

El caso de Costa Rica

*Formulación de la política de fortificación de
harina de trigo con ácido fólico*



Informe final del Observatorio de Políticas de CARMEN de enfermedades no transmisibles, Costa Rica, 2006



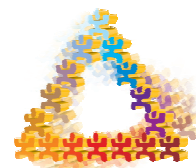
Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



CARMEN

El caso de Costa Rica

Formulación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico



EQUIPE COORDENADORA

Dr. Luis Tacsan Chen¹
Dra. Darlyn Castañedas López²
Dra. Lila Umaña³

EQUIPE TÉCNICA

M.Sc. Melany Ascencio Rivera¹, Coordinadora
Licda. Ana Eduviges Sancho Jiménez¹
M.Sc. Fernando Herreras Canales¹
Dra. Guiselle Guzmán Saborío²
Licda. Lorena Agüero Sandí²
Dra. Ileana Quirós Rojas²
Gabriela Solano Mora²
M.Sc. José Alberto Sequeira Guevara²
M.Sc. Marta López Hernández⁴
M.Sc. Gioconda Padilla³

EQUIPE ASSESSORA

Dr. Roberto del Aguila⁵
M.Sc. Jessica McDonald⁶
Dr. Clarence Clotney⁷

¹Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, Ministerio de Salud

²Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social

³Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

⁴Dirección General de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social

⁵Organización Panamericana de la Salud

⁶Consultora

⁷Agencia de Salud Pública de Canadá

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	I
II.	ANTECEDENTES.....	3
	Características político administrativas de Costa Rica.....	3
	Indicadores demográficos y de salud	4
	La iniciativa CARMEN/CINDI	4
	Observatorio de políticas de CARMEN.....	5
III.	MARCO DE REFERENCIA	6
	Diagrama I: Marco analítico – Etapa de formulación de políticas.....	8
IV.	OBJETIVOS	10
V.	METODOLOGÍA.....	11
VI.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	15
	Contexto en el que surge la política	15
	Modelo económico y Seguridad Alimentaria.....	15
	Reforma del Estado, Reforma del Sector Salud	17
	Situación económica del país en 1996.....	17
	Situación de la salud en 1996	18
	Evolución de la situación nutricional de la población	18
	Reconocimiento del problema y puesta en agenda	20
	Propuesta de solución	21
	La experiencia de fortificación de alimentos en el país	21
	La influencia de los foros internacionales.....	23



Proceso de negociación de la política	24
Primera etapa: Establecimiento de una base de evidencias científicas y alianzas estratégicas	24
Segunda etapa: Construcción de la alianza técnico-política.	26
Diagrama 2: Red de condiciones y factores que facilitaron la formulación de la política . . .	30
Tercera etapa: El encuentro con los industriales	30
Diagrama 3: Red de condiciones y factores que facilitaron la negociación de la política . . .	35
Diseño de la política para su implementación	35
Ajustando los criterios a normar	35
La redacción del decreto	38
Diagrama 4: Aprobación de la Política.	39
Cuadro 1: Niveles de Enriquecimiento según Decreto	40

VII. CONCLUSIONES 41

Diagrama 5: Participación de los actores en la formulación de la política.	42
Diagrama 6: Articulación de enfoques con nuevas prácticas para la formulación de políticas públicas.	44

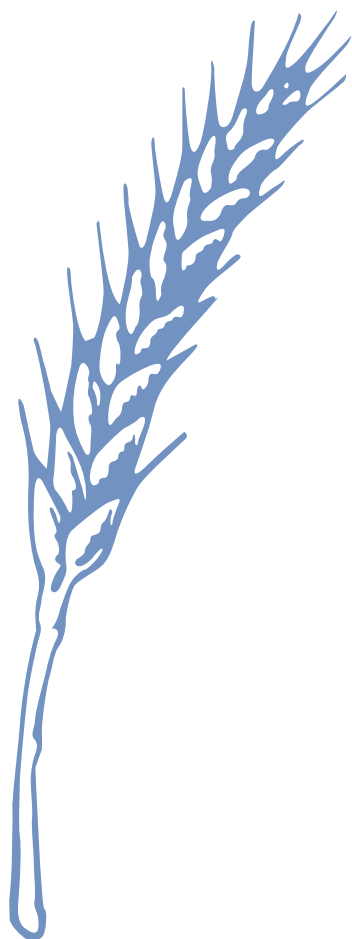
VIII. LECCIONES APRENDIDAS 45

IX. BIBLIOGRAPHIC REFERENCES 47

X. ANEXOS 51

Anexo 1: Guía para la revisión y análisis documental y entrevista a profundidad.	52
Anexo 2: Carta para informantes clave	55
Anexo 3: Formulario de consentimiento informado	56
Anexo 4: Intenciones, capacidades, necesidades, alianzas y conflictos de los diferentes actores en el momento de la formulación de la política	57





I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles se han constituido en uno de los principales problemas de salud pública en muchos países; en Costa Rica esta es la principal causa de mortalidad general. Lo anterior ha generado una serie de iniciativas orientadas a su prevención, entre ellas el establecimiento de la Red CARMEN a la cual Costa Rica se unió en el año 2000.

El Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (CARMEN) es una iniciativa de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) que se ha establecido en muchos países y que ha dado las bases para la formulación de políticas e intervenciones efectivas para la prevención y control de este tipo de enfermedades en América Latina y el Caribe.

En el año 2003 la RED CARMEN, cuyo propósito es promover una agenda conjunta para la prevención integral de ENT mediante una mayor cooperación técnica entre los países de las Américas, impulsa la creación de un Observatorio de Políticas de Enfermedades no Transmisibles (OPENT), con apoyo del Centro Colaborador de la OMS para la formulación de políticas de Canadá, con la intención de gestar progresivamente una cultura de formulación de políticas basada en la evidencia.

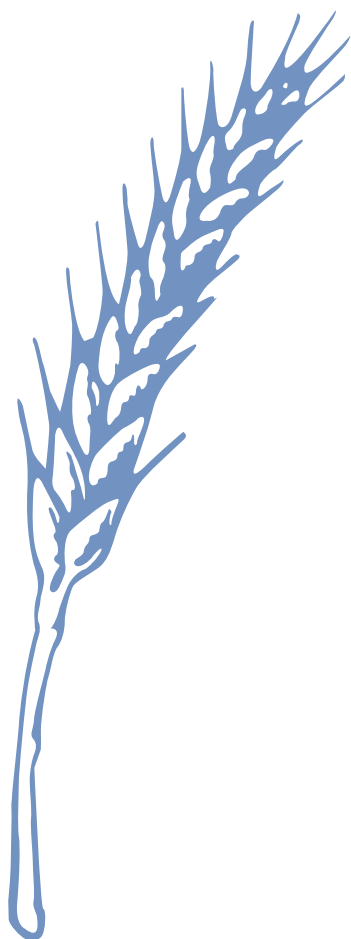
Costa Rica, como país integrante de la Red CARMEN asumió el compromiso de iniciar la creación del Observatorio de Políticas de ENT, conjuntamente con Canadá y Brasil, tomando como punto de partida estudios de casos centrados en la formulación y aprobación de políticas públicas en el ámbito de nutrición que permitiera analizar y comparar dichos procesos en los tres países. En Costa Rica, se eligió hacer un análisis retrospectivo de la experiencia de formulación, negociación y aprobación de la política sobre fortificación de harina de trigo con ácido fólico, por ser una política que incide en la reducción de malformaciones congénitas. Esta política provee el contexto base para el desarrollo de este proyecto inter-países.

El presente documento tiene el objetivo de presentar los resultados de la investigación realizada en torno a este estudio de caso, a fin de



generar evidencia para la formulación de políticas en salud. Este estudio de caso aborda una política ya aprobada que demostró su impacto en la reducción de la prevalencia de mujeres con niveles deficientes de folatos y en la incidencia de defectos del tubo neural. Por eso, esta investigación permitió recuperar el contexto en que se generó, pormenorizar los elementos del proceso que impulsaron u obstaculizaron su aprobación, los sectores que participaron y las negociaciones e intereses de los mismos. Así como los aciertos y desaciertos en que incurre el Estado durante dicho proceso.

Con este documento se aporta un insumo fundamental para explicitar la relevancia de instaurar el Observatorio de Políticas de Enfermedades No Transmisibles en nuestro país, como un mecanismo dirigido al análisis y evaluación de las políticas públicas en salud. Es así como el país somete sus procesos de formulación y aprobación de política pública a regulaciones sistemáticas que ofrezcan información científica, oportuna y actualizada para enfrentar la problemática en salud de una manera eficaz y eficiente.



