizó el Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010.

En el año 2002, por una loable iniciativa de las autoridades de dirección política de la institución, con la cooperación técnica de la OPS/OMS y la participación, entre otros actores sociales, de la CCSS, el ICAA, el INS y la UCR, se realizó por vez primera un Análisis Sectorial de Salud, que en lo fundamental consistió en un diagnóstico de la situación nacional relativa a áreas específicas, comprendiendo catorce temas tratados por catorce equipos de trabajo interinstitucionales e interdisciplinarios, quienes se dedicaron con gran responsabilidad y vocación a desarrollar cada uno de los temas que les fuera encomendado; para cada uno de ellos

el resumen constituyó un capítulo concreto del informe final. Así, por ejemplo, fueron denominados algunos de ellos: Capítulo 1: Contexto Económico, Político y Social; Capítulo III: Estructura Organizacional del Sector Salud; Capítulo VII: Gasto y Financiamiento de la Atención de la Salud; Capítulo XIV: Vulnerabilidad y preparativos para desastres. Es importante destacar el siguiente comentario extraído del análisis aludido: “La modernización de los servicios de salud, cuyos esfuerzos iniciales comienzan a finales de la década de los ochentas y principios de los noventas, respondió a factores críticos que replanteaban ajustes al financiamiento, la organización y la provisión de los servicios dirigidos a la atención de las personas. Fue así que se introdujeron medidas para flexibilizar los mecanismos de contratación y empleo, como una manera de enfrentar los retos de ese momento, pero sin que se comprometiera el sistema público de salud por caminos que no dan posibilidad de volver hacia atrás, tales como los de la privatización u otros sistemas que, desde su propia estructura, promuevan la exclusión social. La irreverencia con que el país ha rechazado modelos sanitarios que se han introducido en otras latitudes y con diferentes expectativas de desarrollo social, ha hecho que se pueda mantener un sistema caracterizado por su universalidad y por un desempeño que ha permitido lograr y mantener, hasta ahora, indicadores de salud comparables a otros sistemas con mayor inversión y de países con una economía más desarrollada”. (Análisis Sectorial de Salud COSTA RICA 2002, OPS/OMS). Otro esfuerzo similar se realizó sobre las funciones

esenciales de Salud Pública en fecha más o menos similar, así como otro que comprendió una evaluación del proceso de planificación estratégica local, del cual no hubo un informe final debidamente consolidado. Sin embargo, sí se produjeron importantes avances en los procesos de seguimiento y evaluación, definiéndose incluso el Sistema de Seguimiento y Evaluación, compuesto por el Sistema Nacional de Evaluación (SINE), el Sistema de Evaluación y Desarrollo Institucional (SEDI), el Sistema de Evaluación Físico-Financiero y el Sistema de FODESAF (Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares), el Análisis de Contexto en Salud (ACOS), y finalmente el Seguimiento y la Evaluación de la Planificación Estratégica (SEPE).

De esos componentes del sistema, el SINE tenía como propósito medir el desempeño de las metas de producción (compromisos de resultados) asumidas por las autoridades de la institución y que eran de interés especial para la Casa Presidencial; el SEDI medía el desempeño de las metas de producción de la institución e identificaba los factores que incidían en su cumplimiento; el FODESAF medía el cumplimiento de metas en materia de alimentación y nutrición, y su relación con la asignación presupuestaria; el Sistema de Evaluación Físico-Financiero analizaba el logro de productos, el cumplimiento de las metas y la ejecución presupuestaria; el ACOS describía y analizaba los determinantes de la salud y apoyaba la medición del impacto de las acciones estratégicas en las condiciones de vida de la población. Todos estos componentes eran responsabilidad del Ministerio de Salud.

También, en este mismo período, se elaboró por primera vez una política en salud exclusiva para las poblaciones indígenas, bajo la coordinación de un equipo asesor de la Sra. Ex Ministra de Salud Dra. Rocío Sáenz. Una dinámica particular permitió el trabajo conjunto con la CCSS en dicha materia y se desarrolló el Primer Foro de Salud de los Pueblos Indígenas y la creación mediante decreto ejecutivo del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.

c) Administración de Gobierno 2006-2010

Esta Administración de Gobierno presentó al país su Plan Nacional de Desarrollo, Jorge Manuel Dengo Obregón, 2006-2010, iniciándose con una cita del dedicado: “Desarrollo, en esencia, significa trabajo de alta productividad social y organización para crear procesos acumulativos, que emanen sus beneficios en forma equitativa, a toda la colectividad, comprometida en el esfuerzo”. En el Capítulo 2, Eje de Política Social, apartado 1.3 El sistema nacional de salud, se indica que las condiciones de salud que experimenta el país “... hacen imperativo un cambio en el enfoque de los servicios de salud pública, el cual puede sintetizarse diciendo que es necesario realizar una transición de la atención de la enfermedad a la promoción de la salud,...”. A la postre, este comentario originaría el lema que aún hoy se escribe al pie de página de los documentos oficiales del Ministerio.

Por su parte, el componente del Sector Salud del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, plantea en el punto **B. Retos nacionales: Políticas**, los siguientes lineamientos generales: **1). Contribución al desarrollo de una cultura que proteja y mejore la salud y el ambiente humano; 2). Garantía del acceso a servicios de salud de atención a las personas y al ambiente humano de calidad, oportunos y equitativos, para toda la población, con énfasis en los grupos vulnerables; y 3. Recuperación de la credibilidad y confianza en la gestión del Sector Salud.** Estas tres políticas generales definidas por el Ministerio Rector, mostraron absoluta consistencia con los compromisos del Programa de Gobierno, así como con las acciones estratégicas, sus objetivos afines y los indicadores propuestos en cada caso. Ahora bien, el hecho de que exista coincidencia entre ambas instancias, ello no implica por supuesto que el compromiso político ahí asumido se cumpliera punto por punto; corresponderá, en su debido momento, realizar una evaluación de gestión sobre cada una de las acciones estratégicas dirigidas al cumplimiento del referido compromiso, independientemente de los procesos rendición de cuentas y control interno establecidos en las leyes y reglamentos del caso, así como las evaluaciones de impacto que sean más relevantes. El lector podrá apreciar que los dos primeros “retos nacionales” o políticas, parecen ser como muy lógicos de expresar en este y en todos los planes de administraciones anteriores: proteger y mejorar la salud y el ambiente humano, y garantizar el acceso a servicios de salud. Y por último, de repente también el lector

podría preguntarse por qué razón se busca recuperar la credibilidad y confianza en la gestión del Sector Salud, o mejor aún por qué se perdió, por cuanto si algo se busca es porque se ha perdido.

Sin embargo, pese a estar ese recurso político fundamental definido tal y como se describió, al menos en los asuntos referidos, durante el período de marras no fueron elaborados, ni la Política Nacional de Salud 2006-2010 ni tampoco el Plan Nacional de Salud 2006-2010, habiendo quedado un abismal vacío que no fue posible superar, pese a haberse realizado algunos esfuerzos aislados e informales al respecto, que no pasaron de ser meramente propuestas, particularmente en la Dirección de Desarrollo de la Salud del Ministerio, misma que desapareció al implementarse la nueva estructura orgánica en el año 2008. Precisamente este nuevo ordenamiento organizacional propició la instalación de una dirección homóloga a la anteriormente citada, la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, dentro de la cual la Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud, parte de su personal y con la participación de un oneroso y nutrido acompañamiento de asesores “junior” y “senior” a título de “staff”, iniciaron en el año 2008 el proceso de elaboración del plan nacional de salud, que no alcanzaron a concluir completamente en el lapso referido.

Entonces, una lectura elemental de estos hechos, podría provocar que el lector se pregunte qué sucedió en materia

de planificación estratégica institucional durante la primera mitad de la referida administración. Y, por qué no, que tampoco pregunte por el proceso de rectoría.

Esta situación implicó, simple y llanamente, que no fue posible realizar una instancia de seguimiento, control y evaluación –al menos de gestión- de los contenidos del plan nacional o de la política nacional, o sea de lo que habrían sido sus planes, programas, proyectos o acciones específicas, simplemente porque no se definieron. Este detalle tiene, obviamente, sus implicaciones en términos de lo establecido en la legislación sobre rendición de cuentas y control interno. Esta observación no debe provocar confusión con respecto a los programas operativos institucionales (POI), otrora denominados planes operativos anuales, por cuanto estos si se habrían elaborado para poder integrarlos en la Ley de Presupuesto Nacional y se les habría practicado su correspondiente evaluación de gestión semestral y anual, según las normas establecidas al efecto por el Ministerio de Hacienda, y amparadas a la legislación existente. También, el Ministerio publicó el documento Políticas Institucionales con fecha 4 de junio de 2007, así como el Plan Estratégico Institucional 2008-2010; ambos documentos fueron fundamentales para la formulación de los respectivos planes operativos institucionales. Aclárese que estas instancias operan dentro del contexto del proceso de planificación intra institucional, cuyos contenidos conceptuales no son objeto de análisis en este documento.

En buena teoría administrativa, una organización pública o privada, grande o pequeña, primero planea su desempeño (función de planificación), luego ordena sus recursos disponibles en función de sus planes y programas (función de organización), de seguido los ejecuta (función de dirección) y concluye el ciclo con el seguimiento y verificación de resultados (función de control), y así reinicia el ciclo de su gestión. Este es el clásico enfoque de la administración como “proceso gerencial”, en esta institución y en todas las organizaciones del mundo.

El Ministerio, con el acompañamiento de un equipo consultor de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica y del Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), se ocupó de elaborar y ejecutar el proyecto conocido como “Proceso de Desarrollo Organizacional. Entre otros productos, se elaboró el Manual de Organización y Funciones. Junio, 2008”. Este proceso, en lo fundamental, constituyó una estrategia administrativa orientada al establecimiento del escenario organizacional y funcional, que serviría de base o soporte al desarrollo de todos los planes, programas, proyectos y acciones específicas, ya sea en la Política Nacional de Salud, las Políticas Institucionales, el Plan Estratégico Institucional, el Plan Operativo Institucional o el Plan Nacional de Salud, según la eventual existencia o disponibilidad de estos. En otras palabras, se enfatizó en desarrollar primero la segunda función del proceso administrativo y no se le dio prioridad a la primera; esta instancia, como se indicó, fue más conocida como

Proyecto de Desarrollo Organizacional, el segundo en la historia del Ministerio de Salud (la primera se inició, sin concluir, en 1978), cuyo costo para la institución fue de poco más de mil millones de colones gastados en consultorías y cuyo beneficio ha sido severamente cuestionado en todos los niveles y áreas de gestión en que participaron. Muchos documentos producidos e implementados durante el desarrollo del proyecto fueron puestos fuera de circulación, por razones muy simple de explicar, y otros tantos que quedaron activos demostraron, años después, severas deficiencias de forma y de fondo. Incluso, es posible hasta referir un importante sentimiento de rechazo entre el personal, particularmente en el nivel central, con respecto al estilo de conducción del proyecto por parte de autoridades institucionales y del equipo asesor, mismo que fue totalmente desatendido por las jerarcas del momento, bajo el razonamiento de que eran infundados. (*)

Incluso hasta puede llamar la atención el detalle de que una importante cantidad de documentos fueron presentados a nombre del **Ministerio de Salud de Costa Rica**, un particular totalmente innecesario e inusual porque no se trataba del Ministerio de Salud de Sri Lanka, de Namibia, de Islandia o de Estonia.

(*) Si el lector se interesa en conocer más detalles sobre este particular, puede consultar los informes *ad hoc* elaborados en su momento por la Dirección General de Auditoría del Ministerio de Salud, la Contraloría General

de la República y, en caso de juzgarlos insuficientes, puede realizar alguna gestión en la empresa Teletica Canal 7, la cual cubrió varios reportajes al respecto.

Por otra parte, como una innovación fundamental a lo largo de todo su desarrollo institucional, el ministerio elaboró el **“Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud - Marco Estratégico Institucional”**, cuya primera versión se publicó el 14 de marzo de 2008 y luego se formularon dos versiones más, publicadas en octubre de 2008 y en octubre de 2011 respectivamente. El modelo contiene, entre otros elementos sustantivos, una definición de conceptos como **Producción Social de la Salud**; describe los *determinantes* que influyen sobre el estado de la salud de las personas; la **Promoción de la Salud con sus recursos básicos**: *participación social, abogacía de la salud y mercadotecnia social en salud*. Plantea también los conceptos de **Servicios de Salud, Sector Salud, Sistema Nacional de Salud y Sistema de Producción Social de la Salud**. Además, describe las ocho **FUNCIONES SUSTANTIVAS PARA EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA**. El **MARCO ESTRATÉGICO DEL MINISTERIO DE SALUD** establece la **MISIÓN**, la **VISIÓN**, la **ESTRATEGIA MAESTRA**, los **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**, y los **VALORES INSTITUCIONALES** (1. Salud como cultura de vida y de trabajo, 2. Liderazgo, 3. Compromiso y 4. Efectividad). Curiosamente, como nunca sería de esperar, la oficialización de la tercera edición de este modelo no mejoró unos cuantos errores

conceptuales que venían arrastrándose de las dos ediciones anteriores, los cuales fueron debidamente informados y argumentados con todo lujo de detalle y precisión a las autoridades competentes en su momento, por parte de funcionarios de la institución y concedores de la materia. Si bien en el punto **2. INTRODUCCIÓN**, de la segunda edición, se indica que el primer “*Modelo*” fue sometido a la consideración de una importante cantidad de funcionarios de las direcciones del nivel central, regional y local, de la OPS/OMS, del Consejo Sectorial de Salud, de la empresa asesora de la Escuela de Ingeniería de la UCR, del MIDEPLAN, de la Contraloría General de la República y hasta de representantes sindicales, ello no exenta para nada que el modelo, por ejemplo, en su tercer versión, haya dejado de arrastrar errores de forma y de fondo . Extraña, incluso, que a semejante calidad y cantidad de participantes, se les haya pasado el reconocimiento *-in sito-* de los errores explicados y razonados en su debida oportunidad. Por la vía formal, en octubre y noviembre de 2011, y respetando en todos sus extremos la jerarquía administrativa, se les hizo llegar a las autoridades de turno estas apreciaciones las cuales, al no ser cuestionadas en ninguno de sus extremos, se da por aceptadas de hecho, pero nada más; este *modelo conceptual* es un recurso para sustentar las directrices institucionales, que no puede ni debe **evidenciar** deficiencias de ninguna naturaleza. Posiblemente, las eventuales correcciones se harán en la cuarta edición y, de no ser así, seguirán pesando en el modelo, con las implicaciones correspondientes en asuntos de forma

y, por supuesto, de contenido. No resulta de sencilla explicación por qué si se señalan errores, se argumenta y se razona la naturaleza de las fallas, y se proponen los ajustes del caso, se desestime totalmente este apoyo ofrecido solo como una opción de mejoramiento continuo.

En la Gaceta No. 105 del lunes 02 de junio de 2008, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 34510-S, el cual establecía el nuevo **Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud**. Este reglamento inicia con un primer capítulo denominado **Disposiciones generales**, que ciertamente innova la presentación clásica de esta modalidad de recurso, pues incluye: un conjunto de definiciones básicas para facilitar la comprensión de sus contenidos; el marco estratégico la institución como ente rector de la producción social de la salud; las funciones específicas de rectoría de la producción social de la salud; y la organización general del Ministerio en sus tres niveles de gestión. Aun así, el reglamento es omiso en la descripción de deberes y responsabilidades a nivel de unidades organizativas, al menos, en la mayoría de los casos, aparte de que se diseñó a partir de procesos y no de funciones, lo cual limita representativamente su efectividad como tal. Sin embargo, como resultado de un conjunto de cambios organizacionales que ya han sido debidamente autorizados y por lo tanto son ya oficiales, según constata en el DM-620-12, con fecha 31 de octubre de 2012 y refrendado por Silvia Hernández Sánchez, Ministra a.i. del Mideplan, los cuales serán referidos y explicados en punto adelante, este reglamento

requiere ser sustituido. Con fundamento en el referido reglamento, fue elaborado el organigrama institucional, el cual arrastra consecuentemente las debilidades mencionadas. En otras palabras, a partir de una nueva redacción y oficialización del reglamento orgánico, deberá formularse un nuevo organigrama institucional. (*)

En octubre de 2008 se instaló la nueva estructura organizacional del Ministerio de Salud, sustentada en el Decreto Ejecutivo No. 34510-S de junio del mismo año, el cual establecía el Reglamento Orgánico de la institución, como ya se indicó.

En Octubre de 2009, la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, presentó con carácter de documento borrador preliminar el **Plan Nacional de Salud y Protección Social** el cual, en su momento, pudo haber constituido un importante esfuerzo del grupo responsable de su redacción, pero que habría evidenciado algunas deficiencias de forma y de contenido superables de haber continuado su proceso de formalización, mismo que no se alcanzó durante la administración en referencia. Por ejemplo, el plan agregaba “...y **Protección Social**”, probablemente por la naturaleza de sus **Enfoques y Principios Orientadores (Derechos Humanos, Cohesión Social, Diversidad, Igualdad y Equidad de Género)**. Además, se planteaba un esquema con el título: **Alcance de la Rectoría en el Sector Salud y Sector Social**. Es posible que en ese entonces, la aludida dirección de planificación estratégica

no tuviera claro el alcance de la rectoría, que aun anterior a esa fecha se había definido que era, y es, sobre el sistema de producción social de la salud, concepto que va más allá del referido alcance (*). Además, pese a ser un documento previo, se carecía de algunos recursos elementales e insoslayables propios del proceso de planificación estratégica tales como la inclusión de una línea base (diagnóstico), la definición de los productos esperados, el impacto de estos sobre los determinantes y el estado de la salud, la determinación de metas según objetivos, los indicadores de impacto, los cronogramas respectivos, los actores sociales responsables de la ejecución de las acciones, el financiamiento, y lo más importante la Política Nacional de Salud que lo sustentaría. Este plan no progresó más allá de ser un documento preliminar.

(*). De manera operativa, la capacidad política del ente rector es lo que le permite trascender el Sector Salud para incidir en el Sistema Nacional de Salud y, de ahí, en el Sistema de Producción Social de la Salud. La importancia de la capacidad política del ente rector radica en que, como recurso de poder, le permite ir más allá del sector involucrando a otros sectores, particularmente en asuntos de liderazgo, capacidad de convocatoria, concertación y negociación.

En diciembre de 2009, se presentó oficialmente el **Plan Nacional de Salud, Inclusión y Movilidad Social 2010-2021**. Se trataba de un plan estratégico, proyectado a cumplirse en los siguientes doce años, y que incorporaba buena parte de los contenidos originales del Plan Nacional de Salud y Protección Social recién citado. Este nuevo plan continuó arrastrando una importante cantidad de debilidades de forma y de contenido, que a la postre provocaron la imperiosa necesidad de realizarle un buen número de ajustes para darle un carácter más consistente, no solo con una correcta teoría de planificación estratégica, pero también con los requerimientos y características institucionales. Por ejemplo, en el Capítulo I, Generalidades, punto 1 Metodología, etapa 1.1. Organización, solo se cita una parte de la *base legal* para dar inicio al proceso de formulación del plan; no se cita la *sustentación política*, que a la postre es la más importante, por cuanto representa el componente de **viabilidad** (Plan Nacional de Desarrollo, Compromisos Internacionales, Política Nacional de Salud, v.gr.); en el punto 1.2 Elaboración de un diagnóstico de la situación actual (solo se describen fortalezas y debilidades, no así oportunidades y amenazas), indica que es para “crear una visión compartida entre actores sociales identificados, con respecto a las necesidades...” y, en buena teoría, ese no es el objetivo de un diagnóstico; un diagnóstico *describe y analiza*, en forma *sistemática y objetiva*, los factores *intrínsecos* y *extrínsecos*, que caracterizan un evento o situación determinada; este concepto, generalmente descrito en la teoría sobre planificación estratégica, no

coincide con la indicación supra citada. Se cita, además, un diagnóstico externo regional (Región Centro Americana y del Caribe), requerido por los asesores de la Escuela de Ingeniería de la UCR y del INCAE, que no solo no aparece su contenido elemental en el aludido plan, es decir los resultados del mismo, sino que no parece ser de utilidad alguna; por ejemplo, requería un importante número de variables macroeconómicas, como la inflación promedio regional, el índice de precios al consumidor promedio regional, así como la tasa de interés pasiva y activa promedio regional que manejan los Bancos Centrales a nivel de todos los países de la región, que si podría ser de interés para que estas instituciones financieras la apliquen en la definición de su política monetaria, crediticia o fiscal pero no necesariamente para un plan de salud.

Ahora bien, si se tienen insuficiencias en los insumos básicos para definir, por ejemplo, los objetivos y las metas generales y específicas, los productos, los indicadores de impacto y las estrategias; si persistían actividades a desarrollar como: “1.3 Elaboración del modelo conceptual para la producción del desarrollo social” y “1.4 Definición del alcance de la Rectoría en el Sector Salud y en el Sector Social”; y 1.6 Elaboración del mapa estratégico, si no se tenía la Política Nacional de Salud, que en buena teoría es previa a la formulación del plan; si no se definieron metas ni productos esperados y los indicadores son de limitada facilidad comprensiva (porcentaje promedio ponderado de x cosa, v.gr.), no

resulta sencillo comprender y utilizar este plan para los efectos que justificaron su elaboración. En buena hora se desestimó continuar con este plan, dados sus defectos de forma y de contenido, mismos que fueron puntualmente señalados a las autoridades correspondientes por analistas institucionales conocedores de la materia, quienes incluso llamaron la atención por el rendimiento y la calidad del acompañamiento de la firma consultora externa ya referida, que en su momento se autocalificó como sobradamente conocedora de la materia en que asesoraban, pero que al final no pareció ser consistente con –precisamente- la calidad de los productos finales.

En el periódico oficial La Gaceta del miércoles 21 de abril de 2010, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 35905-S, el cual oficializaba la Política de Inclusión y Protección Social; el Artículo No. 1 del referido decreto indicaba que el documento que contenía dicha política estaba disponible en la dirección electrónica <http://www.ministeriodesalud.go.cr>; esto no era correcto y tal contenido no fue posible conocerlo en su momento. Esta situación originó una buena cantidad de preguntas como, por ejemplo, por qué el título no incluía “Nacional de Salud”, o bien por qué indicaba “Protección Social” y no “Movilidad Social”. También se cuestionó el alcance del Artículo No. 1 que expresaba: “Oficialícese, para efectos de aplicación obligatoria la Política de Inclusión y Protección Social”, en el sentido de que si bien era imperativa o vinculante para las instituciones públicas, solo podría ser indicativa para las organizaciones privadas; son entonces alcances

jurídicos diferentes. Por otra parte, el Artículo No. 2 del decreto indicaba: "El Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud y del Sector Social y Lucha contra la Pobreza, velará por la correcta aplicación del presente Decreto Ejecutivo". El Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, oficializado mediante el Decreto Ejecutivo No. 34510-S y publicado en La Gaceta No. 105 del lunes 2 de julio de 2008, definía los alcances de la rectoría en otra forma; el supra dicho decreto ejecutivo de abril de 2010 no derogaba el recién referido.

En diciembre de 2010 se presentó formalmente el **Plan Nacional de Salud 2010-2021**, el cual sería entonces para desarrollar en los siguientes once años y no doce como el anterior. Una vez más, en el apartado **1.1. Organización**, se indica la misma base jurídica que permitió iniciar el proceso de formulación de este nuevo plan (no se cita la Ley de Planificación Nacional No. 5525 v.gr.); no se hace referencia a la *fundamentación política*. Se vuelve a indicar, además, que se elaboró un "modelo conceptual para la producción del desarrollo social", el cual no se anexó ni en la versión anterior del plan ni en esta, y podría inducir a una confusión en términos de sus eventuales contenidos, cuando un lector o analista externo compare este documento, que nunca se editó y que por lo tanto tampoco fue oficial, de repente porque nunca se redactó, con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud –Marco Estratégico Institucional, en cualquiera de sus tres versiones. Los ejes temáticos de este nuevo plan son los

mismos descritos en el plan anterior, así como lo es el caso del Capítulo II Resumen del análisis de contexto. Los siguientes elementos son los mismos en ambos planes: Enfoques y principios orientadores, propósito, objetivos generales, factores críticos del éxito, objetivos específicos (sin indicadores), Anexo No 1: Glosario. Por otra parte, llama la atención el contenido del primer párrafo de la nota de introducción que firma la Sra. Ex Ministra, Dra. María Luisa Ávila A., al indicar que el plan está "... basado en el respeto y promoción de los derechos humanos donde se reconoce la diversidad, la igualdad y la equidad de género, como pilares fundamentales de la salud". Ciertamente, existe una buena cantidad de otros "pilares fundamentales de la salud", en el contexto de los determinantes y el estado de la salud que tanto énfasis le da el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y que no son expresamente citados en la aludida introducción. Esto podría calificarse como un fallo en la redacción del documento.

Llama la atención también que precisamente en el glosario que se anexa, no se definen conceptos claves de primer orden como Política Nacional de Salud, Plan Nacional de Salud, Programa y Proyecto, Acción en Salud, Acción Estratégica en Salud, Plan Estratégico Nacional, Evaluación de Gestión y Evaluación de Impacto, objetivo, meta, indicador y producto; además se define una institución pública, hasta ahora desconocida –por lo menos para el autor de este trabajo- , como **Ministerio de Desarrollo y Planificación**, que continúa siendo

difícil ubicarla en el contexto del Poder Ejecutivo. Todos los detalles referentes a las debilidades conceptuales anteriormente citadas, fueron comunicados en su debido momento a las autoridades correspondientes por funcionarios conocedores de la materia y fue, como otras tantas, desestimada totalmente; si bien esta gestión no ha tenido la eficacia esperada, quizá la alcanzará en otro momento.

La Administración de Gobierno 2006-2010, en lo que a la gestión de salud respecta, concluyó con una **Política Nacional de Salud 2011-2021**, redactada y formalizada “a última hora”, en buena medida para corresponder a las directrices de otras instituciones públicas (Contraloría General de la República, v.gr.), pero que evidencia también importantes deficiencias de forma y de fondo, pues da la sensación al leerla de ser más un recurso en cual se copiaron y pegaron elementos de otros documentos. Por ejemplo, si se observa el punto **I. Marco Conceptual**, este puede leerse casi textual en el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de Salud; también el punto **II. Contexto social y situación de salud**, que es parte del diagnóstico contenido en el Plan Nacional de Salud 2010-2021; así mismo, los puntos **III. Propósito**, **IV. Estrategia Maestra** y **V. Enfoques y principios orientadores**, están en el modelo conceptual recién citado. Y lo que no está ya definido en ese modelo, lo está en el también citado plan nacional de salud. Tampoco se formuló el Plan Estratégico Nacional, el cual es posible que se haya dejado para redactarlo y presentarlo en la

administración de gobierno siguiente. Por esta razón, no es posible referir actividades de seguimiento y evaluación de acciones estratégicas en salud, eventualmente contenidas en los citados recursos, simplemente porque nunca las hubo. La importancia de los procesos de planificación estratégica y de evaluación del impacto de las acciones de salud, para fundamentar sobre su base el desarrollo institucional de una organización, en este caso el Ministerio como ente Rector de la Producción Social de la Salud, se explica por sí solo; los principales productos de sendos procesos, esto es la Política Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud, el Plan Estratégico Nacional de Salud y las Evaluaciones de Impacto de las Acciones en Salud, son la sustentación por excelencia del aludido desarrollo y es un imperativo categórico también la excelencia de su redacción, la garantía de viabilidad y factibilidad de sus contenidos, y la debida concertación y negociación con los actores sociales involucrados en todos los procesos. La seguridad estructural de una obra arquitectónica la garantizan, no solo la calidad de los materiales de construcción, sino el conocimiento y la experiencia de los obreros y, tan relevante como estos dos elementos, la excelencia del diseño de los planos constructivos y la administración del evento.

En junio de 2007, los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en reunión celebrada en la Ciudad de Panamá. Y en diciembre de 2009, se oficializó el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-

2015, durante la XXXI Reunión del COMISCA, celebrada en San José, Costa Rica, los días 3 y 4 de diciembre de 2009.

En conclusión, en lo que al tema de planificación estratégica se refiere, durante la administración en referencia, hubo un limitado desarrollo de los componentes clásicos de este proceso, por ejemplo, la conducción técnica de la formulación de la Política Nacional de Salud y del Plan Estratégico Nacional, la elaboración de un modelo conceptual de planificación estratégica y la conducción de un sistema de información en salud, pese a ser este proceso definido en su oportunidad como una función rectora, así como de haber tenido el acompañamiento, a título de asistencia técnica, de un grupo de asesores de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica y del Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), de muy alto costo económico, aparte de profesionales de la institución.

Además, si bien con fecha 15 de setiembre de 2007 se emitió el documento **Planificación Estratégica de la Salud MS.NI.FINSR.01**, como parte del Manual de Procedimientos, Instrucciones y Rutinas, y en el contexto general del Proceso de Desarrollo Organizacional, son evidentes, por una parte sus errores conceptuales, y por otra la ausencia de componentes fundamentales en los planes estratégicos citados. Por ejemplo en el punto **1. Introducción**, se indica que la Planificación Estratégica “...conduce la formulación y ejecución de planes,

programas, proyectos y acciones intersectoriales...”; como se describe en todos los textos de administración utilizados en diversas facultades universitarias, la planificación es una función gerencial que se ocupa de **formular** planes pero no de **ejecutarlos**; se trata de evitar ser *juez y parte*, según el más elemental sentido de este adagio. También, en el punto **2. Objetivo** se señala “Conducir a los actores del Sistema de Producción Social de la Salud en la formulación y ejecución, armónica y coordinada, de los planes...”; luego parece no estar claro quién formula y quién ejecuta. Ahora, en el punto **4. Definiciones**, parece ser que sobran unas (conciliación, v.gr.) y faltan otras (concertación, línea base, producto, acción en salud, v.gr.). Y también en el punto **7. Procedimiento**, el punto *7.1 Diagnosticar integralmente necesidades externas e internas del proceso de Planificación Estratégica de la Salud*, título de difícil comprensión, plantea que “... para el desarrollo de esta actividad se dispone de otros insumos, que a continuación se detallan (entre otros): Plan Intra institucional del Proceso de Planificación Intra institucional (¿?), Resultados de las evaluaciones del impacto de las acciones en salud y el Plan Estratégico Nacional en Salud actual. Ninguno de estos tres insumos existe en la actualidad; no se cita la Política Nacional de Salud. Además, el punto *7.3 Diseñar y ajustar la metodología y lineamientos generales para el proceso de Planificación Estratégica en Salud*, parece que no se ha cumplido, y es sencillamente un fundamento más de la recomendación para que se elabore un modelo conceptual de planificación estratégica; el punto *7.7. Elaborar la*

metodología para la evaluación del impacto de las acciones en salud, es una competencia de otro proceso rector. Y, a modo de conclusión, no parece ser sencillo comprender el punto 8.2 *Indicadores de impacto*, definido como “% Promedio de cumplimiento metas: El promedio de las porciones de cumplimiento de un objetivo relacionado con el nivel de cumplimiento establecido previamente para cada uno de los planes definidos”. Ahora bien, es absolutamente admisible que un documento referido a la integración de un proceso tan complejo como lo es la planificación estratégica, redactado hace cinco años y con algunas limitaciones de la participación de expertos en la materia, particularmente la propia del Equipo de Mejora Continua y Equipo Consultor, evidencie hoy algunos vacíos conceptuales e insuficiencias en aspectos de diferenciación e integración funcional, en particular respecto al proceso de evaluación del impacto de las acciones en salud.

Una de las ocho funciones rectoras descritas en el modelo conceptual y estratégico de la rectoría referido en la página 44, se denomina **Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud**. Un grupo de profesionales, con diferente especialidad, asignado a la Unidad de Evaluación del Impacto de las Acciones Estratégicas en Salud, perteneciente a la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, se ocupó de elaborar un Modelo Conceptual y Estratégico de Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud, el cual integraría punto por punto todas las etapas

que debe cumplir el debido proceso de evaluación del impacto de una acción en salud, y tan importante como lo anterior, planteó la correcta definición de los distintos conceptos que se aplican en el proceso, los fundamentos administrativos que sirven de soporte al modelo, la base legal en que se sustenta, el método de priorización de las evaluaciones, los protocolos correspondientes, el glosario de los términos más relevantes y otros recursos básicos. El propósito por excelencia de este modelo es disponer de un elemento orientador y uniforme del desempeño en la materia, que permita actuar de modo científico en un campo de acción tan especializado, tan novedoso y complejo como el que trata. Este modelo debe complementarse, en todas sus partes, con un modelo conceptual de planificación estratégica de la producción social de la salud, una vez que la instancia responsable de conducir ese proceso decida redactarlo y aplicarlo, por cuanto sendos procesos son mutuamente dependientes, esto es, mantienen una relación funcional absolutamente cercana.

3.2 La segunda década del siglo XXI

d) Administración 2010-2014

La Administración de Gobierno 2010-2014 presentó, en diciembre de 2010, el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María Teresa Obregón Zamora”. En su Capítulo 4. Bienestar Social, 4.1. El punto de partida y desafíos, página 50, se hace una definición de la **Salud Pública** en

términos totalmente biologicísticos, a lo largo de un espacio de menos de media página, a partir de una descripción de datos con escaso análisis que pueden hallarse en cualquier memoria institucional y donde la referencia a los determinantes de la salud brilla por su ausencia. Ciertamente, es muy pobre y limitada esta descripción. Por otra parte, en el apartado 4.3. Objetivos estratégicos, 4.3.4 Fortalecimiento de las políticas sociales universales, página 56, se realiza un planteamiento igualmente biologicista, lo que induce a pensar o a colegir, que la redacción de estos dos puntos estuvo a cargo de una persona desconocedora de los fundamentos mínimos del concepto de Rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud, que ya se había tratado en administraciones anteriores; no se duda de que un profesional en salud pública, con especialidad o al menos algún conocimiento en planificación de la salud, pudo haber presentado algo mucho mejor.

El Capítulo 9 Objetivos de Desarrollo del Milenio, página 103 y sucesivas, dedica una especial atención a esta declaratoria que viene desde el año 2000 y que Costa Rica es signataria de la misma y, por lo tanto, es un compromiso internacional. Este capítulo del PND es absolutamente crítico y la última versión del Plan Nacional de Salud 2010-2021, debería evidenciar o mostrar una consistencia total en todos sus contenidos, no solo por la calidad de sus planteamientos sino por ser el PND el orientador político por excelencia de todos los planes institucionales que se llevan a cabo las instituciones públicas, de modo que

sus contenidos son impositivos para estas, así como es indicativos para otras organizaciones.

Por otra parte, la Asamblea Legislativa decretó la Ley para la Gestión Integral de Residuos No. 8839, la cual fue publicada en La Gaceta No. 135 del 13 de julio de 2010. A su vez, en 2011, se aprobó y publicó la Política Nacional Para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021. Esta política nacional comprende los siguientes ámbitos: legal; educación, formación, capacitación y comunicación social; económico; fortalecimiento institucional y organizacional; hábitat humano; investigación y desarrollo tecnológico. Es de esperar que, a partir de los fundamentos de la planificación estratégica, así como de los ámbitos definidos en esta política, se proceda en su momento a formular los planes, los programas, los proyectos y las acciones específicas en materia de gestión integral de residuos, que es solo una parte del determinante ambiental, así como una respuesta parcial al objetivo general OG. 2 “Contribuir al desarrollo sostenible del hábitat humano mediante la protección, restauración, mejoramiento y uso del ambiente, para promover una adecuada calidad de vida”, el cual está establecido en el Plan Nacional de Salud 2010-2021, página 37.

En general, a lo largo de esta administración, ha habido una importante actividad relativa a la formulación de políticas y planes, programas o proyectos, en el contexto del proceso institucional de planificación estratégica, y en consistencia con la función rectora correspondiente,

aunque esta observación es independiente de la oportunidad y calidad de sus contenidos concretos, así como de los eventuales resultados del seguimiento, control de gestión y evaluación de sus contenidos. La valoración integral de estos elementos, es decir, las políticas y los planes, v.gr., así como la evaluación del impacto de las acciones en salud que contienen, es una tarea a cumplir en otra ocasión.

De este modo, en mayo de 2011, se oficializó el Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021. Es oportuno destacar que este plan fue diseñado con los contenidos de forma recomendados para una instancia de este tipo (plan); el punto **II. Justificación** es, en esencia, su línea base y describe las siguientes áreas de intervención: investigación, industria alimentaria y servicios de alimentación, mercadeo social y capacitación, monitoreo y evaluación.

Igualmente, en el periódico oficial La Gaceta No. 84 del lunes 3 de mayo de 2010, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 35960-S-MAG-MEIC-COMEX, la Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos, cuyo artículo segundo establece su propósito en los siguientes términos: Artículo 2^a –**Del propósito de la política.** La Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos tiene como propósito definir y establecer explícitamente los lineamientos generales a seguir en materia de inocuidad de los alimentos con el propósito de garantizar la inocuidad de los alimentos

producidos, elaborados, importados y comercializados en el país, a efecto de asegurar una protección de la salud de las personas y de los derechos de los consumidores, además de favorecer el desarrollo competitivo, la producción y exportación de alimentos inocuos.

Por su parte, en noviembre de 2010, se oficializó el Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015, el cual define la estrategia nacional en la lucha contra ese virus, a partir de la situación, el marco jurídico y las capacidades de respuesta nacional e internacional para el cumplimiento de los acuerdos establecidos. Este plan es un producto del esfuerzo conjunto entre las instituciones públicas, las organizaciones no gubernamentales, los sectores de la sociedad civil, las personas con VIH y algunas instituciones de cooperación internacional. Ya en 2008 se había publicado el Reglamento de la Ley General sobre VIH y SIDA, AL-1380-99 y No. 27894-S.

Igualmente, en marzo de 2011, se formalizó la Política Nacional de Sexualidad, dividida convenientemente en dos partes, a saber: I.) Marco Conceptual y Normativo de la Política y II.) Análisis de Situación; Propósito, Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de Intervención de la Política de Sexualidad.

En mayo de 2011, se hizo oficial la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021; sus ámbitos fueron definidos como: Fortalecimiento interinstitucional, disponibilidad de alimentos, acceso

a la alimentación, consumo de alimentos, y utilización biológica. En agosto de 2011, se formalizó el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021. Por otra parte, también en agosto de 2011, se presentó el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2015, que contiene los mismos ámbitos establecidos para la referida política, así como un capítulo IV. Políticas, estrategias, actividades, metas, indicadores, plazos, responsables y colaboradores, sumamente completo en aspectos de forma y de fondo.

En marzo de 2011, se formalizó el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018, cuyo origen se ubica entre los años 2008 y 2009, cuando los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes y Jóvenes, y el Plan de Acción de Salud de Adolescentes y Jóvenes en las sesiones 48^a y 49^a del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este plan procura dar respuesta a la **Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2010-2021**, así como tiene su correspondiente sustento en el **Plan Nacional de Salud 2010-2021**. En lo que a aspectos de forma se refiere, el abordaje de su formulación comprendió un conjunto muy bien estructurado de pasos, esto es, un proceso cuyas etapas tratadas con sobrado tecnicismo y, se seguido, se describen algunas de ellas: I. Situación de la Población Adolescente en el País, con su evolución demográfica, así como su situación en materia de educación y empleo; II. Situación de la Salud

de los Adolescentes, comprendiendo salud sexual, salud reproductiva, salud nutricional, salud mental, violencia, respuesta de los servicios de salud a las necesidades de esta población; III. Marco de Referencia, con detalle de los determinantes sociales de la salud, determinantes de la salud en la adolescencia, abordaje efectivo de la salud en la adolescencia; IV. Iniciativas institucionales y sectoriales a ser articuladas con el plan; V. Enfoques y principios orientadores del plan; y VI. Plan de acción 2010-2018.

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, se oficializó y se le incorporó el slogan “De la atención hospitalaria a la atención comunitaria”. Fue estructurada a partir de cinco ejes: biológico; ambiental; socio-económico-cultural; sistemas y servicios de salud; y fortalecimiento institucional. En el prólogo, párrafo cuarto, página 12, que presenta la Sra. Viceministra de Salud, Dra. Sisy Castillo Ramírez, indica: “Asimismo, vale destacar, que la Política contará con una evaluación del proceso y resultados que permita ver su impacto a mediano y largo plazo”. En realidad, esa evaluación de impacto deberá ser sobre las acciones estratégicas contenidas en el plan derivado de esta política, la cual determinará el “nivel o grado de cambio”, esto es el impacto de tales acciones sobre los determinantes y el estado de la salud mental.

Por otra parte, en el capítulo **I Introducción**, punto **1.2 Justificación**, página 16 del referido documento, se lee: *“El Ministerio de Salud, como ente Rector de la Producción Social de la Salud Mental, tiene dentro de sus*

*responsabilidades la acción de gobernar, dirigir y conducir a una comunidad, conjunto de Instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas.”; resulta interesante apreciar la aplicación del concepto “Rectoría de la Producción Social de la Salud” pero, en este caso particular, asociado a la Salud Mental; esta es una opción para ejercer rectoría en un área concreta y puede representar una alternativa de enfoque para otras instancias similares. El capítulo **II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD MENTAL, 2.1 DIAGNÓSTICO, 2.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL**, se presenta una descripción de la situación nacional en materia de salud mental a partir de su caracterización por determinantes, sean estos biológicos, ambientales, socio-económicos y culturales, y de sistema y servicios de salud; esta es una manera muy adecuada y completa de tratar este requerimiento. Esto se complementa con el punto **3.3. Modelo explicativo acerca de la producción social de la Salud Mental**.*

Los capítulos **IV. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE LA POLÍTICA, V. CARACTERÍSTICAS DE LA POLÍTICA y VI. OBJETIVOS Y EJES DE LA POLÍTICA**, evidencian un hilo conductor de toda la temática que viene presentándose. El capítulo **VII. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA**, se muestran según ejes y subtemas (columna vertical), así como lineamientos y acciones (eje horizontal). El capítulo **VIII. PLAN DE ACCIÓN 2012-2021**, presenta este producto también según ejes, acciones e indicadores en el espacio horizontal, y temas en la columna vertical; en este punto en particular, se observan algunas inconsistencias en la redacción de los contenidos; por

ejemplo, véase Eje: Biológico, Subtema: Trastornos en la Niñez y la adolescencia, acciones (errores ortográficos), indicadores y metas trienales. Otras inconsistencias pueden apreciarse en la redacción de los demás ejes, v.gr., en el eje 2 Ambiente, se homologa meta con producto. Este capítulo, lamentablemente, muestra una buena cantidad de errores en la presentación de la información. La necesidad de una completa revisión y corrección de este capítulo cae por su propio peso.

Con fundamento en el enfoque metodológico utilizado por la institución para la formulación y presentación de la política anteriormente descrita, es posible que se elabore un modelo conceptual y estratégico aplicable a los procesos de planificación intra institucional y estratégica, y que alcance a utilizarse en la elaboración de cualquier otra política, plan, programa o proyecto. De igual manera, la decisión de aplicar en la redacción de la política antes descrita el concepto de *producción social de la salud mental*, puede replicarse en otros casos, como lo sería –verbigracia- *producción social de la salud ambiental*. Independientemente de todas las observaciones anteriormente descritas, el contenido global de esta política se excede en información que, si bien puede ser útil disponer de ella, no necesariamente suele aplicarse en la redacción de una **política**, aunque si puede aplicarse para un **plan o proyecto**.

Ahora bien, podría haber sido lógico esperar que las autoridades de dirección política y las de conducción

técnica, que iniciaron esta nueva administración de gobierno en la institución, se ocupasen inicialmente de resolver, o al menos de intentarlo, las debilidades que en materia de planificación estratégica como proceso rector, de organización y funcionamiento de todas las áreas y niveles institucionales, así como de control de gestión y evaluación de impacto, que heredaron de la administración pasada, y que por supuesto eran bien conocidas por todas partes. Sin embargo, no parece haber sido así; no es fácil actuar en el contexto de la mayor objetividad, cuando se es juez y parte.

No parece tener mucho sentido enunciar con mayor detalle las debilidades funcionales supra citadas, en particular las referidas a los procesos rectores de Dirección Política de la Salud, de Planificación Estratégica de la Salud y de Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud, así como del proceso de Desarrollo Organizacional, y de otras instancias de naturaleza operativa cumplidas en particular a nivel central. Lamentablemente, no se cuenta con un eficiente y eficaz sistema de rendición de cuentas, pese a la existencia de disposiciones jurídicas *ad hoc* y de una legislación muy completa en materia de control interno. Con lo anteriormente descrito, se quiere indicar que las autoridades referidas debieron de comenzar su gestión por el camino lógico, por la vía racional e inteligente: no se comienza el levantamiento de un edificio sin planos constructivos, ni tampoco despega un avión sin un plan de vuelo. Obviamente, si las nuevas autoridades de dirección política son las mismas de la

administración de gobierno anterior, no es fácil esperar la comprensión de sus propios errores y la consecuente rectificación de sus fallas.

Al cabo de un año y varios meses de haberse iniciado esta nueva administración, se sucedió un cambio en las autoridades de dirección política del ministerio a nivel central, respecto del cual se crearon muchas expectativas informales de mejoramiento en todos los niveles y áreas de gestión institucional.

A la fecha, entre los cambios en materia de organización y funcionamiento más importantes a nivel central, debe citarse la supresión de la División Técnica de Rectoría de la Salud, la ubicación de la Contraloría de Servicios a nivel del despacho ministerial, la creación de la Dirección de Protección del Ambiente Humano, la instalación del Área de Administración y Control de Bienes Institucionales, la reorganización de la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario y la creación de la Unidad de Armonización de Recursos de Servicios de Salud. El trabajo realizado para lograr esta readecuación funcional, cumplido con absoluta sujeción a los lineamientos establecidos al efecto por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), a las directrices institucionales superiores y a los requerimientos administrativos pertinentes provocará, a partir de la aprobación por parte de las autoridades jerárquicas superiores, la cual se concretó en el DM-620-12, de fecha 31 de octubre de 2012 y que ya fue citado,

no solo una modificación a la actual estructura orgánica institucional, sino también al reglamento orgánico vigente. En lo específico, el citado oficio indica: “Asimismo, se le indica que de acuerdo con los Lineamientos Generales para Reorganizaciones Administrativas, en el componente de Normativa, inciso 7 b, dicha reorganización tiene un plazo de seis meses para ser implementada, el cual rige a partir del día siguiente de recibido el oficio de aprobación por parte del MIDEPLAN”. Esto no es garantía suficiente para subsanar las debilidades funcionales que vienen arrastrándose de muchos años atrás, muchas de las cuales están asociadas a los mismos **valores institucionales**. Se impone, como en cualquier proceso de cambio, mucha capacidad gerencial durante la conducción técnica de las estrategias que alcancen a definirse, así como de una dosificación excesiva de buena voluntad para reducir la resistencia.

Por otra parte, dado las frecuentes dificultades para comprender las atribuciones y competencias concretas de algunos procesos institucionales, incluyendo dos funciones rectoras, se elaboró el documento **Modelo funcional. Procesos de Planificación Intra Institucional y Estratégica de la Salud. Proceso de Evaluación de Gestión y de Impacto de las Acciones en Salud**. En lo fundamental, este modelo presentó a las autoridades de conducción técnica de esas instancias, así como a los funcionarios involucrados en una u otra forma con la ejecución de las mismas, una resumida explicación sobre la diferenciación e integración funcional de estos procesos, sustentada en la buena teoría gerencial que fundamenta

esa materia, así como en los soportes institucionales que regulan esas competencias. A la fecha, no parece haber tenido este trabajo la eficacia esperada, pese a haberse divulgado principalmente entre las instancias organizacionales comprometidas con su aplicación. En este mismo contexto, fue elaborado y presentado a las autoridades superiores correspondientes, el documento **Fundamentos jurídicos de los procesos de planificación**, el cual ofrece una descripción sistemática y resumida del marco jurídico que fundamenta esta materia, tanto para los procesos estratégicos como para los operativos. Y, por último, debe destacarse que fue elaborado y formalizado el **Plan Estratégico Institucional Período 2011-2015**, el cual constituye la guía por excelencia para la formulación anual de los planes operativos institucionales, antes denominados POA's.

Por otra parte, el 26 de marzo de 2012, después de superar una importante cantidad de obstáculos de muy diversa naturaleza, se publicó en el periódico oficial La Gaceta la Ley No. 9028 denominada Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. El 26 de junio del mismo año, se oficializó el reglamento respectivo de esta ley.