II. ANTECEDENTES

Características político administrativas de Costa Rica

Costa Rica está ubicada en Centroamérica, tiene una extensión de 51 100 km², limita al norte con Nicaragua, al sureste con Panamá, al este con el mar Caribe y oeste con el Océano Pacífico. Desde el punto de vista político administrativo el territorio nacional está dividido en 7 provincias y 81 cantones; sin embargo desde el punto de vista de planificación está dividido en 6 regiones: Central, Pacífico Central, Chorotega, Brunca, Huetar Norte y Huetar Atlántica.

Es un país democrático que fundamenta su institucionalidad jurídica, económica y social en la Constitución Política de la República que data de 1949, la cual incluye además la abolición del ejército a partir de ese año (MS, 2002).

El poder es ejercido por tres Poderes distintos e independientes entre sí: Legislativo, Ejecutivo y Judicial. El Poder Legislativo es ejercido por la Asamblea Legislativa, el Poder Ejecutivo, como su nombre lo indica, es el órgano ejecutor del Estado y lo ejercen en representación del pueblo el presidente de la República y sus Ministros. El Poder Judicial lo ejercen la Corte Suprema de Justicia y los tribunales que establezca la ley. Los representantes de los primeros dos Poderes son elegidos mediante voto popular cada cuatro años.

Como parte del Sector Salud se encuentran el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Instituto Nacional de Seguros, Universidades y Municipalidades.

El Ministerio de Salud es el ente rector de la salud del país, acción que se vio fortalecida a partir de 1994 como consecuencia del ajuste estructural que conllevó a la reestructuración del Sector Salud. A partir de ese año, el Ministerio de Salud ha ejercido la dirección y conducción de la rectoría como proceso político y operativo de la producción social de la salud, mediante la participación de las organizaciones de la sociedad civil y política en la identificación de problemas de salud y en el diseño y ejecución de las intervenciones.

Por otra parte, la CCSS es la encargada de la atención integral directa de las personas mediante acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

Indicadores demográficos y de salud

En el 2004, el total de habitantes de Costa Rica fue de 4.248.508 de los cuales el 50,8% fueron hombres y el 49,2% mujeres. La mayor parte de la población está concentrada en la zona urbana (71,3%). El crecimiento poblacional para ese año fue de 2,8%. (INEC, 2005).

Según el censo de población realizado en el año 2000 la estructura de la población costarricense tiende al envejecimiento, dado que se observó un descenso en la población menor de 15 años con respecto a 1950, por el contrario la población de 56 años y más aumentó. La razón de dependencia para el año 2004 fue de 60/100 habitantes (INEC, 2001).

Por otra parte la esperanza de vida al nacer de la población costarricense ha venido en aumento siendo de 76,0, 77,4 y 78,4 en 1996, 2000 y 2004, respectivamente. En el último año fue de 81,0 y 76,2 años en mujeres y hombres (MS, 2005).

La tasa de mortalidad infantil es baja y va en descenso siendo de 9,2/1000 nac. en el 2004, la tasa de mortalidad general se ha mantenido estable en niveles bajos (3,7/1000 hab.)

Con relación a la mortalidad general el grupo de enfermedades del sistema circulatorio (10,5/10 000 hab. en 2003) por más de 10 años se ha mantenido en el primer lugar seguido por los tumores (8,2/10 000 hab.), lo cual es de esperar dado que al aumentar la esperanza de vida al nacer aumenta la exposición de las personas a factores de riesgo de enfermedades crónicas tales como dieta inadecuada, sedentarismo, fumado y estrés entre otras. Entre este grupo de causas las principales fueron enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular las cuales guardan estrecha relación con los estilos de vida (MS, 2005).

La iniciativa CARMEN/CINDI

Las enfermedades no transmisibles (ENT) como problema de salud, han generado una serie de acciones orientadas a su prevención, tanto en Europa con el Programa de intervención Integrada de alcance nacional en enfermedades no transmisibles (CINDI), como en los países de Latinoamérica y el Caribe con la Iniciativa CARMEN.

Ambos programas fomentan la implementación de la Estrategia salud para todos de una manera practica; proporcionando a los países participantes un

“método o marco de referencia para realizar actividades destinadas a modificar los factores determinantes de la salud, de índole social y ambiental, así como para prevenir y controlar los factores de riesgo comunes a una serie de ENT, como por ejemplo el tabaquismo, la hipertensión arterial y el consumo excesivo de alcohol” (OPS, 1997)

CARMEN se basa en el principio de acción intersectorial, multidisciplinario y comunitario, que involucra a todos los sectores responsables de crear entornos socioeconómicos, físicos y culturales que promuevan la salud y faciliten la elección de un estilo de vida sano.

Esta iniciativa tiene como propósito mejorar la salud de la población al disminuir la morbi-mortalidad por medio de acciones enfocadas a la prevención y promoción de la salud, al reducir los factores de riesgo comunes a las ENT, tales como alimentación inadecuada, el abuso del alcohol, la inactividad física y el estrés psicosocial (Morice, 1998).

En Costa Rica, este Programa esta a cargo de el Comité Ejecutivo Nacional, con representación del Ministerio de Salud (coordinador), Ministerio de Educación Pública, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Instituto de Alcoholismo y Fármacodependencia, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP-OPS) y la Representación de OPS en Costa Rica. Sus

acciones proponen establecer una estructura organizativa y funcional que mediante un enfoque multisectorial y por medio de alianzas estratégicas formule las políticas y directrices nacionales de la iniciativa en el país. Así mismo el desarrollo de un

“...trabajo integrado, interinstitucional y multidisciplinario que actúe sobre los factores condicionantes de las enfermedades no transmisibles, tanto individuales como colectivas” (MS, 2000).

A finales de 1999 esta iniciativa se pone práctica en el Cantón Central de la Provincia de Cartago, con acciones y logros importantes. Y en 1998, el Proyecto es incluido en los Lineamientos de Política de Salud del periodo Gubernamental 1998- 2002 (MS, 1999).

Observatorio de políticas de CARMEN

Los países de las Américas, se enfrentan a desafíos normativos comunes en materia de políticas para prevención de ENT, ya que actualmente existen lagunas de importancia fundamental en los conocimientos sobre la eficacia de determinadas políticas y una escasez de datos pertinentes que informe a los encargados de tomar decisiones y a los representantes de los organismos de la región (OPS et al, 2005).

Con fundamento en estos desafíos y en la necesidad de adquirir pericia en el análisis y la evaluación sistemáticos de las políticas y con el objetivo de apoyar a los encargados de la formulación de políticas eficaces e integradas de prevención de ENT, en noviembre 2003, en la reunión de la Red CARMEN, celebrada en Brasil, los Estados miembros de la OPS solicitaron que Canadá, a través de su Centro Colaborador de la OMS para la Formulación de políticas de prevención de ENT, cumpliera una función primordial en establecimiento de un Observatorio de políticas de las ENT en las Américas.

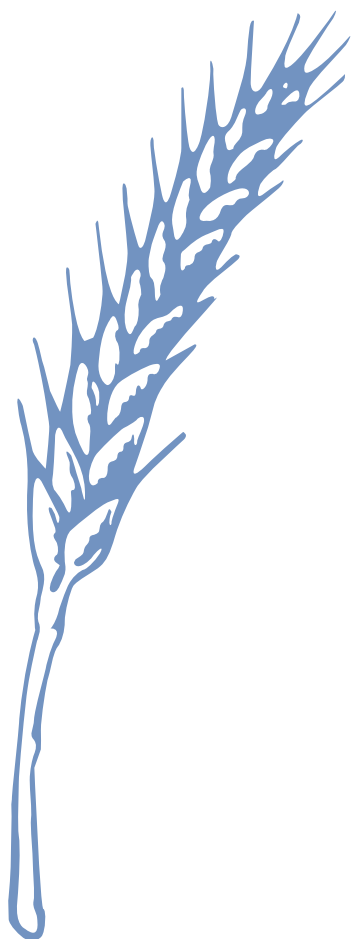
Las metas del observatorio son:

- Apoyar la formulación de políticas eficaces e integradas de prevención de ENT, mediante el análisis sistemático de

los procesos incluidos en la formulación, adopción y ejecución de tales políticas, y vinculando este análisis a la evaluación de los programas e intervenciones establecidos mediante estas políticas.