También, en el Alcance Digital No. 160 del lunes 22 de octubre de 2012, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 37306-S que crea el Reglamento de Vigilancia de la Salud. El Artículo No. 1, apartado 1.1 indica: "El presente reglamento tiene como objetivo regular la organización

y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, a fin de que las autoridades y diferentes actores sociales, cuenten con información de calidad que permita una toma de decisiones basada en evidencia, la cual impacte positivamente el estado de salud de la población”. En el capítulo segundo **Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud**, artículo segundo, se establece el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVIS), como una estrategia y un mecanismo de coordinación, asesoría y apoyo técnico, de carácter interinstitucional e intersectorial, a cargo del Ministerio de Salud, específicamente de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Conclusiones

Esta sinopsis asociada a la explicación del desarrollo institucional del Ministerio de Salud, si bien procura identificar, describir y analizar los acontecimientos más relevantes sucedidos en poco más de un siglo y medio, no incluye información estadística vinculada a la salud ni a sus determinantes, por cuanto esta puede hallarse en las memorias institucionales u otros documentos afines. Los datos reunidos en el resumen aquí presentado, fueron debidamente sistematizados y analizados de forma que ofrezca al lector, no solo una visión panorámica de lo acontecido en la institución a lo largo de muchas décadas, pero también la apreciación de una presentación amigable lo más objetiva y veraz posible.

El Ministerio de Salud, como cualquier organización humana, y en particular por su naturaleza de institución pública, no se exenta para nada de evidenciar las fortalezas y las debilidades propias de tal condición, ni tampoco a la influencia permanente de los elementos condicionantes de su entorno externo, sean estas oportunidades o amenazas. Ha tenido y mantiene su propia identidad cultural y sus correspondientes competencias, las cuales han evolucionado con el desarrollo mismo de los sistemas de servicios de salud, los condicionantes políticos, los compromisos nacionales e internacionales, la legislación correspondiente y, por supuesto, con el nivel y estructura de la salud del país.

La salud y la educación han sido los referentes por excelencia que han condicionado y caracterizado el desarrollo económico y social de la nación, y sobre los cuales ha pesado la mayor parte de los esfuerzos de la sociedad política y civil del país. Esta característica difícilmente se modificará en el futuro, pues ambas variables siempre se han complementado y en modo alguno se modificará esta condición.

Independientemente de su condición de país subdesarrollado, Costa Rica ha logrado índices de salud comparables con los propios de otras naciones con mayor nivel de desarrollo económico y social, y esto no es por supuesto un producto de la mera casualidad, pero sí lo es de la conjugación de un conjunto de decisiones políticas que van desde la creación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social hace 85 años, la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941, la emisión y aplicación de las leyes General de Salud y Orgánica del Ministerio de Salud en 1973 y el planteamiento del enfoque de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, como función por excelencia del Ministerio de Salud de reciente establecimiento.

No es sencillo destacar un momento particular de la historia institucional como el más relevante, so pena de incurrir en una calificación cargada de subjetividad en tal designación. Sin embargo, si de elegir fuera el caso, la década de los 70 ha sido la más representativa y prolija en acontecimientos. En ella se dictaron disposiciones

jurídicas como la ley No. 4750 de Universalización de la Seguridad Social, la ley Orgánica del Ministerio de Salud, la ley General de Salud, la ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, la ley de Planificación Nacional, la Ley de Traspaso de Hospitales y la ley General de la Administración Pública, solo por citar las más importantes. Se creó el Instituto Mixto de Ayuda Social. Y al interior de la institución, en 1974 nació la Estrategia de Atención Primaria que fue instrumentada a partir de los programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria, y que colocó al país en una posición de reconocimiento mundial.

E igualmente, si de elegir una época en que surgieron importantes limitaciones para el eficiente y eficaz desarrollo institucional del Ministerio de Salud, puede indicarse que correspondió a las décadas de los 80 y 90, período durante el cual se combinaron severas depresiones económicas y sociales que provocaron, entre otras decisiones políticas, la apertura de los programas de ajuste estructural en lo macro, así como del traspaso de los programas de atención primaria a la CCSS en lo micro.

No obstante estas circunstancias, las autoridades de dirección política y de conducción técnica de la institución, así como todo su personal, siempre se mostraron identificados con la estrategia mundial **“Salud para todos en el año 2000”**.

El Ministerio de Salud encaró el inicio del tercer milenio con unos cuantos retos todos insoslayables, siendo el más importante la procuración del ejercicio efectivo de la rectoría de la producción social de la salud. Ya quedaron para la historia las medicaturas de pueblo, las campañas de letrización y de bombas de agua, las unidades sanitarias, el programa de participación comunitaria en salud, las campañas de fumigación con DDT, y la vacunación contra la poliomielitis, solo por citar algunos eventos que en su momento cumplieron un histórico papel.

Sin embargo, ese “ejercicio efectivo de la rectoría de la producción social de la salud”, no es posible alcanzarlo manteniendo invariantes las actuales condiciones gerenciales y la cultura organizacional que impera en la institución. Es absolutamente pertinente reconocer, que si bien la legislación existente no reconoce en parte alguna esta calidad de concepto de rectoría, este si tiene el soporte político necesario, definido con detalle en el modelo conceptual y estratégico ya referido y que, como también ya se ha comentado, lo *político* suele tener mayor peso real que lo *legal*.

Algunas ideas para el mejoramiento continuo

Se impone, con carácter prioritario, una revisión y adecuación de las normas y los procedimientos administrativos en todos los niveles y áreas que comprende la estructura organizacional de la institución; la formulación de un programa de capacitación en planificación estratégica y operativa, preferiblemente ofrecido por una institución académica debidamente acreditada; un fortalecimiento real de los principios elementales de rendición de cuentas, al interior y exterior de la institución, más allá de lo que establece la legislación correspondiente; una producción, con los más altos estándares de calidad, de los planes, programas y proyectos estratégicos, con sus correspondientes instancias de seguimiento, control y evaluación de gestión; un mejoramiento continuo del Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, así como del Marco Estratégico; la elaboración e implementación de un modelo conceptual y estratégico aplicable al cumplimiento cada una de las ocho funciones rectoras, para los casos en que estos no se tengan disponibles. La oportunidad recién presentada de elaborar un nuevo reglamento orgánico, así como de plantear una nueva estructura organizacional, resulta de gran valía para los intereses institucionales en general, así como la propia para las direcciones y unidades que las integran, particularmente a nivel central; sobre esta misma situación, es conveniente que se describan los objetivos generales y específicos de cada dirección, así

como la naturaleza y las funciones generales de las unidades organizativas que las integran. Por último, es recomendable que la Dirección de Desarrollo Humano, con la participación de la Unidad de Planificación Institucional, formule un programa de capacitación permanente en temas de administración general, ofrecido por una institución académica debidamente acreditada y a cargo de profesionales en la materia.

Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud. Representación en Costa Rica. 100 años de salud-Costa Rica: Siglo XX. 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis Sectorial de Salud COSTA RICA. Resumen Ejecutivo. Diciembre 2002.

Hernández Garbanzo, Miguel A. Constitución del Sector Salud, organización y funcionamiento. 1998.

Hernández Garbanzo, Miguel A. Información histórica básica del Ministerio de Salud. Documento inédito. 1995.

Plan Quinquenal de Erradicación de la Malaria en Costa Rica 1971-1975. Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. Julio 1970.

Evaluación del Programa de Erradicación de la Malaria. Ministerio de Salud, OPS/OMS., Gobierno de los EEUU. Junio 1973.

Proyecto Desarrollo del Sector Salud como un Sistema Nacional de Salud. Secretaría Ejecutiva del Sector Salud – Ministerio de Salud. Agosto 1985.

Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Unidad Preparatoria del Proyecto Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica. Agosto 1992.

II Foro de Salud y Desarrollo. Ajuste Estructural y Bienestar Social en la Crisis. Resumen Ejecutivo. Marzo 1991.

Política Nacional de Salud 1998-2002. Ministerio de Salud. 1999.

Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. Ministerio de Salud. 2003.

362.1
P926s

Costa Rica. Ministerio de Salud

Sinopsis histórica sobre el desarrollo institucional del
Ministerio de salud / Róger Prendas Lépiz—San José,
Costa Rica: El Ministerio, 2012.

120 p.; 21.5 cm.

ISBN: 978-9977-62-131-9

1-MINISTERIO DE SALUD. 2.RECTORIA.
3.PRODUCCION SOCIAL DE LA SALUD.
4.HISTORIA. 5. DESARROLLO INSTITUCIONAL
6.COSTA RICA. I. Título.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Ana María González Reyes

IMPRESIÓN:

Producción Documental - Unidad Mercadotecnia Institucional - Ministerio de Salud
San José Costa Rica, Noviembre 2012

In memoriam

Siempre deseé tener la oportunidad de dedicar algún producto de mi modesto desempeño en esta institución, a la memoria del eminente Médico y Cirujano Dr. Solón Nuñez Frutos, el más ilustre salubrista costarricense de todos los tiempos, un visionario como pocos que estableció los fundamentos de la institucionalidad nacional en el campo de la salud pública.

Algunos tuvieron el honor de trabajar con él y contribuir a fijar los cimientos de nuestro Ministerio de Salud, otros conocimos de su obra a lo largo de muchas consultas de documentos afines. Pero más importante que unos u otros, lo es el resto de costarricenses, sean profesionales o estudiantes en ciencias de la salud o en diversas áreas sociales, o simplemente ciudadanos, porque todos estamos comprometidos en reconocer y respetar el trabajo y la memoria de tan ilustre prócer.



Dr. Solón Nuñez Frutos

Agradecimiento

Durante mi recorrido laboral por el Ministerio de Salud, que ha comprendido ya casi medio siglo en forma ininterrumpida, he tenido la oportunidad de compartir el modesto cumplimiento de mis responsabilidades con compañeros de excelentes calidades profesionales y humanas, cuya precisión de nombres harían de este agradecimiento una nota más extensa de lo admisible.

Sin embargo, debo reconocer el invaluable apoyo de mis dos grandes maestros y caros amigos, el Dr. Lenín Sáenz Jiménez y el Lic. Rodrigo Meneses Castro, quienes por su rectitud cotidiana en el desempeño de sus deberes y responsabilidades, su capacidad para transmitir conocimientos y por sus calidades humanas, fueron moldeando mi estilo personal de ser y de actuar.

Igualmente, me siento comprometido a agradecerle al M.Sc. Miguel Ángel Hernández Garbanzo, compañero de muchas lides y de no pocas afinidades en temas académicos, al punto de compartir conmigo el rechazo –sin argumento alguno- de muchas recomendaciones técnicas que planteamos, orientadas al mejoramiento continuo

del desempeño de la institución. El tiempo, al final, nos acreditó la pertinencia y el beneficio de nuestras ideas.

Y, por último, a la Señora Ministra de Salud, Dra. Daysi Corrales Díaz, quien me motivó en su momento para terminar este trabajo que tenía inconcluso y sin intención de acabarlo.

Muchas gracias a todos.

Índice

Contenido	Página
Introducción	9
Capítulo I La Salud y su atención durante el siglo XIX	11
Capítulo II La organización de los servicios de salud durante el siglo XX	17
2.1 De la Fundación Rockefeller a la Organización General de la Salud Pública	17
2.2 De la Organización General de la Salud Pública a la Estrategia de Atención Primaria	27
2.2.1 El origen de la Seguridad Social	27
2.2.2 Desarrollo de la Salud Pública durante las décadas de los 50 y 60.....	29
2.2.3 La década de los 70: los cambios estratégicos más relevantes en la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud.....	35
2.2.4 La década de los 80: la inestabilidad del sistema provocado por la crisis económica y social.....	49
2.2.5 La década de los 90: el proceso de reforma	60

Capítulo III

La Rectoría de la Salud: un reto del tercer milenio.....	71
3.1 La primera década del siglo XXI.....	71
3.2 La segunda década del siglo XXI.....	99
Conclusiones.....	113
Algunas ideas para el mejoramiento continuo.....	117
Bibliografía.....	119

Introducción

Este trabajo procura presentar, en forma adecuadamente resumida, los aspectos más relevantes que han caracterizado el desarrollo institucional del Ministerio de Salud, considerando sus antecedentes, su establecimiento como tal y el contexto mismo de la evolución de los servicios de salud en el país. Es un breve recorrido por unos ciento cincuenta años de historia, en el cual se describe cómo nacieron las primeras instituciones asistenciales en el país, la evolución de la atención de algunas patologías que mostraron en su momento un importante impacto en la salud pública, luego la aparición de las instituciones responsables de la seguridad social, el enfrentamiento de las crisis económicas, las obligadas transformaciones del sistema de servicios de salud y los retos institucionales, en especial el asumido por el Ministerio de Salud, de potenciar y desarrollar el rol exclusivo de dirigir y conducir el Sistema de Producción Social de la Salud, en el contexto de su rectoría, de cara al siglo XXI. Los acontecimientos citados y las eventuales explicaciones sobre su origen, su naturaleza y su desarrollo, no son – ni pretenden en modo alguno serlo – exhaustivas ni mucho menos excluyentes de otras tantas que puedan agregarse. En la medida que pueda ampliarse este contenido, en ese tanto se enriquece este documento y fortalece la premisa de que pueda servir a las futuras generaciones, como

un marco de referencia para explicar y comprender con mejor propiedad y conocimiento la situación nacional de la salud en su correspondiente momento.

La explicación realizada de algunos acontecimientos descritos, en términos del estilo y de los criterios aplicados, se ha procurado sustentarlos con el mayor apoyo a la veracidad de los hechos y a la evidencia más cercana; sin embargo, es posible que el lector difiera de la calidad explicativa de los sucesos, como suele presentarse en la historia misma de las instituciones políticas nacionales.

CAPÍTULO I

La salud y su atención durante el siglo XIX

El proceso evolutivo de lo que hoy día es el Ministerio de Salud no es posible apreciarlo integralmente, ni comprenderlo con mejor propiedad, sin una referencia, aunque sea resumida, sobre el origen mismo de la oferta y la demanda de los servicios de salud de manera institucionalizada.

En el año 1845, las autoridades de gobierno dirigidas por el Dr. José María Castro Madriz promovieron la creación de un establecimiento hospitalario dirigido a la atención de los menesterosos y a los enfermos leproso y fue así como, el 3 de julio de ese año, la Cámara de Representantes, por la vía de un decreto legislativo, creó el primer hospital nacional responsable de la prestación de servicios asistenciales en el contexto de la beneficencia pública. Por razones principalmente de orden financiero, que limitaron el inicio de la construcción del establecimiento en la fecha indicada, no fue sino una década después que comenzó la oferta efectiva de servicios de salud en las condiciones particulares de aquel entonces: esta primera fase se inició en 1856.

Casi en forma paralela al comienzo de sus operaciones, se fundó la primera Junta de Caridad (de San José), que conforme al avance del tiempo vendrían otras más, y estas

alcanzaron a transformarse en Juntas de Beneficencia Pública y Protección Social, en su momento dependientes de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, para luego convertirse en Juntas de Protección Social, de las cuales hoy solamente existe la de San José.

Además, este hecho provocó, en parte, la determinación del modelo doctrinario que ha primado en la atención social de la salud, en el cual se mezclan la obligación del Estado de velar por la misma, la responsabilidad de los ciudadanos de contribuir en lo que a ellos alcance, la participación patronal y el soporte del resto de las instituciones públicas, las privadas y de las organizaciones no gubernamentales comprometidas en una u otra forma con la salud de las personas.

La situación originada por la prevalencia y el tratamiento de enfermedades mentales, promovió el interés de crear un establecimiento de salud destinado a la atención especializada de pacientes con alguna de esas patologías. Fue así como en julio de 1883, el Congreso de la República de Costa Rica aprobó la asignación de los fondos necesarios para iniciar la construcción de un asilo nacional para enfermos mentales; y en 1885 se creó mediante ley una lotería nacional, administrada por la Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios, hoy Junta de Protección Social de San José. En septiembre de ese mismo año, se encargó la administración del Hospicio de Sanidad (hoy Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí) a esta junta, la cual quedaba obligada a suplir a los enfermos la

atención, el alumbrado y las medicinas; como soporte, el Estado asignaba al Hospital San Juan de Dios cincuenta centavos de colón diarios por cada uno de los enfermos que se asistían en el hospicio. Los gastos de vestuario, mobiliario y reparaciones del edificio estaban cubiertos por el Estado.

El 30 de octubre de 1894 se promulgó el Decreto Constitucional No. 4, a la sazón llamado “Ley de Médicos de Pueblo”; esta autorizaba al Poder Ejecutivo a dividir el territorio nacional en tantos circuitos médicos como fuesen necesarios y hubiesen capacidades para ello, con el propósito de promover el control de la higiene y la salubridad públicas, la medicina legal y la asistencia a los pobres. La administración de cada circuito médico estaría a cargo de un profesional en Medicina; el nombramiento y pago de los médicos de pueblo de los cantones centrales le correspondía a las municipalidades de las cabeceras de provincia, así como los destacados en zonas portuarias marítimas era competencia del Poder Ejecutivo.

Es importante destacar el avance tan representativo de la organización y el funcionamiento de los servicios de salud en el país, durante la segunda mitad del siglo XIX. A la creación y operación del Hospital San Juan de Dios, el Hospicio de Sanidad y la Junta de Caridad, con el soporte financiero de la Lotería Nacional y del Estado, siguieron las Medicaturas de Pueblo; la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de Costa Rica en abril de 1895, la cual se transformaría a partir de 1940 en el Colegio de

Médicos y Cirujanos de Costa Rica; el Protomedicato de Costa Rica según mandato del Presidente don Juan Rafael Mora (decreto ejecutivo octubre de 1857); la creación de la Escuela de Obstetricia; la fundación de la revista científica Gaceta Médica; y la fundación de la Escuela de Farmacia, entre otras. “ De ahí que el incipiente sector salud, compuesto por unos cuantos médicos y farmacéuticos agrupados en la Facultad de Medicina en 1895, utilizando como plataforma un sistema hospitalario sumido en una reforma integral planteada por el Dr. Carlos Durán a partir de su ingreso al país en 1875, conforman el soporte para que ya en el siglo XX las políticas de salud pública e higienización lleguen a conformar un gran sector salud, liderado por el Ministerio de Salubridad Pública, creado en 1927” (100 años de salud Costa Rica, Capítulo I, La salud en Costa Rica: marco conceptual histórico.). Aclárese, con respecto a esta cita textual, que es incorrecto denominar Ministerio de Salubridad Pública, ya que en 1927 lo que se creó fue la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. Las Secretarías de Estado adoptaron la categoría de Ministerio, a partir de la última Constitución Política de Costa Rica, dictada en 1949.

El siglo XIX concluyó habiendo dejado establecida la plataforma estructural que soportaría los avances en materia de desarrollo institucional de las organizaciones de salud. Se sucedió una compleja combinación de eventos políticos, como la constitución del país como República en 1848 y la guerra contra los filibusteros en 1856; eventos

sanitarios como la epidemia de cólera que cobró muchas vidas humanas y la identificación del parásito causante de la anquilostomiasis; acontecimientos comerciales como la apertura de Europa para la exportación del café, informáticos como el Censo de Población de 1883 y, por último, académicos como la creación de la Facultad de Medicina en la Universidad de Santo Tomás.

CAPÍTULO II

La organización de los servicios de salud durante el siglo XX

2.1 De la Fundación Rockefeller a la Organización General de la Salud Pública

El escenario político, económico y social del país durante las tres primeras décadas del siglo XX, reúne un conjunto de acontecimientos internos y externos, que obviamente tuvieron su impacto directo e indirecto en el desarrollo de la organización de los servicios de salud. En el orden internacional, se inició la I Guerra Mundial en 1914 y posterior a esta, con la quiebra de la Bolsa de Valores de Nueva York en 1929, comenzó la gran depresión económica de los Estados Unidos, cuyas implicaciones fueron funestas para la economía nacional y para la estabilidad social. El precio de los productos exportados y las mismas exportaciones se redujeron sensiblemente, se disminuyó el ingreso de divisas, se incrementó el valor de las importaciones, y sus consecuencias comprendieron un desequilibrio comercial y fiscal, una inflación galopante y otros desfases macroeconómicos. En el plano interno, conviene destacar el ideario político del ex presidente Lic. Alfredo González Flores (1914-1917), quien planteó medidas de tipo económico y tributario como opciones de solución a la crisis vivida en esa época; estas medidas tuvieron como consecuencia un golpe de Estado que puso fin a las loables pretensiones del ex presidente González

Flores. Pese a ello, en 1924 se dictó la Ley de Accidentes de Trabajo y Seguros, así como en 1928 se estableció la Secretaría de Trabajo y Bienestar Social, entre otros asuntos de interés nacional.

Ahora bien, en lo concreto a la temática tratada, a partir de los contenidos de la Ley de Médicos de Pueblo, se aprecia un enfoque integral en la administración de la salud que manejaron los legisladores de esa época. Respecto a la salubridad e higiene públicas, se normaba la notificación obligatoria de la aparición de enfermedades epidémicas; sobre medicina legal, se obligaba a examinar drogas y medicamentos vendidos en boticas; y en cuanto a asistencia de pobres, se obligaba a dar seguimiento y atención a los enfermos abandonados. Sin embargo, el país concluyó la primera década del nuevo siglo con una situación más compleja en materia de salud, la cual obligó a promover los principios claves que darían origen a la medicina preventiva en el país. Es así, pues, como progresivamente se fue moldeando un enfoque de la atención de la salud compuesto por tres elementos claves: la prestación de servicios asistenciales, la atención preventiva y la promoción de la salud. Los servicios de rehabilitación vendrían después.

El 12 de diciembre de 1902, en la ciudad de Washington, D. C., Costa Rica y otros diez países del continente americano, promovieron la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas de las Américas, en la cual se acordó crear la Oficina Sanitaria Panamericana de la

Salud, conocida hoy como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Si bien ya en 1890 se conocía que el causante de una anemia muy generalizada entre los residentes de los cantones del sur de la provincia de San José era un parásito denominado anquilostoma, no fue sino hasta el 31 de agosto de 1914, y según Acuerdo No. 609 de la Secretaría de Policía, que se aceptó el ofrecimiento de la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller para iniciar en el país el estudio y el tratamiento de la anquilostomiasis, con fines puramente humanitarios y sin costo alguno para los afectados. Fue así como el 8 de abril de 1915 se constituyó el Departamento de Anquilostomiasis, dependiente de la Secretaría de Policía.

Aunado a lo anterior, otra instancia que surgió fue el Departamento Sanitario Escolar, cuyo objetivo fue vigilar, prevenir y proteger la población de menores de edad, lo cual se complementó con unidades como las Colonias Veraniegas Escolares, la Atención Materno Infantil en Clínicas Infantiles y Prenatales, las Clínicas Oftalmológicas, las Clínicas Odontológicas, las Luchas Antituberculosa y Antivenérea, la Gota de Leche, el Servicio Antimalárico, la atención ambulatoria de enfermos leprosos y la primera legislación sobre el manejo y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. (Para una ampliación del tema, ver “100 años de salud - Costa Rica Siglo XX, página 10).

Estos eventos provocaron la aparición de la medicina social en el país, facilitada por diferentes entes pero organizados en forma dispersa y dependientes de diferentes secretarías, situación que no contribuía adecuadamente a una oferta eficiente y eficaz de los servicios de salud que a cada instancia le competían, imponiéndose luego el principio de centralización administrativa de tales servicios.

Fue así como, el 12 de julio de 1922, mediante el Decreto Ejecutivo No. 1 y siendo presidente del país don Julio Acosta García, se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, bajo la tutela del Dr. Solón Núñez Frutos, con el propósito de integrar en un solo organismo la atención de las diferentes competencias relacionadas con la higiene y la salud públicas. Esta subsecretaría dependía jerárquicamente de la Secretaría de Policía.

La labor de la subsecretaría estuvo originalmente limitada al control curativo y profiláctico de la anquilostomiasis; así como a la dirección del Departamento Sanitario Escolar y demás instancias antes descritas. El 12 de marzo de 1923 se emitió la Ley No. 52 denominada Ley sobre Protección de la Salud Pública, que no sólo le dio un reforzamiento legal a la subsecretaría, sino que aumentó el campo de sus competencias, delegándole varios de los servicios ya establecidos y dependientes de otras secretarías. En su momento y con fundamento en esta norma legal, se le delegó a la subsecretaría las competencias que estaban asignadas a la Secretaría de Beneficencia, tales como la administración de hospitales, lazaretos, hospicios, casas

de maternidad e instituciones protectoras de la infancia.

La subsecretaria, al cabo de unos cinco años de funcionamiento, evidenció algunas sensibles debilidades que limitaban su efectiva operación: adolecía de poder político para hacerse sentir en el gobierno y en la sociedad civil, así como de la adecuada asignación presupuestaria para cumplir eficazmente sus compromisos, máxime si se conocía que aquel casi solo cubría salarios y otros servicios personales. Se imponía, entonces, la creación de una institución con funcionamiento autónomo, esto es, independiente de la Secretaría de Policía que cubría otras competencias e incluso, era preciso que la administración de algunos establecimientos como sanatorios y asilos no continuara como dependencias de la Secretaría de Relaciones Exteriores y Culto.

La Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social fue establecida, mediante ley emitida por la Cámara de Diputados, el 4 de junio de 1927. Algunos meses después, Costa Rica informó en la Conferencia Sanitaria de Lima, Perú, que se había adelantado a casi todas las repúblicas panamericanas, pues ya había llevado a la práctica las dos ideas centrales que primaron en las mesas de trabajo de la aludida asamblea y que fueron: la creación de la Secretaría o Ministerio de Salud y la incorporación a ésta de los servicios públicos de salud. De aquí, y con el Dr. Solón Núñez Frutos a la cabeza, se iniciaría toda una espectacular y compleja etapa de estructuración de la Secretaría, con una expectativa de

resultados satisfactorios para la salud pública nacional en el transcurso del siglo XX en cuanto a la concreción paulatina, entre otros aspectos, de una reglamentación sanitaria y normativas específicas, campañas y luchas preventivas, advenimiento de organismos especializados para diferentes áreas, creación de unidades sanitarias, fiscalización de hospicios, clínicas y hospitales, control de alimentos y medicamentos, servicios de inspección, salud veterinaria, laboratorios, ingeniería sanitaria, asuntos epidemiológicos, en fin, todo lo que le compete al profuso ámbito de la salubridad y la asistencia médico-social.

La ya citada Ley sobre Protección de la Salud Pública de 1923, constituyó en lo fundamental el primer código sanitario del país. Determinó que la salud pública nacional es competencia del Estado, mientras que la salud pública local es una responsabilidad de los gobiernos municipales; en materia de organización, se había instalado una Subsecretaría de Salubridad Pública y Protección Social que integraba al Instituto de Higiene, las Jefaturas Sanitarias, las Jefaturas de Sanidad Marítima, las Estaciones Marítimas y Terrestres, y otros servicios. Se establecía, también, la declaración obligatoria de algunas enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el sarampión, la tuberculosis y la meningitis. El Artículo 31 se refería al manejo de la lepra; el Artículo 42 consideraba la prostitución con criterio epidemiológico de control de posibles enfermedades de transmisión sexual; el Artículo 43 establecía la vacunación y revacunación obligatorias contra la viruela. En fin, la ley trataba del saneamiento de

las ciudades, de la salubridad de las habitaciones, de la higiene industrial, del control del ejercicio de profesiones médicas y afines, de la venta de drogas, de la sanidad marítima, y otras. En agosto de 1924 se creó la Escuela de Inspectores de Sanidad y en enero de 1925 se creó el Cuerpo de Inspectores de Higiene, que comenzó con un Agente Principal de Policía y dos Agentes Sanitarios en San José. Igualmente, en 1927 se creó la figura de la Enfermera Visitadora como recurso profesional esencial de la campaña antituberculosa; en 1931 se creó el puesto de Médico Oficial, con responsabilidades como Jefe de Sanidad, Médico Forense y Médico Escolar, entre otras. Por otra parte, durante el bienio 1938-1939, el país inició los primeros esfuerzos para enfrentar la malaria, mediante acciones concretas dirigidas a la modificación del ambiente, con la eliminación de los criaderos de los mosquitos anofelinos.

Además, a la par de esta organización inicial, también se van a ir creando diversas Juntas de Caridad a nivel provincial y cantonal, con el propósito de fomentar la instalación y operación de facilidades hospitalarias de acuerdo con las necesidades y capacidades locales, y apoyar su administración; y, por otra parte, se establecieron otros hospitales como producto de los enclaves bananeros en la zona atlántica y en el pacífico sur. Fue el caso, por ejemplo, del hospital de Golfito. En algunas localidades del territorio nacional, se instalaron los así llamados Centros Rurales de Asistencia, los cuales ofrecían en lo fundamental servicios asistenciales como la atención de

partos, para casos no calificados de alto riesgo, u otros casos de patologías gastro-intestinales particularmente entre la población infantil; la estancia promedio era de tres días. Estos establecimientos de salud compartían su instalación física con las Unidades Sanitarias y estaban ubicados en zonas rurales, de difícil traslado de sus habitantes a centros hospitalarios de zonas urbanas, como lo fue –en su momento por supuesto– los casos de Puriscal, Naranjo, Corredores, Orotina, Nicoya, Siquirres y Atenas, por citar tan solo algunos lugares.

“Durante muchas décadas todos estos hospitales dependientes de las Juntas de Caridad (la mayoría con amplias limitaciones económicas), brindaron servicios médicos importantes a las poblaciones, aunque de manera prácticamente independiente y sin que un ente superior los cohesionara y supervisara, esto por cuanto cada junta tenía su propio reglamento. Tal situación inicialmente vendría a cambiar cuando, por medio de un decreto de 1936, se le daba vida a un Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia Pública y Protección Social. Este nuevo organismo, adscrito a la Secretaria, pretendía tener, entre otras funciones, la supervisión e inspección decidida de las instituciones de salud y beneficencia del país a través de una Oficina de Auditoría General, aparte de que las tradicionales Juntas de Caridad tuvieron que cambiar su nombre por el de Juntas de Protección Social; cambio que estaba más acorde en momentos en que el Estado quería participar en el control de dichas Juntas, así como la noción de caridad había dado paso a las de

asistencia y protección social, y que se evidenciarían en 1940 cuando el Consejo Nacional de Salubridad se transformaría en la Dirección General de Asistencia.” (100 años de salud Costa Rica p.15)

En resumen, estas tres décadas de la historia del desarrollo institucional de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (1922 a 1949 aproximadamente), se caracterizó por el surgimiento de acontecimientos fundamentales en el contexto de la Salud Pública: se establecieron normas aplicables a todas las enfermedades cuarentenales, según el Código Sanitario Panamericano; se reglamentó sobre el manejo de drogas estupefacientes (opio, heroína y marihuana, entre otros); se logró la aprobación de la Ley sobre Drogas Estupefacientes; se crearon las luchas contra el Paludismo, la Tuberculosis, la Lepra, la Malaria, la Fiebre Amarilla, el Cáncer (se organizó la Clínica de Tumores que asumió las funciones del Instituto del Cáncer); se establecieron regulaciones en materia de Saneamiento Ambiental, Medicamentos, Drogas, Sustancias Tóxicas, Alimentos y Bebidas, Salud Escolar, Laboratorios de Salud Pública, Higiene Industrial; se promulgó, en 1926, la “Ley contra el Ofidismo”, que puede considerarse como la más importante instancia precursora de la seguridad social, pues consideraba la mordedura de una serpiente venenosa como una enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas, y disponía sobre la seguridad social de la familia en caso de muerte por esta causa. Por otra parte, en 1934 y 1935, el gobierno de ese entonces respondió a

la presión de grupos de trabajadores organizados y promulgó la ley y los reglamentos de hospitalización de los trabajadores bananeros, que obligaron a retener el 1% de la venta del banano, para financiar la atención asistencial de los trabajadores y sus familias, destacados en la agroindustria rural. Toda esta experiencia permitió darle al país el Primer Código Sanitario, por medio de la Ley No. 33 del 18 de diciembre de 1943, la cual vino a reemplazar a la Ley sobre Protección de la Salud Pública. Es oportuno destacar que fue precisamente en este período, sustentada en la ya citada Ley de Médicos Oficiales del 26 de octubre de 1931, que apareció la figura de la Unidad Sanitaria – la primera establecida en el cantón de Turrialba, provincia de Cartago – que a la sazón llevó el nombre de su gestor, el Dr. Solón Núñez Frutos; por Decreto Ejecutivo No. 31, del 21 de febrero de 1934, se determinó que los médicos directores de las Unidades Sanitarias tendrían las mismas prerrogativas y atribuciones que tenían los médicos oficiales.



2.2. De la Organización General de la Salud Pública a la Estrategia de Atención Primaria

2.2.1 El origen de la Seguridad Social

En 1925 se creó el Banco Nacional de Seguros y se le asignó la responsabilidad de la atención de los accidentes de trabajo, así como el monopolio estatal de todo tipo de seguros. Esta institución pública adoptaría más tarde el nombre de Instituto Nacional de Seguros. La Ley No.13 del 25 de mayo de 1926, denominada Ley contra el Ofidismo, había considerado el envenenamiento por mordedura de serpientes como una enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas, tal y como ya se citó; dos ordenanzas emitidas en julio y diciembre de 1935, reglamentaron la Ley No. 30 de diciembre de 1934, sobre hospitalización de los trabajadores de la industria bananera y la utilización del 1% retenido por ley con respecto a la venta de banano, referencia igualmente precitada.

La primera Ley Constitutiva que introdujo los seguros sociales en el país fue la número 17 del 1 de noviembre de 1941, la cual creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), fundamentada en dos regímenes para iniciar su oferta de servicios: a) Régimen de Enfermedad y Maternidad, y b) Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Ahora bien, por no ser objeto de esta sinopsis histórica, no se entra en detalles acerca del desarrollo institucional de esta organización. Sin embargo, puede ser pertinente

destacar que surgió en un momento político internacional singularmente crítico, pues se vivían los días más agudos de la segunda guerra mundial, y con ello las implicaciones económicas y sociales que empobrecían más a los países subdesarrollados de todo el mundo; y por otra parte, al interior del país, la situación política no era nada simple de manejar para las autoridades de gobierno de esa época, las cuales lograron imponer los intereses de las mayorías populares sobre los propios de las minorías oligárquicas. La afiliación a la CCSS se consideraba un impuesto al salario de los trabajadores y también una carga fiscal para las organizaciones patronales privadas y públicas, y aún para el Estado pues el financiamiento de la institución ha sido en forma tripartita y de naturaleza forzosa para las partes. La CCSS se constituyó, algunos años después, como una organización pública autónoma, al amparo del Artículo No. 73, Título V, denominado “Derechos y Garantías Sociales”, de la Constitución Política de Costa Rica dictada en 1949.

Ya para 1950, la CCSS contaba con un hospital central llamado Policlínico, más tarde bautizado con el nombre de uno de los tres principales promotores de las garantías sociales de Costa Rica, el Sr. Ex presidente de la República Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; los otros dos ilustres próceres fueron el Sr. Arzobispo de la Catedral Metropolitana de San José, Dr. Víctor Manuel Sanabria Martínez y el Lic. Manuel Mora Valverde, ex presidente del Partido Vanguardia Popular. Así como con un hospital regional ubicado en el cantón de Turrialba,

provincia de Cartago que lleva el nombre del eminente galeno Dr. William Allen, lo mismo que varias clínicas y dispensarios, así como acuerdos con instituciones asistenciales para la atención hospitalaria de asegurados directos y sus dependientes, mediante un sistema de pago de servicios según convenio. Cierta volumen de asistencia médica curativa se suministraba, según convenio con empresas extranjeras, en otros establecimientos como lo fueron el hospital de la compañía bananera en el cantón de Aguirre, Dr. Máximo Terán Vals, el del cantón de Golfito, ambos de la provincia de Puntarenas; y otros en la provincia de Limón.

2.2.2 Desarrollo de la Salud Pública durante las décadas de los 50 y 60

La segunda mitad del siglo XX se inició con características bastante singulares que en muy variadas formas influyeron sobre la situación de la Salud Pública del país. En el plano político internacional, si bien ya había finalizado la segunda guerra mundial en 1945, los conflictos interpaíses no acababan (guerra de Corea en los 50, el inicio de la guerra fría EEUU-URSS, el conflicto árabe-israelí de las sesenta y la guerra de Vietnam en los setenta, v.gr.); Europa se reconstruía poco a poco de las secuelas originadas por la segunda guerra mundial, apoyándose en las ideas de Jean Monnet y Konrad Adenauer; se estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), entre otras dependencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU). En el plano político nacional, el país era regido por una Junta de Gobierno que iniciaba un proceso de reconstrucción institucional de difícil pero necesaria concreción, en el contexto de la Segunda República.

El Ministerio de Salubridad Pública, antes Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, se estructuraba a partir de dos direcciones principales: 1) la Dirección General de Salubridad Pública y 2) la Dirección General de Asistencia Médico Social. En cada caso, a lo largo de las dos décadas referidas, se sucedieron progresivamente diversos cambios organizacionales producto de la dinámica misma provocada por el desarrollo del sistema de servicios de salud. Fue así como, en el año 1950, se creó el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, con el propósito de administrar el Sistema Hospitalario Nacional; durante las siguientes tres décadas, buena parte de la infraestructura hospitalaria continuaría siendo un patrimonio del Ministerio de Salubridad Pública. Esta situación cambió a partir de la aprobación y ejecución de la ley de traspaso de hospitales a la CCSS. El proceso de traspaso de estos establecimientos se concluyó en un lapso aproximado de dos décadas, habiéndose iniciado con los hospitales Dr. Max Terán Vals del cantón de Aguirre y Dr. Tony Facio de Limón, y concluyéndose con el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón.

Es importante destacar la organización del Programa de Erradicación de la Malaria (PEM), indicando que la atención de esta patología en el país la realizaba el Ministerio de Salubridad Pública, por medio del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), definido como un organismo especializado directamente dependiente del Ministro de Salubridad. Costa Rica inició, en la década de los 50, el camino del combate químico en contra de los anofelinos adultos, mediante el uso del DDT; son indiscutibles los logros alcanzados con la aplicación de este producto químico, que tanto en la campaña de control, así como en la erradicación misma, logró disminuir el número de casos notificados según las estadísticas de la época. El 13 de abril de 1957 se promulgó la Ley No. 2115, siendo reformada por la Ley No. 2410 del 28 de julio de 1959. Sendas leyes conferían autoridad al Ministerio de Salud para formular y ejecutar el programa de erradicación a nivel nacional. Las disposiciones legales y reglamentarias contenían, entre otras, las siguientes previsiones: notificación obligatoria de todos los casos de paludismo, verificación parasitológica y tratamiento radical y obligatorio de los casos de malaria, uso de insecticidas de acción residual, reglamentación para la importación y control de medicamentos antipalúdicos, obligación de toda institución pública o privada de realizar labores antimaláricas dentro de su jurisdicción territorial, y notificación obligatoria al SNEM sobre nuevas construcciones en áreas maláricas endémicas. Por otra parte, la Ley No. 3741 del 20 de agosto de 1966 aprobó el Convenio de Préstamo entre el Gobierno de

Costa Rica y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), que permitía complementar el financiamiento de la campaña de erradicación de la malaria, período 1968-1970. Finalmente, mediante el Decreto Ejecutivo No. 13 del 30 de septiembre de 1966, se aprobó el reglamento del SNEM para facilitarle su correcto funcionamiento, estableciendo los deberes y las responsabilidades del personal, las acciones técnicas consideradas necesarias y los procedimientos administrativos.

Por otra parte, se creó la Asociación Nacional de Rehabilitación, con el propósito de lograr la protección de los inválidos y la asesoría a quienes tuvieran a su cargo responsabilidades relativas a la rehabilitación y la educación especial de las personas discapacitadas por problemas físicos. Posteriormente se constituyó el Patronato Nacional de Rehabilitación, para hacerse cargo de la administración del Hogar de Rehabilitación de Santa Ana, establecimiento dedicado a la atención de niños afectados por la epidemia de poliomielitis sucedida en 1954, y todo esto gracias a la visión humanista y profesional del Dr. Humberto Araya Rojas a cuya memoria, años más tarde, se estableció el Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. En 1965 se creó el Patronato Nacional de Rehabilitación, como un organismo dependiente del Ministerio de Salubridad (hoy Ministerio de Salud).

En 1963 se firmó un contrato-convenio con la Junta de Protección Social de La Unión, mediante el cual el

Ministerio de Salubridad patrocinó la organización y funcionamiento del Centro de Recuperación Nutricional en esa localidad. En 1969 se estableció la Clínica Nacional de Nutrición, como parte del Sistema Hospitalario Nacional pues en la clínica se ofrecían servicios asistenciales a niños que padecían de alguna patología alimentario-nutricional, y que por su gravedad requerían internamiento. Esta clínica fue bautizada con el nombre de su principal gestor, el Dr. Uriel Badilla Fernández; y unos años más tarde, esa clínica se transformaría en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

La Ley No. 2343 del 4 de mayo de 1959 creó el Colegio de Enfermeras; dicha ley fue reglamentada en 1961. A su vez, en 1961, un decreto ejecutivo designó a la Dirección General de Asistencia Médico-Social como responsable de la administración del programa de capacitación de Auxiliares de Enfermería.



En 1967 se creó la Comisión Nacional contra el Ofidismo, adscrita al Ministerio de Salubridad Pública.

El Hospital Nacional de Niños fue inaugurado el 24 de marzo de 1964 y lleva el nombre de su primer director, el recordado e ilustre pediatra Dr. Carlos Sáenz Herrera. El 19 de marzo de 1969 se inauguró el Hospital México, perteneciente a la CCSS y cuyos planos constructivos fueron elaborados y donados por el Instituto Mexicano de Seguridad Social.

Durante la década de los 60, igualmente, se sucedieron eventos muy diversos que en alguna medida irían perfilando la organización institucional y sectorial de la Salud, que en la década siguiente alcanzaría un nivel de desarrollo más integral y coherente con las necesidades del país. Por ejemplo, se logró la apertura de la Escuela de Medicina en la Universidad de Costa Rica (1961); se alcanzó la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (1961); se aprobó la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos (1962); se creó la Comisión Nacional de Zoonosis (1967); se aprobó el reglamento para el establecimiento y funcionamiento de los restaurantes (1962); se dictó el reglamento del Departamento de Salud Mental (1964); se logró la división del territorio nacional en 19 distritos sanitarios (1969); se creó el Timbre Hospitalario y el Tributo Hospitalario (1961); se instaló la Comisión Nacional Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social (1967); se favoreció la integración del proceso de programación de la salud a

nivel nacional entre el Ministerio de Salud, la CCSS y el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (1965). En 1962, la CCSS elaboró una propuesta titulada “Plan Nacional de Integración de los servicios médicos a través de la Caja Costarricense de Seguro Social “, en la cual se analizaba la problemática asociada a la prestación de servicios de salud y se formulaba un programa específico de cumplimiento. En el orden internacional, tuvo una importante influencia en el campo de la salud y de la educación, el apoyo derivado del programa Alianza para el Progreso (1963).

2.2.3 La década de los 70: los cambios estratégicos más relevantes en la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud

A lo largo de esta década, se sucedieron los cambios más representativos en la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud del país. El esfuerzo más importante con que se inició el decenio lo fue, sin duda, la formulación del Plan Nacional de Salud 1971-1980, elaborado con un enfoque estratégico y multisectorial, y sustentado en los compromisos latinoamericanos adoptados en Santiago de Chile, y que culminaron con el Plan Decenal de Salud de las Américas, aprobado en la III Reunión Especial de Ministros de Salud del Continente, en octubre de 1972. Se trataba de alcanzar, a toda costa, un cierre de la brecha social, que permitiese una lucha frontal contra la pobreza.

El citado Plan Nacional de Salud 1971-1980 contempló, por primera vez, diferentes escenarios como el epidemiológico, el demográfico, el político, el económico, el social, el comunitario, el de formación de recursos humanos a nivel profesional y técnico. Por ejemplo, el plan recomendaba a la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica formar tantos médicos para un período determinado, así como al Departamento de Tecnologías Médicas de esa misma escuela capacitar tantos Técnicos (en anestesiología, rayos x, registros médicos, v.gr.) igualmente para un período dado.

Por otra parte, a instancia del SNEM, se formuló y ejecutó el Plan Quinquenal de Erradicación de la Malaria 1971-1975, cuyos objetivos procuraban, entre otros alcances, la intensificación y el perfeccionamiento de actividades de vigilancia epidemiológica, ataque a los focos residuales de transmisión y evaluación epidemiológica en todas las áreas en fase de ataque. El plan determinó una cobertura geográfica de 35.446 Km², equivalente al 69.8% del territorio nacional, que comprendía unas 3.449 localidades con 191.462 casas de habitación.

Ahora bien, la mayoría de las políticas y estrategias de salud durante esta década, giraron sobre una principal, que orientó las acciones hacia el logro de una cobertura universal de prestación de servicios de salud a toda la población del país, en todos los ámbitos geográficos y en todos los niveles socio-económicos, por medio de dos estrategias básicas que se apartaron del modelo tradicional

y que fueron: a) la universalización de la seguridad social y b) la atención primaria de la salud. El fundamento por excelencia de estas estrategias fue la premisa política que formuló el Plan Nacional de Desarrollo de esa época y que llamó cierre de la brecha social, basada en el loable esfuerzo de luchar frontalmente contra la pobreza. Previamente, la Ley No. 2738 de mayo de 1961 obligaba a la CCSS a la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años.

2.2.3.1 Cobertura Universal de Prestación de Servicios de Salud

Universalización de la Seguridad Social:

La primera de las estrategias ya citadas fue la de universalización de la seguridad social, para lo cual la Ley No. 4750 del 30 de marzo de 1971 reformó el Artículo No. 3 de la Ley Constitutiva de la Caja, mediante la cual se regulaba esa universalización por etapas, en las que sucesivamente se realizarían una extensión vertical, otra horizontal y finalmente una universal. La extensión vertical se logró por medio de la eliminación del llamado “tope salarial” el cual, en la época en que fue emitida esta ley, era de dos mil colones, razón por la cual se liberaba a las personas que ganaban un salario superior a ese monto de la obligación de asegurarse, o de cotizar sobre el exceso de esa suma. Al eliminarse este tope, se hizo

posible el ingreso a la Seguridad Social de toda la población trabajadora, sin límite de salario, lo que constituyó un aporte fundamental al financiamiento de la CCSS.

La extensión horizontal, o sea la ampliación de los servicios de la CCSS a áreas geográficas adonde aún no los prestaba, se había visto restringida por la limitación de los recursos necesarios para llevarla a cabo. Además, muchas veces se había incurrido en una duplicación de esfuerzos y de asignación de recursos con respecto a los ya existentes bajo la jurisdicción o alcance en otras instituciones. Además, con el propósito de permitir la mayor extensión en el menor tiempo posible, se promulgó la Ley No. 5349 el 24 de septiembre de 1973 con carácter de ley de orden público, y popularmente conocida como Ley de Traspaso de Hospitales, por medio de la cual el Ministerio de Salud transfirió a la CCSS los recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos hospitalarios bajo su jurisdicción.

2.2.3.2 Atención Primaria de la Salud

La segunda gran estrategia para llevar a cabo la política de atención a toda la población, fue la de extensión de cobertura de servicios a poblaciones que tradicionalmente habían carecido de ellos, en especial la rural dispersa y la urbana marginada, utilizando fundamentalmente para ello el método de atención primaria, que se concretó con el desarrollo de los programas de Salud Rural en 1973 y de Salud Comunitaria en 1975, apoyados financieramente

y en su momento por fondos provenientes de la Ley No. 5662 del 23 de diciembre de 1974 y conocida como Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.



Cuando se formuló el Programa de Salud Rural, en un marco doctrinario totalmente divergente de los enfoques tradicionales, se definió que sus objetivos serían ampliar la cobertura de los servicios integrales de salud, preventivos y curativos, a las zonas rurales de población dispersa, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos, de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente capacitado, supervisado y apoyado por las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud existentes, con un costo unitario de las acciones acorde con la capacidad financiera de las comunidades y ejecutados por personal susceptible de arraigarse, fijarse e identificarse plenamente con las mismas comunidades y con su gente, con su cultura, con su idiosincrasia, sus tradiciones,

ya que en ellas los médicos y otros profesionales de la salud no se establecían en forma permanente por las condiciones adversas para el ejercicio de su profesión y falta de oportunidades de progreso científico. Es oportuno destacar dos acontecimientos fundamentales asociados a esta temática: a) la Asamblea Mundial de la Salud (1977), en la cual los ministros representantes de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud establecieron y adoptaron el compromiso para cumplir la Meta de Salud Para Todos en el Año 2000 y b) la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (hoy provincia de Almaty, República de Kazajistán) en 1978, en la cual se establecieron y recomendaron las bases esenciales de la Atención Primaria para los países del tercer mundo.

La organización del programa de Salud Rural se basó en el establecimiento de áreas de salud, atendidas por un asistente de salud rural con sede en la localidad seleccionada, donde se instalaba un Puesto de Salud Rural; este funcionario podía manejar un cuadro básico de medicamentos, debidamente aprobado por el Colegio de Médicos y Cirujanos. Cada área de salud contaba con un promedio de 3000 habitantes.

Este programa de Salud Rural, que al inicio de su implementación y desarrollo utilizó la infraestructura que el Programa de Erradicación de la Malaria dejó de requerir, se diferenció de los programas que tradicionalmente habían existido antes de ese momento, en dos aspectos

fundamentales: a) su desarrollo se planificó para ser realizado en forma centrípeta, esto es, se inició en las localidades más alejadas, más pequeñas y de más difícil acceso, para irse extendiendo luego hacia las de mayor densidad de población y de facilidad de acceso; y b) se diseñó de manera que los servicios de salud llegasen hasta los domicilios de los habitantes, en vez de esperar a que estos acudiesen a los servicios. Además, tomando en consideración que el funcionamiento de este programa, de haberse dado en forma independiente o autónoma lo habría condenado al fracaso; su planificación incluyó el diseño de su correspondiente apoyo técnico y logístico, así como el de mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes a otros niveles de atención del sistema de servicios de salud.