- Fortalecer la colaboración multisectorial en la adopción de políticas complementarias que maximicen la prevención de ENT
- Darle un lugar más importante a la prevención de ENT en el programa de los encargados de formular las políticas.

La implementación del Observatorio utilizando el caso de la fortificación de alimentos con ácido fólico, es compatible con objetivos nacionales tales como los establecidos en el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 2004-2008 (MS et al, 2004) en su Política 3 “Prevención y Control Integral e Intersectorial de la Malnutrición, con Oportunidad, Calidad y Enfoque de Género”: estrategias 3.3, 3.4, 3.5; y en la Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010 (MS, MICIT, UCR, 2004) en las áreas de *Sistemas y Políticas en Salud (acción estratégica No. 5)* y de *Alimentación y Nutrición (acciones estratégicas No. 5 y 6)*. Asimismo define un nuevo enfoque en el trabajo de las ENT y proporciona una plataforma para futuras investigaciones, el trabajo conjunto en la elaboración de políticas públicas en salud y la toma de decisiones en los países y entre las agencias de salud, instituciones u otros organismos internacionales.



III. MARCO DE REFERENCIA

El marco de referencia utilizado como guía para esta investigación fue el propuesto por el Observatorio de Políticas relativas a las enfermedades no transmisibles CARMEN (Clottey, 2005). En esta propuesta se parte del ciclo de las políticas comprendido en cuatro etapas consecutivas que inician con la formulación, seguida por la implementación, luego la evaluación y por último la retroalimentación de la política. Para efectos de esta investigación, el énfasis está puesto en la etapa inicial del ciclo, la formulación de la política que orienta las acciones a desarrollar y sus tres fases:

- Fijación de la agenda: que comprende el reconocimiento del problema y su puesta en agenda.
- Definición del problema: que involucra formular el problema desde sus causas y posibles soluciones para enfrentarlas.
- Toma de decisiones: que comprende cuando los responsables de formular las políticas deciden adoptar una política para enfrentar el problema.

En esta primera etapa del ciclo, también se pueden distinguir tres momentos diferentes que dan respuesta al cómo se formuló la política, cómo se negoció la misma para hacerla viable y luego cómo se aprobó la política.

A su vez, la propuesta del Observatorio contempla el abordaje de seis conceptos básicos que interactúan y le dan características particulares a cada proceso de formulación de política pública. Ellos son el contexto, las ideas, los intereses y conflictos de política, las instituciones y organismos del Gobierno, los instrumentos de política y el plan de acción.

El contexto tiene que ver con las condiciones de vida de la población y con los recursos que poseen individuos y colectivos (en el ámbito público y en el privado) para afrontar las necesidades y los problemas de salud. En éste se muestran las dinámicas que establecen la dirección de los determinantes de la salud-enfermedad, ya sea que la favorezcan o la deterioren.

La respuesta social a las necesidades y problemas de salud, se pueden traducir como políticas, programas y servicios que deben tomar en cuenta estos elementos del contexto para ser formulados y determinar también la pertinencia y alcance. Por tanto, la situación política, social y económica existente en un momento determinado cuando se piensa e inicia a formular las políticas, definirán los elementos presentes que favorecieron o no ese proceso, así como las fuerzas sociales relevantes durante el mismo.

Los actores que intervienen en la gestación de una política, así como la población en general, poseen una serie de valores y criterios propios de acuerdo con su ideología. Las ideas representan las creencias y los valores de los diferentes grupos e individuos, lo que refleja las diferentes posiciones con respecto a un tema o problema y que marcan la orientación de las políticas. Así también, las investigaciones existentes sobre los temas relacionados con la política brindan información, no solo acerca de los aspectos indagados, sino también sobre el enfoque y los valores implícitos en ellas.

Así pues, las ideas si son compartidas, aceptadas y de relevancia para grupos importantes, son la semilla de la formulación de una política pública.

Al igual que las ideas, los intereses particulares cuentan en la formulación de una política. Cuando una serie de intereses convergen e interactúan en diferentes grupos o sobre un tema específico, éstos se conforman como redes de política.

Los intereses están presentes tanto en el ámbito público como en el privado. Los grupos e individuos con intereses determinados se constituyen como grupos de interés e interactúan tanto en las estructuras formales como en las informales.

Estos grupos tienen diferentes recursos y formas de interacción entre ellos:

“Los grupos de interés están tratando constantemente de presentar su punto de vista sobre un problema que los afecta al encargado de formular las políticas correspondientes. Algunos de

estos grupos están bien organizados y disponen de recursos significativos. A menudo, esta capacidad les permite ser tomados en cuenta en el proceso de formulación de políticas por encima de otros grupos con menos recursos. Hasta cierto punto, los gobiernos dependen de grupos de interés que cuentan con recursos importantes para ayudarlos a decidir con respecto a un problema específico” (OPS, 2005).

Cuando un gobierno decide establecer o aceptar un tema en agenda para su discusión y eventual formulación de una política, lo hace por medio de sus instituciones:

“Éstas son las estructuras y procesos formales mediante los cuales los encargados de formular las políticas toman decisiones acerca de los temas de política pública. Las estructuras formales incluyen: los brazos ejecutivo, legislativo, burocrático y judicial del gobierno; las reglas formales creadas a través de la legislación, los reglamentos y las decisiones judiciales y las estructuras (departamentos, organismos) y procesos formales elaborados a través de los diversos brazos del gobierno” (OPS, 2005)

Las instituciones pueden o no, de acuerdo con la organización del gobierno, articularse entre sí, de forma tal que los diversos sectores establezcan sus políticas y conformen o no una respuesta integrada para abordar una necesidad o un problema de salud, ya sea directamente o por sus determinantes.

Asimismo, el gobierno utiliza una serie de instrumentos de política, los cuales son la combinación de recursos que éste decide usar al abordar un tema de políticas. Son un insumo y un resultado de las actividades mismas del gobierno. Son las herramientas tales como la legislación, la reglamentación a nivel nacional o internacional. Estas herramientas pueden o no ser coercitivas.

La eficacia de los instrumentos está relacionada con el contexto en el que se aplica, así como el ambiente imperante en el momento de la formulación y aplicación.

Para que una política opere, debe funcionar un plan, el cual se refiere a la interacción de las

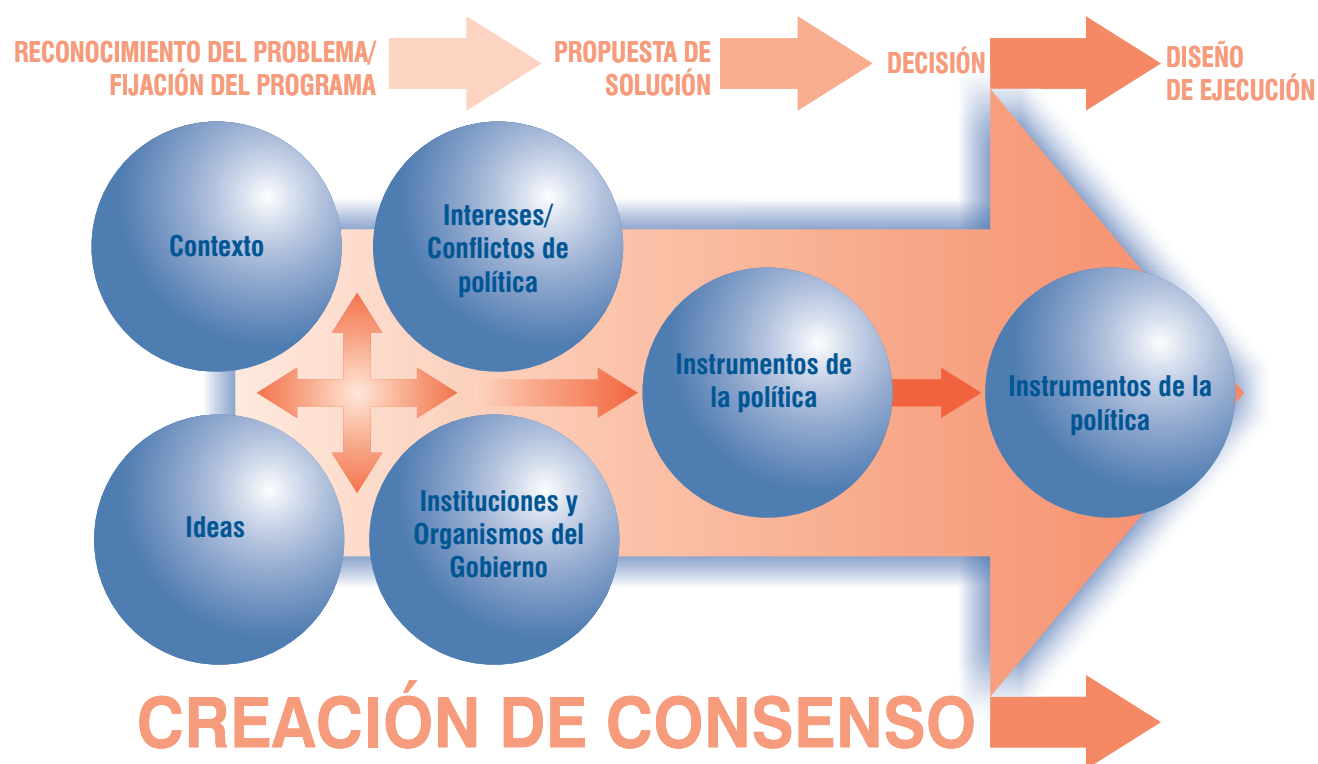
políticas de los diferentes sectores del gobierno, que permiten alcanzar un resultado en salud, específicamente reduciendo la carga de las principales enfermedades o condiciones en la población, ya que actúan sobre sus determinantes.

El observar la interacción de este conjunto de elementos, favorece el análisis sistemático de los que facilitan y de los que impiden la formulación y ejecución de la política que nos ocupa. A la vez que contribuye de determinada manera a la construcción de consenso que permita llegar a la fase final de la formulación de la política. Esto se grafica en el Diagrama I sintetizando todos los elementos antes indicados.

corresponden tomarlas al Estado. Sin embargo, en ellas participan de una u otra manera, individuos y grupos que están inmersos en un sistema social complejo. En éste se encuentran las expresiones individuales y colectivas de la identidad nacional, etnia, cultura, formas de adquisición de bienes y servicios, estructura económica diferenciada, mecanismos de elección pública, organización de colectivos, entre otros (Ayala, 1997).

Es por eso que la formulación de una política conlleva una serie de elementos que involucran la complejidad de las relaciones sociales, la distribución desigual de recursos y de poder, por lo que se hace necesario utilizar diferentes mecanismos para su formulación y negociación.

Diagrama I: Marco analítico – Etapa de formulación de políticas



Fuente: Centro Colaborador de la OMS para las Políticas de ENT, Organismo de Salud Pública del Canadá y OPS. Proyecto de Informe de la Metodología. 18 de marzo de 2005.

Se puede afirmar que la formulación de políticas surge como respuesta del Estado para satisfacer necesidades y regular las interacciones de la población. Las decisiones políticas le

de diversos grupos e individuos. En éstas surgen una serie de ideas e intereses que también van a determinar alianzas y conflictos. Esto configura lo que se llaman actores sociales, definidos como:

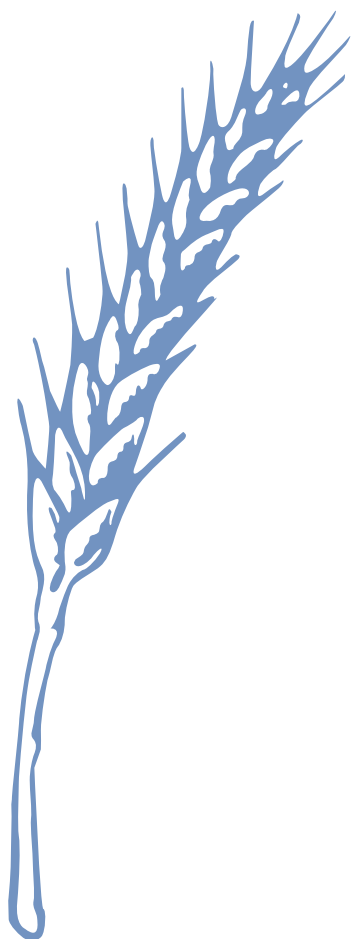
“los sujetos individuales o colectivos que, desde sus intereses, detentan la capacidad de intervenir

de forma significativa en la situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los hacen determinantes en el proceso de desarrollo de las políticas” (Purcallas, 1979, Pág. 231).

Es necesario durante el análisis de política realizar una lectura de los actores involucrados a la luz de la formulación, negociación y aprobación de ésta (Purcallas, 1979), propone reflexionar en las siguientes características de los actores sociales:

- a. **Intenciones:** incluye su ideología, los proyectos utópicos, sus planes concretos, sus tendencias y reacciones ante situaciones pasadas, sus valores. Esto permite comprender el valor que le pudo otorgar cada actor a la formulación de la política.
- b. **Capacidades:** se refiere al poder político de cada actor; los recursos con que cuenta, su creatividad, su forma de intervenir y manera de trabajar. Con esta característica se revela la conducta y recursos que maneja cada actor los cuales le dan determinado peso político en la formulación de la política.
- c. **Necesidades:** corresponde a sus requerimientos en sus planes, sus demandas e insatisfacciones más evidentes. Esta característica permite comprender el interés que pudo tener cada actor en que se estableciera una política determinada.
- d. **Alianzas y conflictos:** se refiere a las afinidades o desavenencias con otros actores, su capacidad de liderazgo y de movilización de otros actores en función de sus intereses. Esta característica permite comprender las posibilidades de construir el consenso requerido para la formulación de la política.

La identificación de los actores sociales y el análisis de cómo se conjugaron las características anteriores para facilitar u obstaculizar la formulación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico es lo que se pretendió evidenciar a través de esta investigación. De ahí surgen los objetivos de investigación.



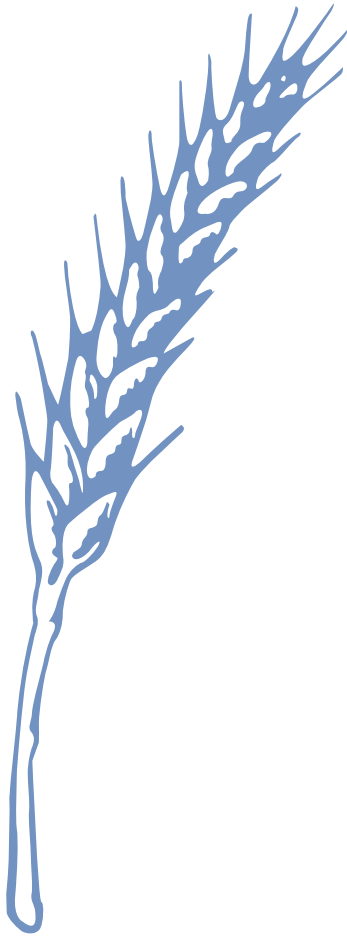
IV. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la formulación, negociación y aprobación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico en Costa Rica a fin de generar evidencia para la formulación de políticas en salud.

Objetivos específicos

1. Identificar el proceso para la formulación, negociación y aprobación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico.
2. Explorar las principales condiciones y los factores que influyeron en la formulación y aprobación de la política relacionada con la fortificación de harina de trigo con ácido fólico.
3. Reconocer las lecciones aprendidas en el diseño, implementación y abordaje interinstitucional e intersectorial en la formulación y aprobación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico.



V. METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó de acuerdo a la metodología cualitativa propuesta para el Observatorio de Políticas de Enfermedades no Transmisibles, con base en el estudio de casos. Los estudios de casos son definidos como:

“descripciones y análisis intensivos de una única unidad o un sistema delimitado, como un individuo, programa, suceso o grupo, o una intervención o la comunidad” (OPS, 2005).

Como ya se indicara previamente, el caso Costa Rica responde a la formulación y aprobación de la política de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico. Mediante la metodología cualitativa de investigación, se buscó hacer un abordaje más profundo y comprensivo de la naturaleza, circunstancias, contexto y características de este fenómeno.

Para desarrollar la investigación, se conformó un equipo de nueve investigadores, funcionarios del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social e Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Estos fueron capacitados previamente en la metodología cualitativa y acompañados por una persona experta en investigación cualitativa en las diferentes etapas del proceso.

Fuentes de información

Las fuentes de información seleccionadas fueron: documentos relacionados con el tema e informantes clave. Se eligieron estas fuentes de manera tal que se pudieran obtener datos contrastables por la diversidad de perspectivas que involucran. Las técnicas utilizadas fueron la revisión y análisis documental, junto con la entrevista a profundidad a los informantes clave.