Por su parte, el programa de Salud Comunitaria, que se inició algunos años después (1975), partió de la premisa de que la mayoría de la población urbana marginada

provenía del medio rural y podía, en consecuencia, ser atendida de manera similar a la protegida o cubierta por el programa de Salud Rural. El personal asignado a este programa, tenía por sede un Centro de Salud (hoy Área Rectora de Salud) y desde este se desplazaba a los domicilios que cubría.

2.2.3.3 Participación Comunitaria en Salud

Otra política trascendental de la década fue la que promovió la participación comunitaria en salud, como un recurso complementario e imprescindible de la estrategia de extensión de cobertura por medio de la atención primaria. Para motivar tal participación, se trató de identificar y capacitar a los líderes de las comunidades, y se apoyó la creación de Comités de Salud y de Asociaciones de Desarrollo Integral de la Comunidades. El Programa del Sector Salud del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social “Gregorio José Ramírez” 1978-1982, fue el sustento político por excelencia de esta política.

Durante el transcurso de los años 70, se sucedieron importantes acontecimientos en el Sector Salud, que fueron perfilando un modelo orgánico y funcional que sentó las bases para la participación de la comunidad en el desarrollo de todos los programas de salud. Cabe citar toda la experiencia acumulada en el Proyecto de Salud Comunitaria del Hospital Dr. José Luis Valverde Vega de San Ramón, provincia de Alajuela, y que se denominó “Hospital sin paredes”, liderado por el ilustre galeno Dr. Roberto Ortiz Guier.

2.2.3.4 Desarrollo institucional del Sector Salud durante la década

De igual relevancia que las anteriores, una política en materia de desarrollo institucional vino a provocar la aprobación de varias leyes, cada cual con sus características particulares. La Ley No.5541, decretada en julio de 1974, regulaba aspectos de cesantía y contratación de empleados como resultado de la aplicación de la ley de traspaso de hospitales. Dicho sea de paso, el proceso de traslado de hospitales había sido previsto para completarse en cuatro años, tiempo que a la postre resultó corto pues el proceso duró una década; los primeros hospitales traspasados lo fueron el Dr. Max Terán Vals de Aguirre y el Dr. Tony Facio de cantón central de Limón, así como el último lo fue el hospital Dr. José L. Valverde Vega del cantón de San Ramón, provincia de Alajuela.

Por otra parte, el 23 de octubre de 1973 y mediante un decreto legislativo, se aprobó la Ley No. 5395 conocida como Ley General de Salud. De la misma manera, el 8 de noviembre de ese mismo año, se sancionó la Ley No. 5412 llamada Ley Orgánica del Ministerio de Salud. En lo fundamental, ambas disposiciones jurídicas procuraron modernizar el Código Sanitario y propiciar consistencia con las nuevas orientaciones del sistema de servicios de salud del país. Por ejemplo, en lo específico, la Ley General de Salud, en su Artículo 2., y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, en sus artículos 1 y 2, establecieron

la competencia rectora de la institución sobre la salud; esto implica que la facultad jurídica del Ministerio de Salud en lo atinente al ejercicio de la rectoría, se definió hace cerca de cuarenta años, aunque su concreción ha sido relativamente muy lenta, debido a que la institución destinó una importante cantidad de recursos para desarrollar la estrategia de atención primaria, postergando el fortalecimiento y desarrollo de la rectoría. Por otra parte, ambas leyes facultaban a la institución para cumplir funciones de prevención y promoción de la salud, así como de prestación de servicios de atención directa a las personas y la propia del ambiente humano.

El 2 de mayo de 1974, se aprobó la Ley No. 5525 denominada Ley de Planificación Nacional, la cual estableció en el Artículo 1 el Sistema Nacional de Planificación; en el Artículo 3 definió la constitución de ese sistema; y en el Capítulo IV, Artículos 12, 13 y 14 se establecieron las oficinas sectoriales. El Artículo 8 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud se adelantó a tal disposición, pues creó la Unidad Sectorial de Planificación, a la cual responsabilizó por la formulación de la Política Nacional de Salud, así como de los planes que permitan concretar esa política, en especial el Plan Nacional de Salud; y también de coordinar los procesos institucionales y sectoriales de planificación y evaluar el desarrollo de los planes, proyectos y programas.

En diciembre de 1974, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley No 5662 denominada Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, respecto de la cual ya se hizo

una referencia anteriormente pero agréguese que ésta creó un fondo que lleva ese mismo nombre y declaró como beneficiarios de ese fondo a “los costarricenses de escasos recursos económicos...”, y como destinatarios a diferentes instituciones del Estado (Artículos 2 y 3).

El 28 de abril de 1978, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley No 6227 denominada Ley General de la Administración Pública; los Artículos No. 27, 28, 47 y 48 establecen las competencias de los ministros y viceministros.

2.2.3.5 Organización Regional

El proceso de regionalización en el Ministerio de Salud adoptó una organización y funcionamiento más sistematizado a partir del modelo de distritos sanitarios, iniciado en la década de los sesenta. Sin embargo, a principios de la década de los setenta, ya disponía la institución de un modelo de regionalización constituido por un espacio de cinco áreas geográficas denominadas: Región Central o No. 1, con sede en el cantón central de San José, distrito Hospital; Región Norte o No. 2, ubicada en el distrito primero del cantón central de Heredia; Región Pacífico o No. 3, destacada en el distrito primero del cantón central de Puntarenas (comprendía toda la provincia de Guanacaste); Región Atlántica o No. 4, con sede en el cantón de Turrialba; y finalmente la Región Sur o No. 5, con sede en el cantón de Pérez Zeledón. Este modelo de organización tenía un parecido cercano al propio de la CCSS, así como al modelo oficial establecido

por la Ofiplan en 1974; e incluso, a principios de 1979, se elaboró otro modelo que en lo sustantivo contemplaba cinco regiones y 22 subregiones.

Las políticas y estrategias en materia de regionalización en las instituciones que conformaban el Sector Salud en esa época, tuvieron un desarrollo ciertamente fundamental dado las circunstancias de esos tiempos. El conocimiento y la experiencia logrados en el Ministerio como producto de la configuración de las medicaturas de pueblo primero y de los distritos sanitarios después, permitió disponer en ese momento de los más oportunos criterios técnicos y administrativos para manejar el proceso de regionalización. Las autoridades institucionales, tanto de dirección política superior como las normativas y las ejecutivas, procuraron establecer las alternativas más viables y factibles que procurasen la adopción de una configuración geográfica espacial uniforme y ajustada al modelo nacional propuesto por la Oficina de Planificación Nacional, Ofiplan, (hoy el Mideplan), buscando con ello facilitar la premisa de fomentar una planificación regional que favoreciera el desarrollo económico y social de las comunidades. Sin embargo, el proceso de regionalización no consistía solamente en alcanzar este objetivo; implicaba también el desarrollo de una serie de instancias administrativas concomitantes a la delimitación geográfica para dar sentido dinámico y sistémico al proceso; esto es, la desconcentración de la capacidad gerencial para la toma de decisiones en los equipos de trabajo regionales, a los mecanismos de comunicación y coordinación entre las distintas agencias intra e intersectoriales, al desarrollo

de un subsistema de información regional en salud, a la capacitación permanente del recurso humano según los diagnósticos de necesidades regionales y locales. Los logros alcanzados durante la década fueron la plataforma sustantiva para la implementación del subsistema de dirección y planificación regional que vendría en la década siguiente.

2.2.3.6 Oferta de servicios por niveles de atención

Ya para ese entonces, a partir de la experiencia provocada por la ejecución de los programas de extensión de cobertura y la universalización de la seguridad social, se definió un modelo de entrega de servicios basado en el concepto de niveles de atención, el cual se definió atendiendo los requerimientos de las poblaciones según su tamaño, sus recursos, sus condiciones de salud, sus instituciones, y otros elementos afines. Esto dio origen a la definición de cuatro niveles de atención, cuya denominación y características se especifican de seguido:

1. Nivel básico de atención, con la responsabilidad de desarrollar acciones de salud sencillas a cargo de personal auxiliar debidamente capacitado, con el apoyo y la supervisión de personal profesional y técnico del nivel inmediato superior.
2. Nivel de atención médica general, destinado a ofrecer servicios de salud de tipo general, con la participación permanente de profesionales en las especialidades básicas.

3. Nivel de atención médica general especializada, a cargo de brindar atención en las especialidades básicas y algunas subespecialidades.
4. Nivel de atención médica altamente especializada, que incluye las subespecialidades a cargo de personal debidamente especializado.

Esta definición tuvo como objetivo evitar diferencias entre las actividades preventivas y las curativas, y garantizar la accesibilidad de la población a los servicios para su atención integral en el nivel adecuado; en forma complementaria, procura alcanzar una activa participación comunitaria, una desconcentración de los servicios de salud orientando las nuevas inversiones hacia los sectores más vulnerables y periféricos, así como para el uso de tecnologías más apropiadas en el nivel correspondiente.



La década de los 70 fue prolija en materia de transformaciones sustantivas en el sistema de servicios de salud del país; la sanción de una legislación absolutamente innovadora, la implementación de políticas y estrategias de avanzada, los cambios sucedidos en favor de un desarrollo institucional coherente, un posicionamiento real de las instituciones del sector salud en la sociedad civil y política, y una orientación estratégica del sistema de servicios de salud hacia el alcance efectivo del cierre de la brecha social, pueden estimarse como los principales logros de ese entonces. Sin embargo, no resultó ser tan firme la plataforma que soportaba el desarrollo del modelo, como se procurará precisar resumidamente en el siguiente apartado.

2.2.4 La década de los 80: la inestabilidad del sistema provocada por la crisis económica y social del país

2.2.4.1 Aspectos de carácter general

La década de los 80 igualmente tuvo sus características particulares; fueron severas las repercusiones económicas, sociales y políticas en el contexto general de la sociedad civil, siendo de las más graves la caída del producto interno bruto, la inflación galopante, el desempleo abierto, el endeudamiento externo y el servicio de la deuda externa. Sin embargo, el país tenía una plataforma de organización institucional ya establecida que vendría a representar un instrumento de apoyo oportuno para intentar la superación de la crisis por aproximaciones sucesivas.

Tal plataforma puede caracterizarse por el Sistema de Planificación Nacional y el desarrollo institucional de toda la Administración Pública, con sus diferentes alcances y limitaciones en términos jurídicos y políticos.

En este escenario, el Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986 denominado “Volvamos a la Tierra“, planteaba que era necesario ejecutar todas aquellas medidas que tendiesen a frenar el proceso recesivo y a estabilizar la economía en el corto plazo, para luego poner en marcha las políticas que fuesen capaces de hacer entrar al país, a mediano plazo, en un proceso de crecimiento sostenido. El plan reconocía que, a pesar de todos los esfuerzos que se realizasen, el crecimiento que se podía lograr a mediano plazo era bastante moderado, ya que estarían actuando como limitantes una importante cantidad de factores externos e internos a la economía nacional.

Asimismo, se restringía el crecimiento del aparato estatal, lo que permitiría la orientación de una mayor proporción de recursos hacia los sectores productivos. Otro elemento básico de la estrategia política era el fomento intensivo a las actividades exportadoras y una transformación del hábitat agrario, de tal forma que hubiese una mejora sustantiva en las condiciones de vida y una reducción de las migraciones hacia las zonas urbanas.

En lo que al Programa del Sector Salud se refiere, su objetivo principal era prácticamente explicable por sí mismo pues lo definía como “mantener y mejorar los

indicadores de mortalidad y morbilidad por patologías propias del subdesarrollo alcanzados hasta ahora, y prevenir el aumento acelerado de padecimientos predominantes en los países industrializados”. Y, además, “lograr el funcionamiento armónico y coordinado de todas las instituciones del Sector bajo el concepto de sistema, que permita el uso más racional posible de los recursos”. Por otra parte, la estrategia para alcanzar ese objetivo giró alrededor de la intención de crear y consolidar un nuevo modelo de atención médica en el país – un Sistema Nacional de Salud – que funcionare integralmente, con mayor eficiencia que los servicios existentes en ese entonces y, sobre todo, con menores costos. En él se procuraría eliminar las diferencias entre la población asegurada y la no asegurada, y se promovería la máxima participación de la comunidad, como uno de los fundamentos primordiales para el cambio.

Referente al desarrollo mismo del Sector Salud, para mejorar la calidad de los servicios y extender la cobertura de manera compatible con los recursos existentes, se hacía necesario reestructurar e incrementar la capacidad operativa del sector y fortalecer la infraestructura instalada. Se consideró que la mejor estrategia era definir y establecer un Sistema Nacional de Salud, articulado intra e intersectorialmente, dándole plena vigencia al modelo de regionalización, readecuando los niveles de atención, manejando tecnología apropiada, desarrollando instrumentos de coordinación funcional convenientes al interior y exterior del sector. Este sistema contemplaba

la planificación coordinada de servicios a nivel central, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local. En él participarían las instituciones del Sector Salud sin perder su autonomía, aceptando uniformar sus criterios y procedimientos administrativos y técnicos en los más diversos aspectos, con el fin de lograr resultados positivos en relación con la salud de las personas.

En este estado de cosas, con fundamento en la Ley de Planificación Nacional No. 5525 de abril 1974, que estableció en su Artículo 1 el Sistema Nacional de Planificación, se dictó el Decreto Ejecutivo No. 14313-SPPS-PLAN en febrero de 1983, el cual promulgó el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud, bajo la orientación de Decreto Ejecutivo 14184-PLAN que a su vez creó el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial. Este decreto estableció, en el Artículo 3, el Sector Salud y en el Artículo 12 definió los términos operativos pertinentes para el ejercicio de la función rectora como una atribución de los ministros de cada sector. Quedó entonces definida la función de rectoría del sector como una competencia del Ministro, quien recibiría el apoyo de otras instancias como el Consejo Nacional Sectorial de Salud, la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial y las Direcciones Sectoriales Regionales.

Para el cuatrienio 1986-1990, las autoridades políticas eran conscientes de que la situación nacional en materia de salud imponía la obligación de definir una política

que, por una parte, se apoyara con firmeza sobre los logros obtenidos hasta ese momento, procurando su consolidación, y por otra parte que dirigiera la mirada hacia el futuro, en el cual sería necesario enfrentarse a los problemas propios de los países ricos, en el contexto de una economía de país pobre. Si bien se había avanzado en materia legal y organizacional, así como de actitudes positivas para una coordinación interinstitucional efectiva, se indicaba que aún había mucho camino que recorrer para lograr el objetivo de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Se consideraba necesario llevar a cabo una eficaz desconcentración de funciones con delegación de autoridad; universalizar la programación de actividades a nivel regional y local, y perfeccionar un sistema de información que facilitara la administración del proceso; obtener una mejor asignación y gestión financiera; evaluar los programas existentes, sus objetivos, sus métodos y procedimientos; y definir una política de salud que en unos aspectos mantuviera la trayectoria seguida por el país, y que en otros generase los cambios de dirección necesarios. En este escenario, se formularon los siguientes lineamientos políticos:

- Salud para todos como meta social y compromiso nacional e internacional
- Desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de las instituciones que integran el Sector Salud
- Fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud
- Consolidación de los avances en salud y abordaje

de nuevos problemas y enfoques en la atención integral de la población

- Participación de la comunidad en todas las actividades del Sistema de Servicios de Salud
- Prioridades en la prestación de servicios.

En función de tales lineamientos generales de acción, se indicaba que el Ministerio de Salud asumiría plenamente la función de rectoría que indicaban las disposiciones legales y políticas del país, con participación absoluta de las instituciones componentes del sector, tanto públicas como privadas, y este proceso integrador de esfuerzos sería la base fundamental para el alcance de la meta de Salud para todos en el más breve plazo.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud requería del ordenamiento del sector, en el cual cada institución integrante tuviera definidas sus áreas de competencia, sus responsabilidades en la prestación de servicios integrales a la población y las interacciones entre ellas.

2.2.4.2 Ordenamiento institucional a partir de la organización sectorial

Antecedentes

El primer modelo de ordenamiento institucional con enfoque sectorial se estableció en el Capítulo II, Sección V *Del Consejo Nacional de Salud*, Artículo 11, Ley Orgánica del Ministerio de Salud No. 5412, noviembre de 1973, en el cual se definió la integración del aludido consejo y se

indicaba que sería presidido por el Ministro de Salud o, en su defecto, por el Viceministro. Este artículo no ha sido modificado, lo cual implica que se encuentra vigente; además, la referida norma jurídica tiene el carácter de “ley de orden público” y, por lo tanto, solo otra disposición de similar jerarquía puede modificar, total o parcialmente, la ley original.

Por otra parte, en el Capítulo IV *De las Oficinas Sectoriales*”, Artículos 12, 13 y 14, de la Ley de Planificación Nacional No. 5525, abril 1974, se crearon las unidades u oficinas de planificación y se les establecieron sus competencias; la propia del Ministerio de Salud se creó en el Capítulo II, Sección II *De la Unidad Sectorial de Planificación*, Artículo 8; esto ocurrió en noviembre de 1973.

En el año 1977, la Ofiplan presentó el documento Aspectos Administrativos y Jurídicos de una Sectorialización Administrativa; se planteó en la referida instancia que la sectorialización es la fórmula más racional de organizar la Administración Pública, a la par de una reorganización de la Administración Regional, de modo tal que se procure una mayor y mejor distribución del poder político. Esto lo planteó el Lic. Oscar Arias Sánchez, en aquel momento Ministro de Planificación Nacional y Política Económica. Con carácter de complemento a esta iniciativa, mediante el Decreto Ejecutivo No. 9644-P-OP, del 20 de febrero de 1979, se creó el Subsistema de Planificación.

Hechos más relevantes sucedidos en el período

Con fundamento en el marco jurídico referido en los distintos apartados descritos anteriormente, así como en los lineamientos generales de política de gobierno contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986 *“Volvamos a la tierra”*, se emitió el Decreto Ejecutivo No. 14184-PLAN- *“Creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial”*, enero 1983, el cual pretendía reordenar todos los sectores que constituían la Administración Pública, a partir de dos grandes agrupaciones: a) los sectores sociales y b) los sectores económicos; los máximos jefes en cada una de esas agrupaciones fueron los dos Vice Presidentes de la República. Así, el Ing. Alberto Faith Lizano tuvo a su cargo la presidencia de los sectores económicos y el Lic. Armando Arauz Orellana la propia de los sectores sociales. El subsistema definía, por una parte, los elementos organizacionales y funcionales de este, y por otra los deberes y las responsabilidades de los jefes, de las comisiones, las secretarías y otras instancias. Igualmente, con los mismos fundamentos supra citados, se dictó el Decreto Ejecutivo No. 14313 –SPPS-PLAN *“Creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud”*, febrero de 1983, en el cual se constituía el Sector Salud, y se establecían su integración, sus objetivos, las comisiones, los comités y las secretarías afines con sus respectivas competencias. Es importante destacar que, con fundamento en el Capítulo Sexto, Artículo 16, se estableció la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial, que por un lapso de cuatro años aproximadamente cumplió el rol que le fue asignado y

estuvo instalada en las oficinas centrales de la CCSS.

No obstante existir un decreto ejecutivo que creaba el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial de Salud, en donde se definían claramente las instituciones componentes del sector y la organización y funcionamiento correspondientes, era notoria la ausencia de algunas instituciones en el proceso de desarrollo del sector como un Sistema Nacional de Salud. Preferentemente dos instituciones, la CCSS y el Ministerio de Salud, habían tomado el liderazgo en la ejecución de acciones, pero aún entre ellas mismas se observaba desarrollos institucionales incongruentes con el funcionamiento sistémico del sector.

A pesar de que existía (y aún existe) un Ministro Sectorial responsable de dirigir y coordinar el sector, con funciones claramente definidas en la legislación vigente, y que contaba con apoyos inmediatos como los antes definidos, se observaba que estos apoyos habían sido insuficientes para poder desarrollar toda la función gerencial del sector, y en donde más se observaba esta debilidad era en que no se había podido desarrollar plenamente del sector como un sistema.

No obstante que se dio inicio a un proceso de integración de servicios en los primeros años de esta década, aun persistían grandes problemas de descoordinación a todo nivel entre las instituciones del sector, y entre el sector y otros sectores afines.

Los modelos de atención ambulatoria a cargo de la CCSS y el Ministerio de Salud, si bien llenaron a satisfacción las necesidades de las dos décadas inmediatas pasadas, en esos momentos llegaron a considerarse con clara evidencia de deterioro; esto pudo deberse a que no había habido un paralelismo entre el desarrollo del sector y la dinámica misma de la prestación de los servicios de salud. Tal desfase pudo haber inducido a pensar en el deterioro del modelo como producto de una deficiente administración de los recursos, así como de una representativa lentitud en el desarrollo institucional y sectorial.

Existían también importantes debilidades funcionales en los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención, según el modelo que oportunamente se describió.

La legislación en materia de salud habida hasta ese momento, ya mostraba importantes requerimientos de revisión, ajuste o reglamentación, a efecto de compatibilizarla con los requerimientos del sector y sus instituciones de esos momentos.

Ante el incontrolable incremento de los costos de operación del modelo y el improbable aumento de los recursos financieros para los diferentes actores, se imponía una mejor asignación y administración de los mismos.

Quizá la mejor explicación de la presencia de todas estas

debilidades y amenazas, era la ausencia de un Sistema de Planificación Integral , que orientara y ordenara el desarrollo del sector como un sistema, en términos efectivos, reales, evidentes; además de que durante esa década aún persistían importantes redundancias, vacíos e insuficiencias en la capacidad gerencial que demandaba la eficiente y eficaz ejecución del trabajo, en los contextos institucionales, intra e intersectoriales.

2.2.4.3 Resumen

Se alcanzó la consolidación del proceso de traspaso de hospitales a la CCSS y con ello se experimentó una mejoría en la cobertura de los servicios de salud (CCSS), así como de salud ambiental (MS e ICAA). El gasto público en salud necesariamente se redujo como una consecuencia de la crisis financiera del país, aunque esto no implicó desatención de la estrategia institucional estrella, esto es, la Atención Primaria. Se logró una adecuada atención de los refugiados y desplazados por los conflictos bélicos centroamericanos, en establecimientos donde se les proporcionó atención en salud, alimentación, control de gestantes, enfermedades inmunoprevenibles, de transmisión sexual y vectoriales. Se brindó un decidido apoyo al Plan “Salud, un puente para la paz”.

2.2.5 La década de los 90: el proceso de reforma del Ministerio de Salud

2.2.5.1 Situación global

La situación económica nacional, a principios de esta década, no era nada sencilla de manejar, pese a evidenciar un relativo mejoramiento. El asunto de la renovación de los créditos externos, provocó una instancia de renegociación, la que a su vez obligó a la definición y puesta en práctica de políticas de ajuste interno, que permitieran por su parte cumplir con los compromisos del programa de balance de pagos. Los bancos internacionales condicionaron la renegociación de la deuda externa, a la firma de un convenio con el Fondo Monetario Internacional. Esta circunstancia indujo a la formulación de los llamados programas de ajuste estructural.

El primer programa que se llevó a cabo fue el así llamado “PAE I”, que consistió en el impulso de una reforma comercial para liberalizar la economía, así como una reforma fiscal para reducir el tamaño del sector público, a partir de la premisa de que ello propiciaría un mejoramiento continuo en la eficiencia de las instituciones públicas, particularmente del Gobierno Central.

Con el “PAE” 2 se procuró la apertura de la economía al mercado internacional, y para ello se establecieron estrategias macroeconómicas tales como el fomento, mediante incentivos, a las exportaciones, la reducción de impuestos, la restricción en la aplicación de subsidios,

la venta de instituciones públicas al sector privado y la reducción del aparato público.