Revisión y análisis de documentos

Se analizaron documentos técnicos, planes de gobierno, informes oficiales, correspondencia de la época, noticias de prensa escrita, decretos y otros documentos como artículos publicados en revistas científicas. Para la selección de los documentos se utilizó el criterio de expertos en la materia. En el apartado correspondiente a la bibliografía se indica el material consultado.

Se elaboró una guía para la revisión y el análisis documental y la entrevista a profundidad con los conceptos claves establecidos en el marco de referencia (Anexo 1). Esto facilitó clasificar la información obtenida.

Entrevista a profundidad

Se partió de la siguiente definición de entrevista a profundidad:

“... (consiste en) el encuentro cara a cara entre investigador(a) e informantes en busca de comprender las perspectivas de los informantes en torno a sus vidas, experiencias o situaciones expresadas con sus propias palabras” (Taylor y Bordan, 1998).

Como técnica cualitativa no pretende ser directiva, no se busca que sea estructurada ni estandarizada y por tanto es básicamente abierta. También se parte de la premisa en la cual el (la) propio(a) investigador(a) es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. Por eso, parte de una guía de entrevista que orienta el encuentro pero no lo determina.

Con la entrevista a profundidad, se buscó conocer las diferentes perspectivas de los actores involucrados en el proceso de formulación y aprobación de política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico de manera tal, que se pudiera recuperar la dinámica interna de un proceso complejo que es la formulación de política pública en un caso específico.

Para este fin se elaboró una guía de entrevista formulada con preguntas abiertas (Anexo 1) que permitieran profundizar la temática siguiendo los conceptos fundamentales del marco de referencia:

- Contexto
- Ideas
- Intereses y poder
- Instituciones
- Instrumentos de política
- Plan de acción de la política

Tanto la revisión como las entrevistas a informantes clave permitieron triangular la información, lo que favoreció garantizar la validez interna de la investigación.

Las personas que desarrollaron las entrevistas fueron capacitadas tanto en la conducción de la entrevista como en el acompañamiento de la entrevista desde un rol de observador. Es así como cada entrevista fue realizada por dos investigadores, uno(a) de ellos asumió la conducción de la entrevista y el(la) otro(a) el rol de observador(a), anotando en un diario de investigación elementos relevantes, y apoyando al primero cuando la situación lo requería.

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de la persona entrevistada y luego transcritas por una persona capacitada para ello. Las transcripciones fueron revisadas por los entrevistadores y luego se les entregó a los entrevistados para que las revisaran, corrigieran o agregaran lo que consideraran pertinente (control de miembros). Las entrevistas fueron analizadas posteriormente en su versión final. A cada entrevista se le asignó un código alfanumérico para garantizar el anonimato de los informantes.

Antes de realizar la entrevista, todos los informantes clave recibieron información sobre la naturaleza de su participación en el estudio y se les pidió su consentimiento, el cual quedó registrado con la firma que indicaba la comprensión y aceptación de los términos en el documento correspondiente (Anexo 2). En el mismo además se garantizó el anonimato estableciendo que cualquier informe de los resultados sería genérico y no se atribuiría a una persona, organización, proyecto o institución determinada.

Selección de las personas informantes clave

Las personas entrevistadas o informantes clave se seleccionaron por su conocimiento, experiencia y trabajo con el tema de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico en el país. Si bien en un inicio se había pensado en utilizar como técnica de muestreo la de “bola de nieve”, la selección se dio con base al criterio del equipo técnico que condujo el proceso de formulación de la política de fortificación de la harina de trigo

con ácido fólico, respondiendo a las siguientes preguntas:

1. ¿Quiénes son los expertos en fortificación de la harina de trigo?
2. ¿Quiénes son las personas más experimentadas en materia de políticas de fortificación de la harina de trigo?
3. ¿Quiénes fueron en aquel momento las personas que participaron en el proceso de formulación, negociación y aprobación de esta política?

Se seleccionaron 22 entrevistados, de los cuales 20 accedieron a ser entrevistados:

- Dos autoridades del Ministerio de Salud de la época (nivel político).
- Seis técnicos del Ministerio de Salud (2 médicos, 4 nutricionistas) que participaron en el proceso de formulación de la política o pertenecían al Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud en esa época.
- Una tecnóloga del INCIENSA que participó en el desarrollo de la Encuesta Nacional de Nutrición y en el proceso de formulación de la política.
- Abogado responsable del Ministerio de Salud en el trámite de instrumentos legales como decretos, reglamentos y otros instrumentos de política que participó en el proceso de formulación y aprobación del decreto para la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico.
- Una representante del Ministerio de Economía que participó en las negociaciones con los industriales y en la elaboración del decreto.
- Dos representantes del Instituto de Nutrición en Centroamérica y Panamá (INCAP) que participaron activamente en el proceso de formulación de la política.
- Un representante de UNICEF que asesoró al equipo técnico del Ministerio de Salud durante esa época.
- Dos técnicos que laboraron en la Industria

Farmacéutica A y participaron en el proceso de negociación de la política con los industriales.

- Tres personas que estuvieron en puestos gerenciales en las industrias Molineras en el momento de la formulación, negociación y aprobación de la política.
- Un gerente de la agrupación de industrias alimentarias que participó en la negociación y aprobación de la política.

La coordinadora del equipo de investigación estableció el primer contacto con los entrevistados por vía telefónica. En este primer contacto se les proporcionó información sobre el estudio de caso, se les solicitó su consentimiento y se acordó una cita para la entrevista. La mayoría de las personas entrevistadas fueron entrevistadas una sola vez; en el caso de dos de los entrevistados, se realizaron dos o tres entrevistas a cada uno.

Análisis de datos

Los diarios de investigación que utilizaron los investigadores durante las entrevistas y revisión documental, permitieron registrar memorandos en los cuales cada investigador anotaba sus impresiones, interpretaciones y preguntas que surgían en el proceso. Así se comprende que el análisis de los datos se fue dando a lo largo del proceso de investigación y no como una fase posterior a la recolección de los datos.

Además el equipo de investigadores realizó el análisis del contenido de los documentos y entrevistas mediante un proceso de codificación abierta. Se examinaron de cerca los datos, descomponiéndolos mediante el microanálisis para encontrar significados contenidos en las palabras utilizadas por las personas entrevistadas y los datos encontrados en los documentos. Se utilizó la detección inductiva sistemática de los temas y tendencias de los datos para clasificar en categorías las ideas y los conceptos que surgían según sus características primarias. A su vez, se fue detectando las propiedades y dimensiones de las categorías, conforme a las categorías de análisis establecidas en el marco de referencia. La guía de análisis (Anexo I) previamente diseñada facilitó este proceso.

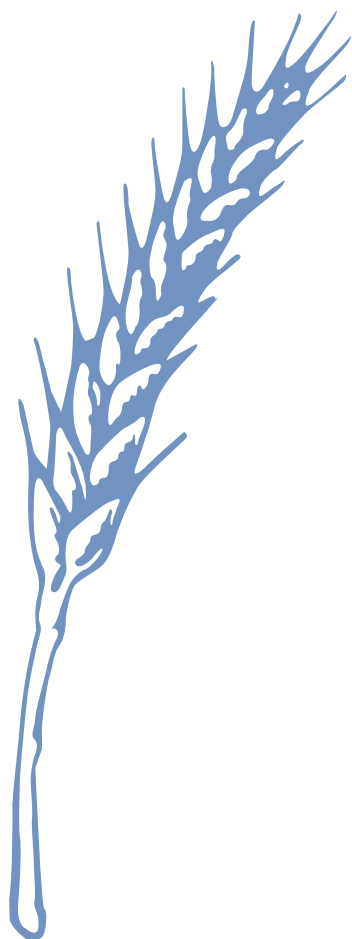
Luego se realizó un proceso de codificación axial que permitió establecer relaciones entre las categorías y sus subcategorías, respondiendo a las preguntas de ¿cuándo? ¿dónde? ¿cómo? y ¿con qué consecuencias?.

Los significados extraídos de los datos se trataron de interpretar dentro del contexto en el cual se dio el proceso de formulación de la política. Se buscó reconocer elementos tanto estructurales como de proceso (Strauss y Corbin, 2002). Con el término estructura se trata de identificar el contexto condicional en el cual surgió la formulación de la política, mientras que con el de proceso se identifica aquella secuencia de acciones e interacciones que se fueron dando en la formulación de la política a medida que transcurrió el tiempo. Esto permitió comprender como las categorías de análisis se iban expresando a lo largo de las etapas de desarrollo de la formulación de la política. Con ello se logró detectar condiciones y factores que fueron facilitando u obstaculizando este proceso.