2.2.5.2 Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud CR-012/BID

Por otra parte, en el contexto del proceso de Reforma del Sector Salud, así como del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud CR-012/BID, se formuló el Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, Agosto 1992, con dos objetivos fundamentales: a) Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y b) Traspasar a la CCSS los servicios de atención directa a las personas. Por otra parte, se razonaba que la rectoría del sector a cargo del Ministerio de Salud era una necesidad inobjetable por tres razones fundamentales: a) la crisis económica y los programas de ajuste estructural que estaban en marcha, orientaban hacia la racionalidad en el uso de los escasos recursos económicos del país; b) ya existían en el Ministerio de Salud y en la CCSS procesos de regionalización, desconcentración y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), para fortalecer la atención integral a las personas y al ambiente donde estos viven, y c) indicaba que la organización de los servicios de salud requería, por su complejidad, costo y trascendencia social, de una dirección política y una conducción técnica únicas, de ámbito nacional. Estos dos conceptos *dirección política*, como una competencia propia y exclusiva de los jefes institucionales, así como *conducción técnica*, entendida como una responsabilidad delegada a todos

los ejecutivos según cada contexto organizacional, se han venido manejando regularmente durante los últimos veinte años.

2.2.5.3 Políticas y Estrategias para el Sistema Nacional de Salud: década 1990-2000

En un esfuerzo de resumen, las políticas y estrategias del Sistema Nacional de Salud para esta década 1990-2000, se pueden describir de la siguiente manera:

a) Rectoría y Sistema Nacional de Salud

Las políticas y estrategias que se ejecutarían durante esta década, se orientaban a la consolidación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, creando e implementando las factibilidades legales, administrativas y técnicas que permitirían el ejercicio efectivo de la rectoría por el Ministerio de Salud. En lo esencial, las políticas promovían la estructuración de las instituciones del Sector Salud, con el fin de establecer el Sistema Nacional de Salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, el desarrollo de nuevos modelos de administración de los servicios, así como de coordinación interinstitucional e intersectorial que permitirían una eficiente y eficaz gestión administrativa del sistema, en una coyuntura de ajuste estructural. Las estrategias que apoyarían la concreción de estas políticas procuraban la revisión de las bases conceptuales, jurídicas y administrativas necesarias para consolidar el

funcionamiento de los componentes del Sistema Nacional de Salud, dentro del proceso de desconcentración y descentralización, así como de los lineamientos establecidos en la Reforma del Estado; igualmente, el análisis y la actualización de la estructura organizacional del Ministerio de Salud, así como de las instituciones del Sector Salud, que permitan facilitar el cumplimiento del rol rector del Ministerio y apoyar la estrategia de Reforma del Estado.

b) Cobertura de servicios

Independientemente de la crisis económica y social por la que atravesaba el país en esos momentos, se estimó necesario modernizar las políticas y las estrategias en esta materia, de modo que fueran fortalecidos los servicios de atención integral, priorizando los grupos sociales desprotegidos. En tal contexto, las políticas giraron sobre la base de vigilar y mantener los niveles alcanzados en salud, a partir de las estrategias de extensión de cobertura en el marco de la atención primaria y la meta de “Salud para Todos en el año 2000”; reducir la brecha social de cobertura y calidad de los servicios con capacidad de gestión; readecuar los servicios primarios de atención, con el fin de ajustarlos al perfil epidemiológico y dirigirlos a los grupos más afectados por el programa de ajuste estructural; apoyar los programas de prevención y mitigación de desastres naturales, prevención de accidentes laborales y de tránsito, control de plaguicidas y otros contaminantes agroindustriales. Las estrategias que procuraron concretar estas políticas giraron alrededor del

incremento de la cobertura de los servicios con calidad y equidad; establecimiento de instrumentos de seguimiento y evaluación del sistema, que permitirían asegurar la accesibilidad, la disponibilidad, la oportunidad y la calidad del servicio; la descentralización administrativa y desconcentración de servicios; y el impulso al desarrollo de la medicina familiar y comunitaria.

c). Salud Ambiental

El contexto ambiental del país durante la década en referencia, en un esfuerzo de síntesis que permita un conocimiento aproximado, es posible desagregarlo en los siguientes componentes:

- a) *Uso insostenible del suelo.* En Costa Rica ha sido notoria la ausencia de un adecuado ordenamiento territorial, tanto para la planificación del desarrollo agropecuario, como para manejar la creciente urbanización y desarrollo de la infraestructura, lo cual ha provocado problemas de degradación ambiental y la intensificación de la vulnerabilidad de los llamados “desastres naturales”. El impacto negativo de la deforestación es cada vez mayor, así como el deterioro de las cuencas hidrográficas, el uso inadecuado del suelo y el impacto sobre las áreas costeras (erosión, desechos agropecuarios e industriales, descargas domésticas).
- b) *Contaminación Ambiental.* El uso de plaguicidas, pesticidas y la contaminación han alcanzado cifras impresionantes, con secuelas para la salud

(intoxicaciones, reacciones alérgicas, dermatitis, v.gr.).

- c) *Contaminación del agua.* Muchos ríos, riachuelos y quebradas han servido como medio de eliminación de aguas negras y desechos sólidos domésticos, así como aguas residuales y desechos industriales y agropecuarios.
- d) *Contaminación de alimentos con microorganismos y por plaguicidas.*
- e) *Manejo inadecuado de desechos sólidos.* Ha sido evidente la falta de educación en el manejo de desechos, al observar que se arroja basura en lotes baldíos, aceras, ríos y vertederos improvisados. En la actualidad no se aplica el término “desechos sólidos” sino “residuos”; aquí se respeta la forma originalmente aplicada durante la década en referencia.
- f) *Desechos sólidos industriales y desechos sólidos peligrosos de establecimientos de salud.* Desde el punto de vista de la salud, el manejo inadecuado de los residuos tiene implicaciones adversas en el nivel y estructura de esta, toda vez que los vertederos espontáneos y los de cielo abierto son focos de contaminación permanente.
- g) *Estructura insostenible de consumo energético y emisión excesiva de gases.* Del total de energía consumida en el país, cerca de un 60% provenía de derivados del petróleo. Se estimaba que las emisiones por automotores constituían un 70% de las emisiones totales de la gran área metropolitana.

Los vehículos que circulaban en San José durante 1885 eran aproximadamente 97.556, mientras que en 1997 eran 167.250.

Desastres naturales

Son varios los tipos de amenazas que son prácticamente permanentes en el país, sobresaliendo los terremotos, las amenazas por fallas geológicas, por inundaciones, temblores, deslizamientos y amenazas volcánicas directas. A modo de ejemplo, recuérdese los terremotos de diciembre 1990 y abril de 1991, así como el huracán César en julio de 1996.

Tendencias en el recurso hídrico.

Contaminación del agua: en el año 1979, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) inició un programa de investigación sobre el potencial de los recursos hídricos, tanto superficiales como subterráneos, y un análisis del estado en ese momento, así como del deterioro ambiental de los demás recursos, dentro del concepto, ámbito y rol de las cuencas hidrográficas. Se identificaron áreas de drenaje ubicadas en diferentes sectores del territorio nacional, en donde los cambios drásticos y la presión por el uso de la tierra, sumado a la intensidad de las actividades urbanas, industriales, agroindustriales, agropecuarias y mineras, entre otras, provocaron desequilibrios que afectaron directamente la calidad y cantidad del agua. Entre los principales

determinantes de esta situación están:

- . Distribución irregular e incremento constante de la población.
- . Presión por el uso de la tierra en zonas no aptas.
- . Apertura de vías de comunicación sin ninguna planificación.
- . Explotación irracional de minería a cielo abierto.
- . Descarga y vertido de aguas residuales y aguas negras.
- . Procesos de quema e incendios forestales.
- . Conflictos por el uso del recurso hídrico.
- . Nuevas áreas residenciales en sitios de captación de manantiales.
- . Contaminación por abuso excesivo y sin control de agroquímicos.

Tratamiento de aguas residuales

La cobertura del tratamiento de las aguas servidas a nivel nacional era muy baja; solo existían 8 plantas de tratamiento, pequeñas y sobrecargadas en su capacidad operativa, aparte de mostrar deficiencias en su manejo.

Alcantarillado sanitario.

La administración y distribución del agua potable y del alcantarillado sanitario se hallaba distribuido entre varios entes operadores, con una cobertura de 99.65% a nivel nacional (diciembre 1995). No obstante, la población servida con alcantarillado sanitario abarcaba únicamente el 23.94% de la población nacional durante

el año referido. Esta cobertura se hallaba concentrada en 11 centros urbanos, entre los que sobresalen San José, Heredia y Alajuela.

Coordinación intra e intersectorial

Durante la década de los 90, si bien el ICAA constituía parte del Sector Salud, la principal representatividad de este estaba entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social; la coordinación y comunicación de las entidades del subsector agua y saneamiento con las propias del sector eran prácticamente nulas. La relación funcional del ICAA con el Sector Vivienda y Asentamientos Humanos era también bastante débil.

En el contexto del escenario anteriormente descrito, se definió como política fortalecer el Subsistema de Salud Ambiental, de modo que permitiese alcanzar un medio ambiente sano y apto para el crecimiento económico y social, a partir de la integración de todas las acciones dispersas que se estaban ejecutando en esta materia a nivel nacional.

2.2.5.4 Resumen

En lo fundamental, durante esta década se inició el proceso de Reforma del Sector Salud, el cual se destacó por un fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud, así como por la consolidación del sistema de prestación de servicios integrales de salud a toda la población nacional

por parte de la CCSS. En el primer caso, es importante señalar el cambio sucedido en la modalidad de servicios de atención primaria a cargo del Ministerio, cumplida por Técnicos de Atención Primaria, los cuales se trasladaron a la CCSS; esto permitiría que el Ministerio se ocupase entonces de llevar a cabo funciones de rectoría en los tres niveles de gestión. En el segundo caso, se realizaría una readecuación del modelo de atención con énfasis en cobertura universal e integral a toda la población, en las áreas y problemas prioritarios de salud.

De esta manera, se propició el desarrollo de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), como primer nivel de atención en las comunidades con menores recursos. Las Cooperativas de Salud asumieron una mayor responsabilidad en el desarrollo de los EBAIS ubicados en el Área Metropolitana. También, como parte de la función rectora del Ministerio de Salud, se alcanzó la fortificación de la harina de maíz con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B; se fortalecieron los programas de control y prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), como el Dengue y la Malaria; igualmente se tomaron medidas para el control y prevención del Cólera; y se creó el Instituto Nacional del Cáncer.

Sin embargo, a juzgar por los contenidos del Plan Nacional de Salud 1994-1998, así como del Plan Nacional de Salud 1998-2002, no parece apreciarse un grupo importante de estrategias dirigidas al cumplimiento de competencias rectoras, en un contexto más allá del desarrollo del sistema

de prestación de servicios de salud a las personas. Son dos planes en los cuales prima el enfoque biológico que, si bien es importante, no lo es todo en el contexto de la rectoría de la salud. Las áreas de acción y las actividades que dominan los contenidos de ambos planes están dirigidas sustantivamente a la oferta directa de servicios, con una débil atención al tema de rectoría; no obstante, parece apreciarse que va tomando interés político este tema, razón por la cual parecería inferirse que el reto para progresar en esta materia quedaría para el tercer milenio. Sin embargo, es importante destacar que estas áreas de acción no fueron sujeto de una evaluación de su impacto sobre los determinantes y condicionantes de la salud, al no existir las condiciones técnicas que hubiesen permitido tal gestión.

Con la conclusión de la década de los 90, termina también un siglo de acontecimientos muy diversos en el tema de la organización y funcionamiento de los servicios de salud en el país, en el cual los avances en su desarrollo, analizados desde el punto de vista de su eficacia, determinan un progreso muy significativo en términos del nivel y estructura de la salud.

CAPÍTULO III

La Rectoría de la Salud: un reto del tercer milenio

3.1 La primera década del siglo XXI

a) Administración de Gobierno 1998-2002

Si bien el propósito de este trabajo es presentar, de manera adecuadamente resumida y objetiva, las características y los demás aspectos fundamentales del desarrollo institucional del Ministerio de Salud, por la actualidad de los contenidos analizados a partir de este capítulo, se ha procurado identificar las referencias más importantes de los contenidos de los planes nacionales de desarrollo y su vínculo con la política, los planes y los proyectos estratégicos de salud.

La Administración de Gobierno 1998-2002 asumió, en su momento, el reto y el compromiso político de enfrentar el inicio de un nuevo siglo y de un nuevo milenio. En su debida oportunidad, propuso a la ciudadanía el Plan Nacional de Desarrollo Humano 1998-2002, con la obvia inclusión del programa del Sector Salud. Ahora bien, con fundamento en este programa, así como en el resto de lineamientos políticos y criterios técnicos que suelen sustentar un plan, programa o proyecto, se elaboró la Política Nacional de Salud 1998-2002 y el Plan Nacional de Salud 1999-2004, que por primera vez un recurso de ese tipo se formulaba para un sexenio, y tenía la deliberada intención de ser considerado más como un compromiso

de Estado que como una responsabilidad cuatrienal del gobierno; además, fue refrendado no solo por el Ministro de Salud, sino también por los Presidentes Ejecutivos de la CCSS, del INS y del ICAA, a la sazón los representantes de las principales instituciones integrantes del Sector Salud.

La Política Nacional de Salud 1998-2002 estableció un conjunto de políticas nacionales por áreas de acción, desglosadas en tres capítulos, definiéndose así: Capítulo 1. Fortalecimiento Institucional; Capítulo 2. Atención a las Personas; Capítulo 3. Atención al Ambiente Humano. Por su parte, el plan supra citado se dividió en tres ámbitos, siendo el **Ámbito 1: Desarrollo y Consolidación del Sistema de Salud**, el que incluía un área de acción referida a la **Rectoría**, con cuatro políticas de salud y estas con sus respectivos planes, programas, proyectos y acciones específicas. Por ejemplo, la **Política de Salud 1** se define como:” Fortalecimiento del Ministerio de Salud en las funciones, procesos y actividades relacionadas con la rectoría de la producción social de la salud”; de igual forma, la **Política de Salud 2** establece la “Dirección y conducción de los procesos de formulación, implementación y seguimiento de la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud, por parte del ente rector”. He aquí, entonces, dos elementos claves para avanzar en el proceso de rectoría: a) se destaca, sin definirse, el concepto de producción social de la salud y b) se establece el proceso de planificación estratégica de la salud. La organización y estructura institucional que

servía de soporte para la ejecución de todas las acciones definidas como responsabilidad del Ministerio de Salud, era la establecida en el Decreto Ejecutivo No. 30921-S, publicado en el periódico oficial La Gaceta No. 11 del jueves 16 de enero de 2003, que definió el **Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud** de aquel entonces.

Por otra parte, debe destacarse el pacto ético y solidario suscrito por Costa Rica, junto con otros 188 países, relativo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a partir de los cuales se comprometió a contribuir en el alivio de la pobreza en el siglo XXI. Estos objetivos son mensurables y con límite temporal, tomando como base el año 1990 y estableciendo como plazo para el logro de las metas el año 2015. El detalle de tales objetivos es el siguiente: Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre; Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal; Objetivo 3: Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer; Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil; Objetivo 5: Mejorar la salud materna; Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

b) Administración de Gobierno 2002-2006

Esta Administración de Gobierno presentó al país su Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, mismo que establecía el sector salud como **Sector Salud y Deportes**. Se definía, para el caso de las tres principales instituciones

del sector, sus principales directrices de funcionamiento. Además, establecía, entre otras directrices, reactivar los mecanismos de coordinación sectorial y convertirlos en espacios de dirección y revisión permanente de las políticas y acciones que le competen al Ministerio de Salud; se esperaba que para el año 2003, se tuviese la Política Nacional de Salud y un sistema de información oportuno y confiable.

La Política Nacional de Salud 2002-2006, se formuló en su momento tomando en consideración un importante conjunto de principios orientadores, concretamente, equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad e inclusión social; así como tres ejes transversales, a saber: enfoque de género, enfoque de derechos y participación social. Por otra parte, fueron establecidos cuatro ámbitos para la conformación sustantiva de la política y estos fueron: Ámbito 1: Fortalecimiento y consolidación del sistema de salud; Ámbito 2: Equidad-universalidad-acceso y calidad de las acciones en salud; Ámbito 3: Recreación y promoción de la salud; Ámbito 4: Salud ambiental y desastres.

Por decisión política superior, esta administración no formuló el tradicional plan nacional de salud. En sustitución de este recurso, se elaboró la “Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. Diez Compromisos del Sector Salud”, que en la práctica tuvo la misma representatividad, en términos de forma y contenido, de un clásico plan nacional de salud; simplemente se trató

de darle otro nombre. Esos diez compromisos fueron, en esencia, lineamientos generales de acción que mostraron, la mayoría de ellos, un enfoque biológico típico de todos los planes anteriores, independientemente de que ya se venía manejando el concepto de producción social de la salud. Interesa destacar tres de esos compromisos dirigidos al contexto ambiental y sectorial: 6). Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico, y 7). Fomentar acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres; así como el 8). Consolidar la estructura y funcionamiento del Sector Salud, cuyo énfasis se circunscribía al ideal “ejercicio efectivo de la rectoría”. En el año 2003, se formuló y formalizó el Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010.

En el año 2002, por una loable iniciativa de las autoridades de dirección política de la institución, con la cooperación técnica de la OPS/OMS y la participación, entre otros actores sociales, de la CCSS, el ICAA, el INS y la UCR, se realizó por vez primera un Análisis Sectorial de Salud, que en lo fundamental consistió en un diagnóstico de la situación nacional relativa a áreas específicas, comprendiendo catorce temas tratados por catorce equipos de trabajo interinstitucionales e interdisciplinarios, quienes se dedicaron con gran responsabilidad y vocación a desarrollar cada uno de los temas que les fuera encomendado; para cada uno de ellos el resumen constituyó un capítulo concreto del informe final. Así, por ejemplo, fueron denominados algunos de

ellos: Capítulo 1: Contexto Económico, Político y Social; Capítulo III: Estructura Organizacional del Sector Salud; Capítulo VII: Gasto y Financiamiento de la Atención de la Salud; Capítulo XIV: Vulnerabilidad y preparativos para desastres. Es importante destacar el siguiente comentario extraído del análisis aludido: “La modernización de los servicios de salud, cuyos esfuerzos iniciales comienzan a finales de la década de los ochentas y principios de los noventas, respondió a factores críticos que replanteaban ajustes al financiamiento, la organización y la provisión de los servicios dirigidos a la atención de las personas. Fue así que se introdujeron medidas para flexibilizar los mecanismos de contratación y empleo, como una manera de enfrentar los retos de ese momento, pero sin que se comprometiera el sistema público de salud por caminos que no dan posibilidad de volver hacia atrás, tales como los de la privatización u otros sistemas que, desde su propia estructura, promuevan la exclusión social. La irreverencia con que el país ha rechazado modelos sanitarios que se han introducido en otras latitudes y con diferentes expectativas de desarrollo social, ha hecho que se pueda mantener un sistema caracterizado por su universalidad y por un desempeño que ha permitido lograr y mantener, hasta ahora, indicadores de salud comparables a otros sistemas con mayor inversión y de países con una economía más desarrollada”. (Análisis Sectorial de Salud COSTA RICA 2002, OPS/OMS).

Otro esfuerzo similar se realizó sobre las funciones esenciales de Salud Pública en fecha más o menos similar, así como otro que comprendió una evaluación del proceso

de planificación estratégica local, del cual no hubo un informe final debidamente consolidado. Sin embargo, sí se produjeron importantes avances en los procesos de seguimiento y evaluación, definiéndose incluso el Sistema de Seguimiento y Evaluación, compuesto por el Sistema Nacional de Evaluación (SINE), el Sistema de Evaluación y Desarrollo Institucional (SEDI), el Sistema de Evaluación Físico-Financiero y el Sistema de FODESAF (Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares), el Análisis de Contexto en Salud (ACOS), y finalmente el Seguimiento y la Evaluación de la Planificación Estratégica (SEPE).

De esos componentes del sistema, el SINE tenía como propósito medir el desempeño de las metas de producción (compromisos de resultados) asumidas por las autoridades de la institución y que eran de interés especial para la Casa Presidencial; el SEDI medía el desempeño de las metas de producción de la institución e identificaba los factores que incidían en su cumplimiento; el FODESAF medía el cumplimiento de metas en materia de alimentación y nutrición, y su relación con la asignación presupuestaria; el Sistema de Evaluación Físico-Financiero analizaba el logro de productos, el cumplimiento de las metas y la ejecución presupuestaria; el ACOS describía y analizaba los determinantes de la salud y apoyaba la medición del impacto de las acciones estratégicas en las condiciones de vida de la población. Todos estos componentes eran responsabilidad del Ministerio de Salud.

También, en este mismo período, se elaboró por primera

vez una política en salud exclusiva para las poblaciones indígenas, bajo la coordinación de un equipo asesor de la Sra. Ex Ministra de Salud Dra. Rocío Sáenz. Una dinámica particular permitió el trabajo conjunto con la CCSS en dicha materia y se desarrolló el Primer Foro de Salud de los Pueblos Indígenas y la creación mediante decreto ejecutivo del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.

c) Administración de Gobierno 2006-2010

Esta Administración de Gobierno presentó al país su Plan Nacional de Desarrollo, Jorge Manuel Dengo Obregón, 2006-2010, iniciándose con una cita del dedicado: “Desarrollo, en esencia, significa trabajo de alta productividad social y organización para crear procesos acumulativos, que emanen sus beneficios en forma equitativa, a toda la colectividad, comprometida en el esfuerzo”. En el Capítulo 2, Eje de Política Social, apartado 1.3 El sistema nacional de salud, se indica que las condiciones de salud que experimenta el país “... hacen imperativo un cambio en el enfoque de los servicios de salud pública, el cual puede sintetizarse diciendo que es necesario realizar una transición de la atención de la enfermedad a la promoción de la salud,...”. A la postre, este comentario originaría el lema que aún hoy se escribe al pie de página de los documentos oficiales del Ministerio.

Por su parte, el componente del Sector Salud del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, plantea en el punto **B.**

Retos nacionales: Políticas, los siguientes lineamientos generales: **1). Contribución al desarrollo de una cultura que proteja y mejore la salud y el ambiente humano;** **2). Garantía del acceso a servicios de salud de atención a las personas y al ambiente humano de calidad, oportunos y equitativos, para toda la población, con énfasis en los grupos vulnerables;** y **3. Recuperación de la credibilidad y confianza en la gestión del Sector Salud.** Estas tres políticas generales definidas por el Ministerio Rector, mostraron absoluta consistencia con los compromisos del Programa de Gobierno, así como con las acciones estratégicas, sus objetivos afines y los indicadores propuestos en cada caso. Ahora bien, el hecho de que exista coincidencia entre ambas instancias, ello no implica por supuesto que el compromiso político ahí asumido se cumpliera punto por punto; corresponderá, en su debido momento, realizar una evaluación de gestión sobre cada una de las acciones estratégicas dirigidas al cumplimiento del referido compromiso, independientemente de los procesos rendición de cuentas y control interno establecidos en las leyes y reglamentos del caso, así como las evaluaciones de impacto que sean más relevantes. El lector podrá apreciar que los dos primeros “retos nacionales” o políticas, parecen ser como muy lógicos de expresar en este y en todos los planes de administraciones anteriores: proteger y mejorar la salud y el ambiente humano, y garantizar el acceso a servicios de salud. Y por último, de repente también el lector podría preguntarse por qué razón se busca recuperar la credibilidad y confianza en la gestión del Sector Salud, o

mejor aún por qué se perdió, por cuanto si algo se busca es porque se ha perdido.

Sin embargo, pese a estar ese recurso político fundamental definido tal y como se describió, al menos en los asuntos referidos, durante el período de marras no fueron elaborados, ni la Política Nacional de Salud 2006-2010 ni tampoco el Plan Nacional de Salud 2006-2010, habiendo quedado un abismal vacío que no fue posible superar, pese a haberse realizado algunos esfuerzos aislados e informales al respecto, que no pasaron de ser meramente propuestas, particularmente en la Dirección de Desarrollo de la Salud del Ministerio, misma que desapareció al implementarse la nueva estructura orgánica en el año 2008. Precisamente este nuevo ordenamiento organizacional propició la instalación de una dirección homóloga a la anteriormente citada, la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, dentro de la cual la Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud, parte de su personal y con la participación de un oneroso y nutrido acompañamiento de asesores “junior” y “senior” a título de “staff”, iniciaron en el año 2008 el proceso de elaboración del plan nacional de salud, que no alcanzaron a concluir completamente en el lapso referido.

Entonces, una lectura elemental de estos hechos, podría provocar que el lector se pregunte qué sucedió en materia de planificación estratégica institucional durante la primera mitad de la referida administración. Y, por qué

no, que tampoco pregunte por el proceso de rectoría.

Esta situación implicó, simple y llanamente, que no fue posible realizar una instancia de seguimiento, control y evaluación –al menos de gestión– de los contenidos del plan nacional o de la política nacional, o sea de lo que habrían sido sus planes, programas, proyectos o acciones específicas, simplemente porque no se definieron. Este detalle tiene, obviamente, sus implicaciones en términos de lo establecido en la legislación sobre rendición de cuentas y control interno. Esta observación no debe provocar confusión con respecto a los programas operativos institucionales (POI), otrora denominados planes operativos anuales, por cuanto estos si se habrían elaborado para poder integrarlos en la Ley de Presupuesto Nacional y se les habría practicado su correspondiente evaluación de gestión semestral y anual, según las normas establecidas al efecto por el Ministerio de Hacienda, y amparadas a la legislación existente. También, el Ministerio publicó el documento Políticas Institucionales con fecha 4 de junio de 2007, así como el Plan Estratégico Institucional 2008-2010; ambos documentos fueron fundamentales para la formulación de los respectivos planes operativos institucionales. Aclárese que estas instancias operan dentro del contexto del proceso de planificación intra institucional, cuyos contenidos conceptuales no son objeto de análisis en este documento.

En buena teoría administrativa, una organización pública o privada, grande o pequeña, primero planea su

desempeño (función de planificación), luego ordena sus recursos disponibles en función de sus planes y programas (función de organización), de seguido los ejecuta (función de dirección) y concluye el ciclo con el seguimiento y verificación de resultados (función de control), y así reinicia el ciclo de su gestión. Este es el clásico enfoque de la administración como “proceso gerencial”, en esta institución y en todas las organizaciones del mundo.

El Ministerio, con el acompañamiento de un equipo consultor de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica y del Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), se ocupó de elaborar y ejecutar el proyecto conocido como Proceso de Desarrollo Organizacional. Entre otros productos, se elaboró el Manual de Organización y Funciones. Junio, 2008”. Este proceso, en lo fundamental, constituyó una estrategia administrativa orientada al establecimiento del escenario organizacional y funcional, que serviría de base o soporte al desarrollo de todos los planes, programas, proyectos y acciones específicas, ya sea en la Política Nacional de Salud, las Políticas Institucionales, el Plan Estratégico Institucional, el Plan Operativo Institucional o el Plan Nacional de Salud, según la eventual existencia o disponibilidad de estos. En otras palabras, se enfatizó en desarrollar primero la segunda función del proceso administrativo y no se le dio prioridad a la primera; esta instancia, como se indicó, fue más conocida como Proyecto de Desarrollo Organizacional, el segundo en la historia del Ministerio de Salud (la primera se inició,

sin concluir, en 1978), cuyo costo para la institución fue de poco más de mil millones de colones gastados en consultorías y cuyo beneficio ha sido severamente cuestionado en todos los niveles y áreas de gestión en que participaron. Muchos documentos producidos e implementados durante el desarrollo del proyecto fueron puestos fuera de circulación, por razones muy simple de explicar, y otros tantos que quedaron activos demostraron, años después, severas deficiencias de forma y de fondo. Incluso, es posible hasta referir un importante sentimiento de rechazo entre el personal, particularmente en el nivel central, con respecto al estilo de conducción del proyecto por parte de autoridades institucionales y del equipo asesor, mismo que fue totalmente desatendido por las jerarcas del momento, bajo el razonamiento de que eran infundados. (*)

Incluso hasta puede llamar la atención el detalle de que una importante cantidad de documentos fueron presentados a nombre del **Ministerio de Salud de Costa Rica**, un particular totalmente innecesario e inusual porque no se trataba del Ministerio de Salud de Sri Lanka, de Namibia, de Islandia o de Estonia.

(*) Si el lector se interesa en conocer más detalles sobre este particular, puede consultar los informes *ad hoc* elaborados en su momento por la Dirección General de Auditoría del Ministerio de Salud, la Contraloría General de la República y, en caso de juzgarlos insuficientes, puede realizar alguna gestión en la empresa Teletica

Canal 7, la cual cubrió varios reportajes al respecto.

Por otra parte, como una innovación fundamental a lo largo de todo su desarrollo institucional, el ministerio elaboró el **“Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud - Marco Estratégico Institucional”**, cuya primera versión se publicó el 14 de marzo de 2008 y luego se formularon dos versiones más, publicadas en octubre de 2008 y en octubre de 2011 respectivamente. El modelo contiene, entre otros elementos sustantivos, una definición de conceptos como **Producción Social de la Salud**; describe los *determinantes* que influyen sobre el estado de la salud de las personas; la **Promoción de la Salud con sus recursos básicos**: *participación social, abogacía de la salud y mercadotecnia social en salud*. Plantea también los conceptos de **Servicios de Salud, Sector Salud, Sistema Nacional de Salud y Sistema de Producción Social de la Salud**. Además, describe las ocho **FUNCIONES SUSTANTIVAS PARA EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA**. El **MARCO ESTRATÉGICO DEL MINISTERIO DE SALUD** establece la **MISIÓN**, la **VISIÓN**, la **ESTRATEGIA MAESTRA**, los **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**, y los **VALORES INSTITUCIONALES** (1. Salud como cultura de vida y de trabajo, 2. Liderazgo, 3. Compromiso y 4. Efectividad). Curiosamente, como nunca sería de esperar, la oficialización de la tercera edición de este modelo no mejoró unos cuantos errores conceptuales que venían arrastrándose de las dos ediciones anteriores, los cuales fueron debidamente

informados y argumentados con todo lujo de detalle y precisión a las autoridades competentes en su momento, por parte de funcionarios de la institución y conocedores de la materia. Si bien en el punto **2. INTRODUCCIÓN**, de la segunda edición, se indica que el primer “*Modelo*” fue sometido a la consideración de una importante cantidad de funcionarios de las direcciones del nivel central, regional y local, de la OPS/OMS, del Consejo Sectorial de Salud, de la empresa asesora de la Escuela de Ingeniería de la UCR, del MIDEPLAN, de la Contraloría General de la República y hasta de representantes sindicales, ello no exenta para nada que el modelo, por ejemplo, en su tercer versión, haya dejado de arrastrar errores de forma y de fondo. Extraña, incluso, que a semejante calidad y cantidad de participantes, se les haya pasado el reconocimiento *-in sito-* de los errores explicados y razonados en su debida oportunidad. Por la vía formal, en octubre y noviembre de 2011, y respetando en todos sus extremos la jerarquía administrativa, se les hizo llegar a las autoridades de turno estas apreciaciones las cuales, al no ser cuestionadas en ninguno de sus extremos, se da por aceptadas de hecho, pero nada más; este *modelo conceptual* es un recurso para sustentar las directrices institucionales, que no puede ni debe **evidenciar** deficiencias de ninguna naturaleza. Posiblemente, las eventuales correcciones se harán en la cuarta edición y, de no ser así, seguirán pesando en el modelo, con las implicaciones correspondientes en asuntos de forma y, por supuesto, de contenido. No resulta de sencilla explicación por qué si se señalan errores, se argumenta

y se razona la naturaleza de las fallas, y se proponen los ajustes del caso, se desestime totalmente este apoyo ofrecido solo como una opción de mejoramiento continuo.

En la Gaceta No. 105 del lunes 02 de junio de 2008, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 34510-S, el cual establecía el nuevo **Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud**. Este reglamento inicia con un primer capítulo denominado **Disposiciones generales**, que ciertamente innova la presentación clásica de esta modalidad de recurso, pues incluye: un conjunto de definiciones básicas para facilitar la comprensión de sus contenidos; el marco estratégico la institución como ente rector de la producción social de la salud; las funciones específicas de rectoría de la producción social de la salud; y la organización general del Ministerio en sus tres niveles de gestión. Aun así, el reglamento es omiso en la descripción de deberes y responsabilidades a nivel de unidades organizativas, al menos, en la mayoría de los casos, aparte de que se diseñó a partir de procesos y no de funciones, lo cual limita representativamente su efectividad como tal. Sin embargo, como resultado de un conjunto de cambios organizacionales que ya han sido debidamente autorizados y por lo tanto son ya oficiales, según constata en el DM-620-12, con fecha 31 de octubre de 2012 y refrendado por Silvia Hernández Sánchez, Ministra a.i. del Mideplan, los cuales serán referidos y explicados en punto adelante, este reglamento requiere ser sustituido. Con fundamento en el referido reglamento, fue elaborado el organigrama institucional,

el cual arrastra consecuentemente las debilidades mencionadas. En otras palabras, a partir de una nueva redacción y oficialización del reglamento orgánico, deberá formularse un nuevo organigrama institucional. (*)

En octubre de 2008 se instaló la nueva estructura organizacional del Ministerio de Salud, sustentada en el Decreto Ejecutivo No. 34510-S de junio del mismo año, el cual establecía el Reglamento Orgánico de la institución, como ya se indicó.

En Octubre de 2009, la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, presentó con carácter de documento borrador preliminar el **Plan Nacional de Salud y Protección Social** el cual, en su momento, pudo haber constituido un importante esfuerzo del grupo responsable de su redacción, pero que habría evidenciado algunas deficiencias de forma y de contenido superables de haber continuado su proceso de formalización, mismo que no se alcanzó durante la administración en referencia. Por ejemplo, el plan agregaba “...y **Protección Social**”, probablemente por la naturaleza de sus **Enfoques y Principios Orientadores (Derechos Humanos, Cohesión Social, Diversidad, Igualdad y Equidad de Género)**. Además, se planteaba un esquema con el título: **Alcance de la Rectoría en el Sector Salud y Sector Social**. Es posible que en ese entonces, la aludida dirección de planificación estratégica no tuviera claro el alcance de la rectoría, que aun anterior a esa fecha se había definido que era, y es, sobre el sistema

de producción social de la salud, concepto que va más allá del referido alcance (*). Además, pese a ser un documento previo, se carecía de algunos recursos elementales e insoslayables propios del proceso de planificación estratégica tales como la inclusión de una línea base (diagnóstico), la definición de los productos esperados, el impacto de estos sobre los determinantes y el estado de la salud, la determinación de metas según objetivos, los indicadores de impacto, los cronogramas respectivos, los actores sociales responsables de la ejecución de las acciones, el financiamiento, y lo más importante la Política Nacional de Salud que lo sustentaría. Este plan no progresó más allá de ser un documento preliminar.

(*). De manera operativa, la capacidad política del ente rector es lo que le permite trascender el Sector Salud para incidir en el Sistema Nacional de Salud y, de ahí, en el Sistema de Producción Social de la Salud. La importancia de la capacidad política del ente rector radica en que, como recurso de poder, le permite ir más allá del sector involucrando a otros sectores, particularmente en asuntos de liderazgo, capacidad de convocatoria, concertación y negociación.

En diciembre de 2009, se presentó oficialmente el **Plan Nacional de Salud, Inclusión y Movilidad Social 2010-2021**. Se trataba de un plan estratégico, proyectado a cumplirse en los siguientes doce años, y que incorporaba buena parte de los contenidos originales del Plan Nacional de Salud y Protección Social recién citado. Este nuevo plan continuó arrastrando una importante cantidad de debilidades de forma y de contenido, que a la postre provocaron la imperiosa necesidad de realizarle un buen número de ajustes para darle un carácter más consistente, no solo con una correcta teoría de planificación estratégica, pero también con los requerimientos y características institucionales. Por ejemplo, en el Capítulo I, Generalidades, punto 1 Metodología, etapa 1.1. Organización, solo se cita una parte de la *base legal* para dar inicio al proceso de formulación del plan; no se cita la *sustentación política*, que a la postre es la más importante, por cuanto representa el componente de **viabilidad** (Plan Nacional de Desarrollo, Compromisos Internacionales, Política Nacional de Salud, v.gr.); en el punto 1.2 Elaboración de un diagnóstico de la situación actual (solo se describen fortalezas y debilidades, no así oportunidades y amenazas), indica que es para “crear una visión compartida entre actores sociales identificados, con respecto a las necesidades...” y, en buena teoría, ese no es el objetivo de un diagnóstico; un diagnóstico *describe y analiza*, en forma *sistemática y objetiva*, los factores *intrínsecos* y *extrínsecos*, que caracterizan un evento o situación determinada; este concepto, generalmente descrito en la teoría sobre planificación estratégica, no

coincide con la indicación supra citada. Se cita, además, un diagnóstico externo regional (Región Centro Americana y del Caribe), requerido por los asesores de la Escuela de Ingeniería de la UCR y del INCAE, que no solo no aparece su contenido elemental en el aludido plan, es decir los resultados del mismo, sino que no parece ser de utilidad alguna; por ejemplo, requería un importante número de variables macroeconómicas, como la inflación promedio regional, el índice de precios al consumidor promedio regional, así como la tasa de interés pasiva y activa promedio regional que manejan los Bancos Centrales a nivel de todos los países de la región, que si podría ser de interés para que estas instituciones financieras la apliquen en la definición de su política monetaria, crediticia o fiscal pero no necesariamente para un plan de salud.

Ahora bien, si se tienen insuficiencias en los insumos básicos para definir, por ejemplo, los objetivos y las metas generales y específicas, los productos, los indicadores de impacto y las estrategias; si persistían actividades a desarrollar como: “1.3 Elaboración del modelo conceptual para la producción del desarrollo social” y “1.4 Definición del alcance de la Rectoría en el Sector Salud y en el Sector Social”; y 1.6 Elaboración del mapa estratégico, si no se tenía la Política Nacional de Salud, que en buena teoría es previa a la formulación del plan; si no se definieron metas ni productos esperados y los indicadores son de limitada facilidad comprensiva (porcentaje promedio ponderado de x cosa, v.gr.), no

resulta sencillo comprender y utilizar este plan para los efectos que justificaron su elaboración. En buena hora se desestimó continuar con este plan, dados sus defectos de forma y de contenido, mismos que fueron puntualmente señalados a las autoridades correspondientes por analistas institucionales conocedores de la materia, quienes incluso llamaron la atención por el rendimiento y la calidad del acompañamiento de la firma consultora externa ya referida, que en su momento se autocalificó como sobradamente conocedora de la materia en que asesoraban, pero que al final no pareció ser consistente con –precisamente- la calidad de los productos finales.

En el periódico oficial La Gaceta del miércoles 21 de abril de 2010, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 35905-S, el cual oficializaba la Política de Inclusión y Protección Social; el Artículo No. 1 del referido decreto indicaba que el documento que contenía dicha política estaba disponible en la dirección electrónica <http://www.ministeriodesalud.go.cr>; esto no era correcto y tal contenido no fue posible conocerlo en su momento. Esta situación originó una buena cantidad de preguntas como, por ejemplo, por qué el título no incluía “Nacional de Salud”, o bien por qué indicaba “Protección Social” y no “Movilidad Social”. También se cuestionó el alcance del Artículo No. 1 que expresaba: “Oficialícese, para efectos de aplicación obligatoria la Política de Inclusión y Protección Social”, en el sentido de que si bien era imperativa o vinculante para las instituciones públicas, solo podría ser indicativa para las organizaciones privadas; son entonces alcances

jurídicos diferentes. Por otra parte, el Artículo No. 2 del decreto indicaba: "El Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud y del Sector Social y Lucha contra la Pobreza, velará por la correcta aplicación del presente Decreto Ejecutivo". El Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, oficializado mediante el Decreto Ejecutivo No. 34510-S y publicado en La Gaceta No. 105 del lunes 2 de julio de 2008, definía los alcances de la rectoría en otra forma; el supra dicho decreto ejecutivo de abril de 2010 no derogaba el recién referido.

En diciembre de 2010 se presentó formalmente el **Plan Nacional de Salud 2010-2021**, el cual sería entonces para desarrollar en los siguientes once años y no doce como el anterior. Una vez más, en el apartado **1.1. Organización**, se indica la misma base jurídica que permitió iniciar el proceso de formulación de este nuevo plan (no se cita la Ley de Planificación Nacional No. 5525 v.gr.); no se hace referencia a la *fundamentación política*. Se vuelve a indicar, además, que se elaboró un "modelo conceptual para la producción del desarrollo social", el cual no se anexó ni en la versión anterior del plan ni en esta, y podría inducir a una confusión en términos de sus eventuales contenidos, cuando un lector o analista externo compare este documento, que nunca se editó y que por lo tanto tampoco fue oficial, de repente porque nunca se redactó, con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud –Marco Estratégico Institucional, en cualquiera de sus tres versiones. Los ejes temáticos de este nuevo plan son los

mismos descritos en el plan anterior, así como lo es el caso del Capítulo II Resumen del análisis de contexto. Los siguientes elementos son los mismos en ambos planes: Enfoques y principios orientadores, propósito, objetivos generales, factores críticos del éxito, objetivos específicos (sin indicadores), Anexo No 1: Glosario. Por otra parte, llama la atención el contenido del primer párrafo de la nota de introducción que firma la Sra. Ex Ministra, Dra. María Luisa Ávila A., al indicar que el plan está “... basado en el respeto y promoción de los derechos humanos donde se reconoce la diversidad, la igualdad y la equidad de género, como pilares fundamentales de la salud”. Ciertamente, existe una buena cantidad de otros “pilares fundamentales de la salud”, en el contexto de los determinantes y el estado de la salud que tanto énfasis le da el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y que no son expresamente citados en la aludida introducción. Esto podría calificarse como un fallo en la redacción del documento.

Llama la atención también que precisamente en el glosario que se anexa, no se definen conceptos claves de primer orden como Política Nacional de Salud, Plan Nacional de Salud, Programa y Proyecto, Acción en Salud, Acción Estratégica en Salud, Plan Estratégico Nacional, Evaluación de Gestión y Evaluación de Impacto, objetivo, meta, indicador y producto; además se define una institución pública, hasta ahora desconocida –por lo menos para el autor de este trabajo- , como **Ministerio de Desarrollo y Planificación**, que continúa siendo

difícil ubicarla en el contexto del Poder Ejecutivo. Todos los detalles referentes a las debilidades conceptuales anteriormente citadas, fueron comunicados en su debido momento a las autoridades correspondientes por funcionarios conocedores de la materia y fue, como otras tantas, desestimada totalmente; si bien esta gestión no ha tenido la eficacia esperada, quizá la alcanzará en otro momento.

La Administración de Gobierno 2006-2010, en lo que a la gestión de salud respecta, concluyó con una **Política Nacional de Salud 2011-2021**, redactada y formalizada “a última hora”, en buena medida para corresponder a las directrices de otras instituciones públicas (Contraloría General de la República, v.gr.), pero que evidencia también importantes deficiencias de forma y de fondo, pues da la sensación al leerla de ser más un recurso en cual se copiaron y pegaron elementos de otros documentos. Por ejemplo, si se observa el punto **I. Marco Conceptual**, este puede leerse casi textual en el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de Salud; también el punto **II. Contexto social y situación de salud**, que es parte del diagnóstico contenido en el Plan Nacional de Salud 2010-2021; así mismo, los puntos **III. Propósito**, **IV. Estrategia Maestra** y **V. Enfoques y principios orientadores**, están en el modelo conceptual recién citado. Y lo que no está ya definido en ese modelo, lo está en el también citado plan nacional de salud. Tampoco se formuló el Plan Estratégico Nacional, el cual es posible que se haya dejado para redactarlo y presentarlo en la

administración de gobierno siguiente. Por esta razón, no es posible referir actividades de seguimiento y evaluación de acciones estratégicas en salud, eventualmente contenidas en los citados recursos, simplemente porque nunca las hubo. La importancia de los procesos de planificación estratégica y de evaluación del impacto de las acciones de salud, para fundamentar sobre su base el desarrollo institucional de una organización, en este caso el Ministerio como ente Rector de la Producción Social de la Salud, se explica por sí solo; los principales productos de sendos procesos, esto es la Política Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud, el Plan Estratégico Nacional de Salud y las Evaluaciones de Impacto de las Acciones en Salud, son la sustentación por excelencia del aludido desarrollo y es un imperativo categórico también la excelencia de su redacción, la garantía de viabilidad y factibilidad de sus contenidos, y la debida concertación y negociación con los actores sociales involucrados en todos los procesos. La seguridad estructural de una obra arquitectónica la garantizan, no solo la calidad de los materiales de construcción, sino el conocimiento y la experiencia de los obreros y, tan relevante como estos dos elementos, la excelencia del diseño de los planos constructivos y la administración del evento.

En junio de 2007, los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en reunión celebrada en la Ciudad de Panamá. Y en diciembre de 2009, se oficializó el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-

2015, durante la XXXI Reunión del COMISCA, celebrada en San José, Costa Rica, los días 3 y 4 de diciembre de 2009.

En conclusión, en lo que al tema de planificación estratégica se refiere, durante la administración en referencia, hubo un limitado desarrollo de los componentes clásicos de este proceso, por ejemplo, la conducción técnica de la formulación de la Política Nacional de Salud y del Plan Estratégico Nacional, la elaboración de un modelo conceptual de planificación estratégica y la conducción de un sistema de información en salud, pese a ser este proceso definido en su oportunidad como una función rectora, así como de haber tenido el acompañamiento, a título de asistencia técnica, de un grupo de asesores de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica y del Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), de muy alto costo económico, aparte de profesionales de la institución.

Además, si bien con fecha 15 de setiembre de 2007 se emitió el documento **Planificación Estratégica de la Salud MS.NI.FINSR.01**, como parte del Manual de Procedimientos, Instrucciones y Rutinas, y en el contexto general del Proceso de Desarrollo Organizacional, son evidentes, por una parte sus errores conceptuales, y por otra la ausencia de componentes fundamentales en los planes estratégicos citados. Por ejemplo en el punto **1. Introducción**, se indica que la Planificación Estratégica “...conduce la formulación y ejecución de planes,

programas, proyectos y acciones intersectoriales...”; como se describe en todos los textos de administración utilizados en diversas facultades universitarias, la planificación es una función gerencial que se ocupa de **formular** planes pero no de **ejecutarlos**; se trata de evitar ser *juez y parte*, según el más elemental sentido de este adagio. También, en el punto **2. Objetivo** se señala “Conducir a los actores del Sistema de Producción Social de la Salud en la formulación y ejecución, armónica y coordinada, de los planes...”; luego parece no estar claro quién formula y quién ejecuta. Ahora, en el punto **4. Definiciones**, parece ser que sobran unas (conciliación, v.gr.) y faltan otras (concertación, línea base, producto, acción en salud, v.gr.). Y también en el punto **7. Procedimiento**, el punto *7.1 Diagnosticar integralmente necesidades externas e internas del proceso de Planificación Estratégica de la Salud*, título de difícil comprensión, plantea que “... para el desarrollo de esta actividad se dispone de otros insumos, que a continuación se detallan (entre otros): Plan Intra institucional del Proceso de Planificación Intra institucional (¿?), Resultados de las evaluaciones del impacto de las acciones en salud y el Plan Estratégico Nacional en Salud actual. Ninguno de estos tres insumos existe en la actualidad; no se cita la Política Nacional de Salud. Además, el punto *7.3 Diseñar y ajustar la metodología y lineamientos generales para el proceso de Planificación Estratégica en Salud*, parece que no se ha cumplido, y es sencillamente un fundamento más de la recomendación para que se elabore un modelo conceptual de planificación estratégica; el punto *7.7. Elaborar la*

metodología para la evaluación del impacto de las acciones en salud, es una competencia de otro proceso rector. Y, a modo de conclusión, no parece ser sencillo comprender el punto 8.2 *Indicadores de impacto*, definido como “% Promedio de cumplimiento metas: El promedio de las porciones de cumplimiento de un objetivo relacionado con el nivel de cumplimiento establecido previamente para cada uno de los planes definidos”. Ahora bien, es absolutamente admisible que un documento referido a la integración de un proceso tan complejo como lo es la planificación estratégica, redactado hace cinco años y con algunas limitaciones de la participación de expertos en la materia, particularmente la propia del Equipo de Mejora Continua y Equipo Consultor, evidencie hoy algunos vacíos conceptuales e insuficiencias en aspectos de diferenciación e integración funcional, en particular respecto al proceso de evaluación del impacto de las acciones en salud.

Una de las ocho funciones rectoras descritas en el modelo conceptual y estratégico de la rectoría referido en la página 44, se denomina **Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud**. Un grupo de profesionales, con diferente especialidad, asignado a la Unidad de Evaluación del Impacto de las Acciones Estratégicas en Salud, perteneciente a la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, se ocupó de elaborar un Modelo Conceptual y Estratégico de Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud, el cual integraría punto por punto todas las etapas

que debe cumplir el debido proceso de evaluación del impacto de una acción en salud, y tan importante como lo anterior, planteó la correcta definición de los distintos conceptos que se aplican en el proceso, los fundamentos administrativos que sirven de soporte al modelo, la base legal en que se sustenta, el método de priorización de las evaluaciones, los protocolos correspondientes, el glosario de los términos más relevantes y otros recursos básicos. El propósito por excelencia de este modelo es disponer de un elemento orientador y uniforme del desempeño en la materia, que permita actuar de modo científico en un campo de acción tan especializado, tan novedoso y complejo como el que trata. Este modelo debe complementarse, en todas sus partes, con un modelo conceptual de planificación estratégica de la producción social de la salud, una vez que la instancia responsable de conducir ese proceso decida redactarlo y aplicarlo, por cuanto sendos procesos son mutuamente dependientes, esto es, mantienen una relación funcional absolutamente cercana.