Tal como indican estos autores:

*“... la estructura o las condiciones establecen el escenario, o sea, crean las circunstancias en las cuales se sitúan o emergen los problemas, asuntos, acontecimientos o sucesos pertenecientes a un fenómeno. El proceso, por su parte, denota la acción/ interacción, en el tiempo, de las personas, organizaciones y comunidades, en respuesta a ciertos problemas y asuntos. Combinar la estructura con los procesos ayuda al analista a captar algo de la complejidad que forma parte tan importante de la vida (...) Si uno estudia sólo la **estructura**, entonces aprende **por qué** pero no **cómo** ocurren ciertos acontecimientos. Si uno estudia sólo el **proceso** entonces comprende cómo actúan o interactúan las personas pero no el por qué. Para captar la dinámica y la naturaleza evolutiva de los acontecimientos, se debe estudiar tanto la estructura como el proceso”. (Strauss y Corbin, 2002, pág. 139)*

A continuación se presentan los resultados encontrados siguiendo la lógica antes indicada de mostrar como se articula el contexto (condición estructural) con el proceso de interacción entre diversos actores sociales para lograr la formulación de la política.



VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Contexto en el que surge la política

Para comprender el proceso de formulación, negociación y aprobación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico, es necesario analizar el escenario y las circunstancias en las cuales este proceso fue posible que ocurriera. Con ello se busca contextualizar o localizar este fenómeno dentro de una estructura de condiciones que enmarcaron las acciones e interacciones de diferentes actores sociales dándole características particulares a este proceso de formulación de la política (Strauss y Corbin, 2002). Este proceso de formulación, negociación y aprobación de la política de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico se desarrolló en el año 1997; contextualizarlo requiere ubicarlo dentro del momento historia en que se encontraba el país.

Modelo económico y Seguridad Alimentaria⁸

La década de los años ochenta y principios de los noventa se caracterizaron en Costa Rica por complejas transformaciones en los ámbitos económico, social y político. Se pasa de una economía regulada por el Estado hacia una economía abierta hacia el libre comercio. En términos de seguridad alimentaria, en los años 70's y principios de los 80's, las políticas nacionales se sustentaban en la disponibilidad de alimentos a través del autoabastecimiento nacional de productos básicos. De ahí que las políticas internas se encaminaban a la regulación estatal de precios, subsidio de productos nacionales, aranceles y licencias de importaciones y exportaciones. Con ello se buscaba lograr una autosuficiencia alimentaria oportuna y estable desde un modelo de desarrollo hacia adentro sostenido con medidas proteccionistas (Gobierno de Costa Rica, 1997).

⁸ Seguridad alimentaria "es el estado en el cual todas las personas gozan en forma oportuna y permanente de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica" (INCAP/OPS, citado por Gobierno de Costa Rica, 1997)..

A inicios de los ochentas, el país se sumergió en una crisis económica en la cual se da un deterioro importante de los indicadores macroeconómicos. Se pone de manifiesto el agotamiento del Modelo de Sustitución de Importaciones (MSI) aplicado en el país desde finales de los años cincuenta. A esta crisis le siguió un período de estabilización en el cual se tomaron medidas para la reducción de los desequilibrios tanto fiscal como comercial y se buscó controlar la inflación. Se disminuyó el gasto gubernamental, y el costo de la vida se encareció por alzas en los servicios públicos, el incremento de impuestos y políticas de austeridad salarial.

Para estabilizar la balanza de pagos se ajustó el tipo de cambio del dólar y se estimularon las exportaciones. Es así como el Modelo de Sustitución de Exportaciones es sustituido por el Modelo de Promoción de Exportaciones (MPE). Esto fue seguido por un proceso de transformación estructural que va desde la segunda mitad de los años 80 hasta inicios de los 90's. Esta transformación fue motivada no solo por el agotamiento del MSI sino también por presiones de organismos financieros internacionales, especialmente el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) que demandaban mayor apertura externa y dar participación amplia al sector privado (Villasuso, 1998).

A finales de los 80 y en la década de los 90 los cambios se consolidan aún más hacia un modelo de desarrollo hacia afuera. El proceso de apertura comercial que inicia en 1985 con los programas de ajuste estructural (PAE I y PAE II) y la adhesión de Costa Rica al GATT en 1990, la promulgación de la Ley de Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor en 1994 y la reestructuración del Estado durante la década de los 90's, expresan un cambio sustancial que incide en los mecanismos de intervención del Estado en el mercado nacional de productos básicos.

La transformación estructural se manifiesta en diferentes dimensiones. Desde el punto de vista económico, se parte de la premisa que el comercio internacional debe ser el motor del desarrollo, lo que exige la competitividad de los países en los mercados externos bajo las reglas del libre comercio. Esto implica la eliminación de las distorsiones provocadas por la ingerencia

del Estado en los mercados, lo que impacta en las barreras proteccionistas impuestas que permitían restringir las importaciones con el fin de proteger la producción local. A su vez surgen bloques económicos que buscan fortalecer actores comerciales según regiones y que se agrupan alrededor de procesos de negociación y acuerdos al interior de los bloques donde se establece la naturaleza, volúmenes y dirección de los flujos de comercio.

Surge entonces la competitividad como un nuevo valor que implica el necesario ajuste del sector público como el privado. El Estado debe asumir un papel facilitador de la producción, del mercado y la agroindustria, dejando atrás su papel interventor. Las políticas nacionales e internacionales se ven sujetas a las tendencias de la economía mundial.

En el caso de la industria harinera, que es la que interesa en este caso particular, hasta finales de los años 60's, Costa Rica importaba la harina de trigo de los Estados Unidos. Al desarrollarse el modelo de sustitución de importaciones, surge en 1967 la primera industria nacional procesadora del trigo (Molino 1) bajo la Ley de Desarrollo Industrial. Este molino se constituye en monopolio por más de una década y el abastecimiento del trigo es concentrado y regulado por el Estado a través del Consejo Nacional de Producción (CNP). Con el proceso de liberalización de la economía nacional, surge el segundo molino (Molino 2) en 1979 y por primera vez se rompe el monopolio de la producción de harina de trigo en el país. El CNP pierde el control de la importación de trigo y desaparecen las barreras de importación y de control de precios sobre el trigo y el pan.

Es así como para 1997, tal como describe uno de los entrevistados:

“El país había atravesado un proceso de apertura y liberalización de antiguas barreras al libre comercio. En el caso de los molinos de trigo se había pasado un proceso de privatización de la importación de trigos al país (...) Se había abolido el control de precios en las harinas de trigo y los panes y sus derivados. Era un proceso en el cual había mucha competencia entre los molinos, por cuanto el molino grande (Molino 1), que había sido el monopolio acá, estaba por primera vez

compitiendo contra un molino pequeño, que era Molino 2” (INFI 9).

Reforma del Estado, Reforma del Sector Salud

La crisis económica de los años ochenta y las políticas de estabilización macroeconómica que inician en esa época, también pone en cuestionamiento la sostenibilidad del Estado Social Costarricense, lo que plantea una preocupación por la eficiencia y eficacia del gasto público en salud. De ahí los procesos de reestructuración del Estado fueron implicando directamente a la mayoría de las instituciones de bienestar y asistencia social del país.

En el caso de salud, el Proyecto de Reforma del Sector Salud es aprobado e inicia su ejecución en 1994, con el apoyo de organismos internacionales como el BID y el Banco Mundial. Para Costa Rica, la reforma involucró grandes transformaciones institucionales que pretendían generar una mayor eficiencia, entre ellas deslindar las funciones institucionales de prestación de los servicios públicos de salud y de rectoría por parte del Estado. Esto implicó la reestructuración de instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución a la cual se trasladan funciones y recursos humanos asumidas por el Ministerio de Salud, como son las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Mientras que al Ministerio de Salud se le asigna el papel exclusivo de la Rectoría del Sector Salud⁹.

Guendel (1997) resume esta situación de la siguiente manera:

“El Proyecto de Reforma del Sector Salud ha orientado la discusión hacia los instrumentos de reforma y ha propuesto una imagen objetivo del sistema público de salud basado en tres aspectos: 1. El desarrollo de un modelo integral de atención que combina una atención médica ambulatoria

y hospitalaria de calidad, acciones preventivas y participación de la comunidad en el autocuidado de la salud. 2. el fortalecimiento del papel rector y regulador del Estado mediante la formulación de políticas coherentes y articuladoras del sistema nacional de salud. 3. Un modelo de asignación de recursos que separa el financiamiento de la producción de servicios, permitiendo un enfoque racionalizador de la gestión” (Guendel, 1997, pág. 114).

Sin embargo, una de las debilidades observadas en ese momento por este mismo autor es la ausencia de patrimonio financiero fuerte para el Ministerio de Salud, lo que pone en cuestionamiento su capacidad política para asumir un liderazgo fuerte y poder ejercer la presión requerida desde las funciones de Rectoría del Sector.

Situación económica del país en 1996

Si nos ubicamos en el tiempo que se formula la política a evaluar, vemos como en el Tercer Informe del Estado de la Nación de 1996 (Proyecto Estado de la Nación, 1997), correspondiente a esa época, se indica que la recesión económica y la transición hacia una economía más abierta y menos regulada, tuvo efectos excluyentes para importantes sectores de la población. Afectando especialmente a las zonas rurales y a las mujeres, lo que tendía a ampliar las brechas de equidad de carácter estructural en el país. Desde este informe se establece que la base económica nacional no presentaba condiciones sustentables para la reducción de la pobreza.

Se indica que el año 1996 fue uno de los peores años en la economía del país desde la crisis de 1980-82. La producción tanto global como per cápita había disminuido en términos reales por primera vez en 15 años y se observaba un deterioro en el ámbito laboral (aumento del desempleo abierto, y el subempleo visible e invisible, tasa de subutilización de la fuerza de trabajo alcanzó casi el 14%).

La pérdida del dinamismo de la economía se corresponde con el incremento de la pobreza. Se indica en este Informe, una disminución en la capacidad adquisitiva de los grupos de

⁹ Según Miranda (1997, Pág. 161 - 62) La rectoría del Ministerio de Salud se entiende como “la capacidad para que todas las entidades técnicas y sociales del sistema de salud, que tienen la responsabilidad de la prestación de servicios los produzca coordinadamente, sujetas a normas de calidad y costos, como partes integradas y ejecutoras de las políticas de salud, dictadas por el Ministerio Rector y aprobadas por el Consejo Nacional de Salud”.

ingresos medios y bajos. La pobreza, que venía experimentando una leve reducción en años anteriores, reversionó esa tendencia y comenzó a aumentar entre 1994 y 1996. Los pobres del campo, y las familias que vivían en condiciones de pobreza extrema, mostraban más dificultades que el resto para superar esa situación. Se presentaban importantes brechas de equidad entre población urbana y rural, entre Región Central y el resto de regiones. Las peores condiciones de vida del país se daban en cantones cercanos a las costas o a las fronteras, y en aquellos más dependientes de la producción agrícola para el mercado interno, en especial de granos básicos como maíz y frijol. A ello se agregan desastres naturales como el huracán Cesar que implicó pérdidas millonarias desfavoreciendo nuevamente a las personas más pobres del país, y ocasionando nuevas presiones para que el gobierno subsanara los daños.

Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos, en 1995, los hogares que vivían en situación de pobreza representaron el 20,4% del total de la población del país¹⁰; esta cifra aumentó a un 21,6% en 1996. Según los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 1996, 141 477 familias tenían ingresos inferiores a los necesarios para adquirir la Canasta Básica Alimentaria (CBA)¹¹, esto implicó que 13 551 familias se sumaran a los grupos más pobres del país (DGE, 1996, citado por Gobierno, 1997).

Por otro lado una política monetaria y fiscal restrictiva redujo las inversiones del sector público. Se estancó la inversión privada y las importaciones crecieron modestamente, las exportaciones redujeron sus tasas de crecimiento muy por debajo de los promedios de los años anteriores. Esto dentro de una Economía que se mostraba cada día más abierta a los mercados internacionales.

¹⁰ La estimación de la población para Costa Rica en 1996, fue de 3 202 440 personas, de las cuales el 50,1% o sea 1 604 305 correspondían al sexo masculino y el 49,9% o sea 1 598 135 al sexo femenino (Proyecto Estado de la Nación, 1997)

¹¹ La CBA se define como “El conjunto de alimentos expresados en cantidades suficientes para satisfacer, por lo menos, las necesidades de calorías (energía), de un hogar promedio de una población de referencia” (INCAP/OPS, 1992, citado por Gobierno, 1997)

Situación de la salud¹² en 1996

Para 1996 la esperanza de vida al nacer se calculó en 76,3, correspondiendo al sexo femenino 79,2 y al masculino 74,5 años. La tasa general de mortalidad reportada en ese año era de 4,1 por mil habitantes y la tasa de mortalidad infantil era de 11,8 por mil nacidos vivos; ésta última tasa mostraba un patrón descendente sistemático desde 1986, cuya tasa en ese momento era de 17,8 por mil nacidos vivos. Las cuatro principales causas de la mortalidad infantil de 1991 a 1997 fueron:

1. Ciertas afecciones en el período perinatal.
2. Malformaciones congénitas.
3. Enfermedades del aparato respiratorio y cardiovasculares.
4. Enfermedades infecciosas y parasitarias.

Dentro del período 1990 a 1997 el comportamiento de la mortalidad por los cinco primeros grupos de causas había sido similar: la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio ocupaba el primer lugar, con una tasa de 11,1 por mil habitantes y la segunda por tumores con una tasa de 7,8.

Evolución de la situación nutricional de la población

Antes de 1996, se habían realizado cuatro encuestas nacionales de nutrición (1966, 1975, 1979, 1982) que permitieron observar la evolución nutricional de la población, especialmente materno infantil. Según datos de estas encuestas, en el país se había dado una evolución significativa en el estado nutricional de la población. En 1966, el perfil nutricional de la población costarricense respondía a las características propias de países del tercer mundo. Los problemas se manifestaban a través de desnutrición energética proteica, hipovitaminosis A, bocio endémico y anemia ferropénica. En el año 1966 la población menor de seis años presentaba un 57,4% de desnutrición y 13,7% desnutrición moderada o severa. Este problema fue mejorando a partir de políticas de salud impulsadas, como el fortalecimiento del Programa Nacional de Nutrición, el impulso

¹² Ministerio de Salud, 2000.

de la estrategia de atención primaria en salud y programas de bienestar social dirigidos a los grupos sociales de escasos recursos económicos, al igual que el mejoramiento del nivel de vida de la población contribuyó en el cambio. Ya para 1982 se había logrado una reducción significativa en el porcentaje de desnutrición en la población escolar (30,9%).

También se habían realizado cinco censos de talla en escolares de primer grado (entre 1979 y 1989) y los datos comparativos revelaban que el porcentaje de niños y niñas con retardo en talla había disminuido de un 20,4% en 1979 un 9,3% en 1989 (Ministerio de Salud, 1995).

El problema de desnutrición va disminuyendo y el de sobrepeso empieza a perfilarse como un nuevo problema en ascenso tanto en la población infantil como adulta, especialmente femenina, lo que marca una transformación del perfil nutricional de la población más similar a los países desarrollados. Con ello un aumento de las probabilidades de incremento en la morbilidad debido a enfermedades asociadas, como hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, entre otros (MIDEPLAN, Panorama Nacional, 1996, citado por Gobierno, 1997)

Con relación a los micronutrientes, el país presenta en las diferentes encuestas deficiencias de varios micronutrientes, los principales son hierro, yodo, vitamina A y fluor. La anemia de origen nutricional se identifica como problema desde 1966, y responden a deficiencias de hierro en primer lugar y en menor medida a carencias de ácido fólico. Las medidas adoptadas para la reducción de este problema fueron la suplementación diaria de hierro a mujeres gestantes y a niños y niñas menores de un año, al igual que la fortificación de la harina de trigo con hierro y otras vitaminas.

A su vez la prevalencia de bocio endémico por deficiencia de yodo era de un 18% en 1969, y gracias a la yodación de la sal se logra disminuir en 1979 a un 3,5%. La deficiencia de retinol (Vitamina A) también se detecta como problema de salud pública en 1966, afectando a un 32,5% de los niños y niñas preescolares con valores séricos de retinol bajos y deficientes. Para 1979, este porcentaje

de prevalencia disminuye a 2,3% y en 1981 bajó a 1,8%, gracias al enriquecimiento del azúcar con Vitamina A a partir de 1974 y la distribución de leche íntegra al 30% de la población preescolar. Sin embargo, esta medida se suspende en 1980, lo que hace que resurjan los problemas con vitamina A en la población. A su vez, el problema de caries dentales por falta de flúor fue enfrentado con la fluoración de la sal desde 1983, dando resultados favorables.