3.2 La segunda década del siglo XXI

d) Administración 2010-2014

La Administración de Gobierno 2010-2014 presentó, en diciembre de 2010, el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María Teresa Obregón Zamora”. En su Capítulo 4. Bienestar Social, 4.1. El punto de partida y desafíos, página 50, se hace una definición de la **Salud Pública** en

términos totalmente biologicísticos, a lo largo de un espacio de menos de media página, a partir de una descripción de datos con escaso análisis que pueden hallarse en cualquier memoria institucional y donde la referencia a los determinantes de la salud brilla por su ausencia. Ciertamente, es muy pobre y limitada esta descripción. Por otra parte, en el apartado 4.3. Objetivos estratégicos, 4.3.4 Fortalecimiento de las políticas sociales universales, página 56, se realiza un planteamiento igualmente biologicista, lo que induce a pensar o a colegir, que la redacción de estos dos puntos estuvo a cargo de una persona desconocedora de los fundamentos mínimos del concepto de Rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud, que ya se había tratado en administraciones anteriores; no se duda de que un profesional en salud pública, con especialidad o al menos algún conocimiento en planificación de la salud, pudo haber presentado algo mucho mejor.

El Capítulo 9 Objetivos de Desarrollo del Milenio, página 103 y sucesivas, dedica una especial atención a esta declaratoria que viene desde el año 2000 y que Costa Rica es signataria de la misma y, por lo tanto, es un compromiso internacional. Este capítulo del PND es absolutamente crítico y la última versión del Plan Nacional de Salud 2010-2021, debería evidenciar o mostrar una consistencia total en todos sus contenidos, no solo por la calidad de sus planteamientos sino por ser el PND el orientador político por excelencia de todos los planes institucionales que se llevan a cabo las instituciones públicas, de modo que

sus contenidos son impositivos para estas, así como es indicativos para otras organizaciones.

Por otra parte, la Asamblea Legislativa decretó la Ley para la Gestión Integral de Residuos No. 8839, la cual fue publicada en La Gaceta No. 135 del 13 de julio de 2010. A su vez, en 2011, se aprobó y publicó la Política Nacional Para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021. Esta política nacional comprende los siguientes ámbitos: legal; educación, formación, capacitación y comunicación social; económico; fortalecimiento institucional y organizacional; hábitat humano; investigación y desarrollo tecnológico. Es de esperar que, a partir de los fundamentos de la planificación estratégica, así como de los ámbitos definidos en esta política, se proceda en su momento a formular los planes, los programas, los proyectos y las acciones específicas en materia de gestión integral de residuos, que es solo una parte del determinante ambiental, así como una respuesta parcial al objetivo general OG. 2 “Contribuir al desarrollo sostenible del hábitat humano mediante la protección, restauración, mejoramiento y uso del ambiente, para promover una adecuada calidad de vida”, el cual está establecido en el Plan Nacional de Salud 2010-2021, página 37.

En general, a lo largo de esta administración, ha habido una importante actividad relativa a la formulación de políticas y planes, programas o proyectos, en el contexto del proceso institucional de planificación estratégica, y en consistencia con la función rectora correspondiente,

aunque esta observación es independiente de la oportunidad y calidad de sus contenidos concretos, así como de los eventuales resultados del seguimiento, control de gestión y evaluación de sus contenidos. La valoración integral de estos elementos, es decir, las políticas y los planes, v.gr., así como la evaluación del impacto de las acciones en salud que contienen, es una tarea a cumplir en otra ocasión.

De este modo, en mayo de 2011, se oficializó el Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021. Es oportuno destacar que este plan fue diseñado con los contenidos de forma recomendados para una instancia de este tipo (plan); el punto **II. Justificación** es, en esencia, su línea base y describe las siguientes áreas de intervención: investigación, industria alimentaria y servicios de alimentación, mercadeo social y capacitación, monitoreo y evaluación.

Igualmente, en el periódico oficial La Gaceta No. 84 del lunes 3 de mayo de 2010, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 35960-S-MAG-MEIC-COMEX, la Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos, cuyo artículo segundo establece su propósito en los siguientes términos: Artículo 2^a –**Del propósito de la política.** La Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos tiene como propósito definir y establecer explícitamente los lineamientos generales a seguir en materia de inocuidad de los alimentos con el propósito de garantizar la inocuidad de los alimentos

producidos, elaborados, importados y comercializados en el país, a efecto de asegurar una protección de la salud de las personas y de los derechos de los consumidores, además de favorecer el desarrollo competitivo, la producción y exportación de alimentos inocuos.

Por su parte, en noviembre de 2010, se oficializó el Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015, el cual define la estrategia nacional en la lucha contra ese virus, a partir de la situación, el marco jurídico y las capacidades de respuesta nacional e internacional para el cumplimiento de los acuerdos establecidos. Este plan es un producto del esfuerzo conjunto entre las instituciones públicas, las organizaciones no gubernamentales, los sectores de la sociedad civil, las personas con VIH y algunas instituciones de cooperación internacional. Ya en 2008 se había publicado el Reglamento de la Ley General sobre VIH y SIDA, AL-1380-99 y No. 27894-S.

Igualmente, en marzo de 2011, se formalizó la Política Nacional de Sexualidad, dividida convenientemente en dos partes, a saber: I.) Marco Conceptual y Normativo de la Política y II.) Análisis de Situación; Propósito, Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de Intervención de la Política de Sexualidad.

En mayo de 2011, se hizo oficial la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021; sus ámbitos fueron definidos como: Fortalecimiento interinstitucional, disponibilidad de alimentos, acceso

a la alimentación, consumo de alimentos, y utilización biológica. En agosto de 2011, se formalizó el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021. Por otra parte, también en agosto de 2011, se presentó el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2015, que contiene los mismos ámbitos establecidos para la referida política, así como un capítulo IV. Políticas, estrategias, actividades, metas, indicadores, plazos, responsables y colaboradores, sumamente completo en aspectos de forma y de fondo.

En marzo de 2011, se formalizó el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018, cuyo origen se ubica entre los años 2008 y 2009, cuando los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes y Jóvenes, y el Plan de Acción de Salud de Adolescentes y Jóvenes en las sesiones 48^a y 49^a del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este plan procura dar respuesta a la **Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2010-2021**, así como tiene su correspondiente sustento en el **Plan Nacional de Salud 2010-2021**. En lo que a aspectos de forma se refiere, el abordaje de su formulación comprendió un conjunto muy bien estructurado de pasos, esto es, un proceso cuyas etapas tratadas con sobrado tecnicismo y, se seguido, se describen algunas de ellas: I. Situación de la Población Adolescente en el País, con su evolución demográfica, así como su situación en materia de educación y empleo; II. Situación de la Salud

de los Adolescentes, comprendiendo salud sexual, salud reproductiva, salud nutricional, salud mental, violencia, respuesta de los servicios de salud a las necesidades de esta población; III. Marco de Referencia, con detalle de los determinantes sociales de la salud, determinantes de la salud en la adolescencia, abordaje efectivo de la salud en la adolescencia; IV. Iniciativas institucionales y sectoriales a ser articuladas con el plan; V. Enfoques y principios orientadores del plan; y VI. Plan de acción 2010-2018.

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, se oficializó y se le incorporó el slogan “De la atención hospitalaria a la atención comunitaria”. Fue estructurada a partir de cinco ejes: biológico; ambiental; socio-económico-cultural; sistemas y servicios de salud; y fortalecimiento institucional. En el prólogo, párrafo cuarto, página 12, que presenta la Sra. Viceministra de Salud, Dra. Sisy Castillo Ramírez, indica: “Asimismo, vale destacar, que la Política contará con una evaluación del proceso y resultados que permita ver su impacto a mediano y largo plazo”. En realidad, esa evaluación de impacto deberá ser sobre las acciones estratégicas contenidas en el plan derivado de esta política, la cual determinará el “nivel o grado de cambio”, esto es el impacto de tales acciones sobre los determinantes y el estado de la salud mental.

Por otra parte, en el capítulo **I Introducción**, punto **1.2 Justificación**, página 16 del referido documento, se lee: *“El Ministerio de Salud, como ente Rector de la Producción Social de la Salud Mental, tiene dentro de sus*

*responsabilidades la acción de gobernar, dirigir y conducir a una comunidad, conjunto de Instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas.”; resulta interesante apreciar la aplicación del concepto “Rectoría de la Producción Social de la Salud” pero, en este caso particular, asociado a la Salud Mental; esta es una opción para ejercer rectoría en un área concreta y puede representar una alternativa de enfoque para otras instancias similares. El capítulo **II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD MENTAL, 2.1 DIAGNÓSTICO, 2.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL**, se presenta una descripción de la situación nacional en materia de salud mental a partir de su caracterización por determinantes, sean estos biológicos, ambientales, socio-económicos y culturales, y de sistema y servicios de salud; esta es una manera muy adecuada y completa de tratar este requerimiento. Esto se complementa con el punto **3.3. Modelo explicativo acerca de la producción social de la Salud Mental**.*

Los capítulos **IV. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE LA POLÍTICA, V. CARACTERÍSTICAS DE LA POLÍTICA y VI. OBJETIVOS Y EJES DE LA POLÍTICA**, evidencian un hilo conductor de toda la temática que viene presentándose. El capítulo **VII. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA**, se muestran según ejes y subtemas (columna vertical), así como lineamientos y acciones (eje horizontal). El capítulo **VIII. PLAN DE ACCIÓN 2012-2021**, presenta este producto también según ejes, acciones e indicadores en el espacio horizontal, y temas en la columna vertical; en este punto en particular, se observan algunas inconsistencias en la redacción de los contenidos; por

ejemplo, véase Eje: Biológico, Subtema: Trastornos en la Niñez y la adolescencia, acciones (errores ortográficos), indicadores y metas trienales. Otras inconsistencias pueden apreciarse en la redacción de los demás ejes, v.gr., en el eje 2 Ambiente, se homologa meta con producto. Este capítulo, lamentablemente, muestra una buena cantidad de errores en la presentación de la información. La necesidad de una completa revisión y corrección de este capítulo cae por su propio peso.

Con fundamento en el enfoque metodológico utilizado por la institución para la formulación y presentación de la política anteriormente descrita, es posible que se elabore un modelo conceptual y estratégico aplicable a los procesos de planificación intra institucional y estratégica, y que alcance a utilizarse en la elaboración de cualquier otra política, plan, programa o proyecto. De igual manera, la decisión de aplicar en la redacción de la política antes descrita el concepto de *producción social de la salud mental*, puede replicarse en otros casos, como lo sería –verbigracia– *producción social de la salud ambiental*. Independientemente de todas las observaciones anteriormente descritas, el contenido global de esta política se excede en información que, si bien puede ser útil disponer de ella, no necesariamente suele aplicarse en la redacción de una **política**, aunque si puede aplicarse para un **plan o proyecto**.

Ahora bien, podría haber sido lógico esperar que las autoridades de dirección política y las de conducción

técnica, que iniciaron esta nueva administración de gobierno en la institución, se ocupasen inicialmente de resolver, o al menos de intentarlo, las debilidades que en materia de planificación estratégica como proceso rector, de organización y funcionamiento de todas las áreas y niveles institucionales, así como de control de gestión y evaluación de impacto, que heredaron de la administración pasada, y que por supuesto eran bien conocidas por todas partes. Sin embargo, no parece haber sido así; no es fácil actuar en el contexto de la mayor objetividad, cuando se es juez y parte.

No parece tener mucho sentido enunciar con mayor detalle las debilidades funcionales supra citadas, en particular las referidas a los procesos rectores de Dirección Política de la Salud, de Planificación Estratégica de la Salud y de Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud, así como del proceso de Desarrollo Organizacional, y de otras instancias de naturaleza operativa cumplidas en particular a nivel central. Lamentablemente, no se cuenta con un eficiente y eficaz sistema de rendición de cuentas, pese a la existencia de disposiciones jurídicas *ad hoc* y de una legislación muy completa en materia de control interno. Con lo anteriormente descrito, se quiere indicar que las autoridades referidas debieron de comenzar su gestión por el camino lógico, por la vía racional e inteligente: no se comienza el levantamiento de un edificio sin planos constructivos, ni tampoco despega un avión sin un plan de vuelo. Obviamente, si las nuevas autoridades de dirección política son las mismas de la

administración de gobierno anterior, no es fácil esperar la comprensión de sus propios errores y la consecuente rectificación de sus fallas.

Al cabo de un año y varios meses de haberse iniciado esta nueva administración, se sucedió un cambio en las autoridades de dirección política del ministerio a nivel central, respecto del cual se crearon muchas expectativas informales de mejoramiento en todos los niveles y áreas de gestión institucional.

A la fecha, entre los cambios en materia de organización y funcionamiento más importantes a nivel central, debe citarse la supresión de la División Técnica de Rectoría de la Salud, la ubicación de la Contraloría de Servicios a nivel del despacho ministerial, la creación de la Dirección de Protección del Ambiente Humano, la instalación del Área de Administración y Control de Bienes Institucionales, la reorganización de la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario y la creación de la Unidad de Armonización de Recursos de Servicios de Salud. El trabajo realizado para lograr esta readecuación funcional, cumplido con absoluta sujeción a los lineamientos establecidos al efecto por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), a las directrices institucionales superiores y a los requerimientos administrativos pertinentes provocará, a partir de la aprobación por parte de las autoridades jerárquicas superiores, la cual se concretó en el DM-620-12, de fecha 31 de octubre de 2012 y que ya fue citado,

no solo una modificación a la actual estructura orgánica institucional, sino también al reglamento orgánico vigente. En lo específico, el citado oficio indica: “Asimismo, se le indica que de acuerdo con los Lineamientos Generales para Reorganizaciones Administrativas, en el componente de Normativa, inciso 7 b, dicha reorganización tiene un plazo de seis meses para ser implementada, el cual rige a partir del día siguiente de recibido el oficio de aprobación por parte del MIDEPLAN”. Esto no es garantía suficiente para subsanar las debilidades funcionales que vienen arrastrándose de muchos años atrás, muchas de las cuales están asociadas a los mismos **valores institucionales**. Se impone, como en cualquier proceso de cambio, mucha capacidad gerencial durante la conducción técnica de las estrategias que alcancen a definirse, así como de una dosificación excesiva de buena voluntad para reducir la resistencia.

Por otra parte, dado las frecuentes dificultades para comprender las atribuciones y competencias concretas de algunos procesos institucionales, incluyendo dos funciones rectoras, se elaboró el documento **Modelo funcional. Procesos de Planificación Intra Institucional y Estratégica de la Salud. Proceso de Evaluación de Gestión y de Impacto de las Acciones en Salud**. En lo fundamental, este modelo presentó a las autoridades de conducción técnica de esas instancias, así como a los funcionarios involucrados en una u otra forma con la ejecución de las mismas, una resumida explicación sobre la diferenciación e integración funcional de estos procesos, sustentada en la buena teoría gerencial que fundamenta

esa materia, así como en los soportes institucionales que regulan esas competencias. A la fecha, no parece haber tenido este trabajo la eficacia esperada, pese a haberse divulgado principalmente entre las instancias organizacionales comprometidas con su aplicación. En este mismo contexto, fue elaborado y presentado a las autoridades superiores correspondientes, el documento **Fundamentos jurídicos de los procesos de planificación**, el cual ofrece una descripción sistemática y resumida del marco jurídico que fundamenta esta materia, tanto para los procesos estratégicos como para los operativos. Y, por último, debe destacarse que fue elaborado y formalizado el **Plan Estratégico Institucional Período 2011-2015**, el cual constituye la guía por excelencia para la formulación anual de los planes operativos institucionales, antes denominados POA's.

Por otra parte, el 26 de marzo de 2012, después de superar una importante cantidad de obstáculos de muy diversa naturaleza, se publicó en el periódico oficial La Gaceta la Ley No. 9028 denominada Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. El 26 de junio del mismo año, se oficializó el reglamento respectivo de esta ley.

También, en el Alcance Digital No. 160 del lunes 22 de octubre de 2012, se publicó el Decreto Ejecutivo No. 37306-S que crea el Reglamento de Vigilancia de la Salud. El Artículo No. 1, apartado 1.1 indica: "El presente reglamento tiene como objetivo regular la organización

y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, a fin de que las autoridades y diferentes actores sociales, cuenten con información de calidad que permita una toma de decisiones basada en evidencia, la cual impacte positivamente el estado de salud de la población”. En el capítulo segundo **Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud**, artículo segundo, se establece el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVIS), como una estrategia y un mecanismo de coordinación, asesoría y apoyo técnico, de carácter interinstitucional e intersectorial, a cargo del Ministerio de Salud, específicamente de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Conclusiones

Esta sinopsis asociada a la explicación del desarrollo institucional del Ministerio de Salud, si bien procura identificar, describir y analizar los acontecimientos más relevantes sucedidos en poco más de un siglo y medio, no incluye información estadística vinculada a la salud ni a sus determinantes, por cuanto esta puede hallarse en las memorias institucionales u otros documentos afines. Los datos reunidos en el resumen aquí presentado, fueron debidamente sistematizados y analizados de forma que ofrezca al lector, no solo una visión panorámica de lo acontecido en la institución a lo largo de muchas décadas, pero también la apreciación de una presentación amigable lo más objetiva y veraz posible.

El Ministerio de Salud, como cualquier organización humana, y en particular por su naturaleza de institución pública, no se exenta para nada de evidenciar las fortalezas y las debilidades propias de tal condición, ni tampoco a la influencia permanente de los elementos condicionantes de su entorno externo, sean estas oportunidades o amenazas. Ha tenido y mantiene su propia identidad cultural y sus correspondientes competencias, las cuales han evolucionado con el desarrollo mismo de los sistemas de servicios de salud, los condicionantes políticos, los compromisos nacionales e internacionales, la legislación correspondiente y, por supuesto, con el nivel y estructura de la salud del país.

La salud y la educación han sido los referentes por excelencia que han condicionado y caracterizado el desarrollo económico y social de la nación, y sobre los cuales ha pesado la mayor parte de los esfuerzos de la sociedad política y civil del país. Esta característica difícilmente se modificará en el futuro, pues ambas variables siempre se han complementado y en modo alguno se modificará esta condición.

Independientemente de su condición de país subdesarrollado, Costa Rica ha logrado índices de salud comparables con los propios de otras naciones con mayor nivel de desarrollo económico y social, y esto no es por supuesto un producto de la mera casualidad, pero sí lo es de la conjugación de un conjunto de decisiones políticas que van desde la creación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social hace 85 años, la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941, la emisión y aplicación de las leyes General de Salud y Orgánica del Ministerio de Salud en 1973 y el planteamiento del enfoque de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, como función por excelencia del Ministerio de Salud de reciente establecimiento.

No es sencillo destacar un momento particular de la historia institucional como el más relevante, so pena de incurrir en una calificación cargada de subjetividad en tal designación. Sin embargo, si de elegir fuera el caso, la década de los 70 ha sido la más representativa y prolija en acontecimientos. En ella se dictaron disposiciones

jurídicas como la ley No. 4750 de Universalización de la Seguridad Social, la ley Orgánica del Ministerio de Salud, la ley General de Salud, la ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, la ley de Planificación Nacional, la Ley de Traspaso de Hospitales y la ley General de la Administración Pública, solo por citar las más importantes. Se creó el Instituto Mixto de Ayuda Social. Y al interior de la institución, en 1974 nació la Estrategia de Atención Primaria que fue instrumentada a partir de los programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria, y que colocó al país en una posición de reconocimiento mundial.

E igualmente, si de elegir una época en que surgieron importantes limitaciones para el eficiente y eficaz desarrollo institucional del Ministerio de Salud, puede indicarse que correspondió a las décadas de los 80 y 90, período durante el cual se combinaron severas depresiones económicas y sociales que provocaron, entre otras decisiones políticas, la apertura de los programas de ajuste estructural en lo macro, así como del traspaso de los programas de atención primaria a la CCSS en lo micro.

No obstante estas circunstancias, las autoridades de dirección política y de conducción técnica de la institución, así como todo su personal, siempre se mostraron identificados con la estrategia mundial **“Salud para todos en el año 2000”**.

El Ministerio de Salud encaró el inicio del tercer milenio con unos cuantos retos todos insoslayables, siendo el más importante la procuración del ejercicio efectivo de la rectoría de la producción social de la salud. Ya quedaron para la historia las medicaturas de pueblo, las campañas de letrización y de bombas de agua, las unidades sanitarias, el programa de participación comunitaria en salud, las campañas de fumigación con DDT, y la vacunación contra la poliomielitis, solo por citar algunos eventos que en su momento cumplieron un histórico papel.

Sin embargo, ese “ejercicio efectivo de la rectoría de la producción social de la salud”, no es posible alcanzarlo manteniendo invariantes las actuales condiciones gerenciales y la cultura organizacional que impera en la institución. Es absolutamente pertinente reconocer, que si bien la legislación existente no reconoce en parte alguna esta calidad de concepto de rectoría, este si tiene el soporte político necesario, definido con detalle en el modelo conceptual y estratégico ya referido y que, como también ya se ha comentado, lo *político* suele tener mayor peso real que lo *legal*.

Algunas ideas para el mejoramiento continuo

Se impone, con carácter prioritario, una revisión y adecuación de las normas y los procedimientos administrativos en todos los niveles y áreas que comprende la estructura organizacional de la institución; la formulación de un programa de capacitación en planificación estratégica y operativa, preferiblemente ofrecido por una institución académica debidamente acreditada; un fortalecimiento real de los principios elementales de rendición de cuentas, al interior y exterior de la institución, más allá de lo que establece la legislación correspondiente; una producción, con los más altos estándares de calidad, de los planes, programas y proyectos estratégicos, con sus correspondientes instancias de seguimiento, control y evaluación de gestión; un mejoramiento continuo del Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, así como del Marco Estratégico; la elaboración e implementación de un modelo conceptual y estratégico aplicable al cumplimiento cada una de las ocho funciones rectoras, para los casos en que estos no se tengan disponibles. La oportunidad recién presentada de elaborar un nuevo reglamento orgánico, así como de plantear una nueva estructura organizacional, resulta de gran valía para los intereses institucionales en general, así como la propia para las direcciones y unidades que las integran, particularmente a nivel central; sobre esta misma situación, es conveniente que se describan los objetivos generales y específicos de cada dirección, así

como la naturaleza y las funciones generales de las unidades organizativas que las integran. Por último, es recomendable que la Dirección de Desarrollo Humano, con la participación de la Unidad de Planificación Institucional, formule un programa de capacitación permanente en temas de administración general, ofrecido por una institución académica debidamente acreditada y a cargo de profesionales en la materia.

Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud. Representación en Costa Rica. 100 años de salud-Costa Rica: Siglo XX. 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis Sectorial de Salud COSTA RICA. Resumen Ejecutivo. Diciembre 2002.

Hernández Garbanzo, Miguel A. Constitución del Sector Salud, organización y funcionamiento. 1998.

Hernández Garbanzo, Miguel A. Información histórica básica del Ministerio de Salud. Documento inédito. 1995.

Plan Quinquenal de Erradicación de la Malaria en Costa Rica 1971-1975. Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. Julio 1970.

Evaluación del Programa de Erradicación de la Malaria. Ministerio de Salud, OPS/OMS., Gobierno de los EEUU. Junio 1973.

Proyecto Desarrollo del Sector Salud como un Sistema Nacional de Salud. Secretaría Ejecutiva del Sector Salud – Ministerio de Salud. Agosto 1985.

Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Unidad Preparatoria del Proyecto Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica. Agosto 1992.

II Foro de Salud y Desarrollo. Ajuste Estructural y Bienestar Social en la Crisis. Resumen Ejecutivo. Marzo 1991.

Política Nacional de Salud 1998-2002. Ministerio de Salud. 1999.

Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. Ministerio de Salud. 2003.



Róger Prendas Lépiz

Nació en Heredia el 31 de mayo de 1949 e hizo sus estudios primarios en la Escuela República Argentina; realizó su secundaria, una parte en el Seminario Menor de Nuestra Señora de los Ángeles y concluyó en el liceo nocturno Lic. Alfredo González F. Egresado de la Escuela de Administración Pública de la Universidad de Costa Rica en 1980 y completó el programa de Maestría en Administración de Negocios en la Universidad Hispanoamericana, en 2001. Ingresó al servicio del Hospital San Vicente de Paúl en marzo de 1964 y de ahí al Ministerio de Salud en octubre de 1972, donde ha laborado hasta la fecha. También, fue profesor en varias universidades privadas.