Por otro lado, desde la administración de gobierno de la época (1994-1998), ya existía la preocupación por el problema de anemia en el país. Al igual que había una especial preocupación por reducir el nivel de pobreza.

La Política Nacional de Salud del periodo 1994-1998, establecía para el Área Social:

“Atender a los económica y socialmente más vulnerables de la población, en especial a los niños, los adolescentes, la tercer edad, indígenas y discapacitados, con miras a garantizar la igualdad real de oportunidades” (Ministerio de Salud, 1995, pág.38).

En esta administración se desarrollaron tres instrumentos de política fundamentales que favorecieron la puesta en agenda de los problemas nutricionales. Ellos son:

- Declaratoria para la elaboración y ejecución de un Plan Agro-Alimentario y Nutricional, firmado por el gobierno de Costa Rica en el Día Mundial de la Alimentación, octubre 1994.
- Plan Nacional de Combate a la Pobreza, noviembre 1994.
- Plan Nacional de Salud, donde se define la atención del problema de anemias como prioridad en salud.

El Ministerio de Salud, siguiendo estos lineamientos y las necesidades de salud del país, estableció acciones para la atención de los problemas nutricionales y las anemias ferropénicas, ya que estas, eran una prioridad en salud, según había sido evidenciado en los siguientes documentos,

- Informe Anual 1995 del Ministerio de Salud: presenta como acción estratégica dentro de la Política Nacional de Salud 1994-1998 “Promover la seguridad alimentaria nutricional y la nutrición preventiva”¹³, para atender problemas en este campo; ya que se había identificado que un 35% de los niños controlados en la consulta de crecimiento y desarrollo y las madres embarazadas tenían anemia por deficiencia de hierro.
- El estudio comparativo del estado nutricional de preescolares atendidos por el Programa de Atención Primaria en Costa Rica en los años 1994 y 1995, que mostró un aumento en la desnutrición moderada de 2,01 a 2,65%, y en la desnutrición leve de un 16,1 a un 19,6%, observándose un leve deterioro nutricional de la población menor de seis años atendidos por el Programa de Atención Primaria (Ministerio de Salud, 1997, pág. 3)
- Los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1996, fueron un insumo importante para orientar las políticas, planes y programas relacionados con el campo alimentario nutricional, ya que permitieron identificar problemas nutricionales como se indicó anteriormente.

Todo lo anterior favoreció la creación de condiciones para que se pusiera en agenda el problema específico de anemia. Más tarde se enfocaría el problema de las malformaciones congénitas como parte de los problemas de salud asociados al déficit de ácido fólico.

Reconocimiento del problema y puesta en agenda

Ante el panorama antes indicado surgió la urgencia de realizar una quinta encuesta nacional de nutrición que indicara la evolución de los problemas nutricionales en el país con datos más actualizados.

Los resultados de la encuesta muestran como entre 1982 y 1996 disminuyó la desnutrición, tanto moderada como severa, la cual pasa de 6,3% a 5,1%. La desnutrición leve se redujo del 24,6% al 17,3% para el mismo período. En preescolares una disminución del retardo en talla, moderado y severo (pasó del 7,6% en 1982 al 6,1% en 1996) El retardo leve descendió de 21,7% al 15,3%.

La desnutrición energética-proteica deja entonces de percibirse como un problema de salud pública; sin embargo no ocurre lo mismo con los micronutrientes, cuyas deficiencias se conoce como “hambre oculta” debido a que las manifestaciones de dichas deficiencias por lo general no se observan a simple vista.

La encuesta de 1996 revela que la deficiencia de yodo y flúor dejan de ser problemas nutricionales en la población lo que permitió alcanzar la meta fijadas para el 2000. Esto no sucede con otros micronutrientes que presentan deficiencia alta, como el déficit de vitamina A, que nuevamente se presenta como problema de salud. También se demuestra que las anemias nutricionales continuaban representando un problema moderado de salud pública con una prevalencia de 27,9% en mujeres gestantes, 26,0% en preescolares y 18,9% en mujeres en edad fértil. La principal causa de ello era la deficiencia de hierro¹⁴ (44,6% de las mujeres gestantes y el 24,2% de los preescolares tenían las reservas depletadas), seguida por la deficiencia de folatos, cuya prevalencia de deficiencia en las mujeres en edad fértil fue de 24,7 % y de 11,4% en los preescolares.

Persisten los problemas de hierro, obteniéndose una prevalencia de anemia

¹⁴ El hierro es un componente indispensable para la formación de los glóbulos rojos de la sangre, que tienen como función esencial transportar el oxígeno a todo el organismo. Dentro de las anemias nutricionales, las más importantes son las producidas por la deficiencia de hierro y ácido fólico en la dieta de las personas, constituyendo a nivel mundial, un importante problema de salud pública, por su magnitud y trascendencia en el desarrollo económico y social de los países. La anemia se define como la disminución de los niveles de hemoglobina en la sangre, éste varía según la edad y el sexo, y los grupos más vulnerables de presentar anemia son las embarazadas, los menores de 6 años y las mujeres en edad fértil (15 a 44 años) por tener mayores requerimientos de hierro y otros micronutrientes. Por ejemplo, mujeres en edad fértil, pierden una cantidad de sangre todos los meses con la menstruación. (Comunicado de prensa, Viceministro de Salud, 27/5/1997)

¹³ Idem, Pág.41

ferropénica constantemente alta desde 1966. Este problema ha sido mayor en la zona rural donde se observa hasta un 32,7% de prevalencia, en contraposición de un 16,6% en la zona urbana del país, sin darse diferencias por sexo (Ministerio de Salud, 1997^a).

La deficiencia de folatos no sólo está asociada a problemas de anemia, como se sabe el ácido fólico es un nutriente indispensable para el desarrollo del tubo neural del niño durante su etapa embrionaria. Sin embargo, en el momento de presentar los resultados de la encuesta, este micronutriente se asociaba exclusivamente al problema de anemia.

Lo anterior es una manifestación de que grandes sectores de la población consumen dietas deficientes tanto en cantidad como en calidad y como lo expresó uno de los informantes los patrones alimentarios son cada vez más pobres, monótonos y escasos en micronutrientes:

“...la dieta del costarricense a través de las encuestas cada vez se vuelve más monótona, no había tanta diversidad como unos años antes en que la situación estaba un poquito mejor, donde el gallo pinto¹⁵ lo podía comer toda la gente (...) Los alimentos de origen animal cada vez se consumen menos, son más caros y aún los vegetales, los granos, cada vez se consumen menos. Entonces se hace necesario incorporar micronutrientes para que la población pueda tener acceso a ellos” (INF01).

Con los hallazgos de la encuesta del 96, los técnicos responsables, se pronuncian de la siguiente manera:

“Se recomienda, por tanto, revisar, reajustar, desarrollar y fortalecer, a corto plazo, estrategias que reduzcan la prevalencia de anemias nutricionales, hipovitaminosis A y que aumenten la cobertura y optimización de los programas existentes en micronutrientes” (Ministerio de Salud, 1996, pág. 6).

Propuesta de solución

La respuesta o solución al problema de déficit de ácido fólico, se enmarcó dentro de las estrategias desarrolladas décadas atrás por el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud. La fortificación de alimentos, era una medida conocida y probada, como se mostrará a continuación.

La experiencia de fortificación de alimentos en el país

La inquietud de fortificar alimentos como medida de salud pública, como ya se indicó, no era nueva en el país. Ya desde los años cuarenta, se había considerado la fortificación de la sal como una medida necesaria y urgente para reducir la patología tiroidea detectada desde los estudios clínicos. En esa época, el problema de bocio endémico ya se había identificado como un problema de salud pública. Es así como se retomó la experiencia desarrollada en otros países del primer mundo en ese sentido, como una iniciativa que podía ser implementada en el país. A su vez, investigaciones regionales desarrolladas por el INCAP y los Ministerios de Salud de los países centroamericanos y Panamá en los años cincuenta, detectaron el problema de las anemias como un problema nutricional generalizado en la región. De ahí que en nuestro país surge la iniciativa de emitir en 1958 el primer decreto para la fortificación de la harina de trigo con hierro, calcio, tiamina, niacina y riboflavina.

Sin embargo, los resultados de estas primeras iniciativas no tuvieron el impacto esperado porque tampoco se logró garantizar la fortificación deseada ni la cobertura requerida. Fue necesario que se dieran una serie de condiciones que permitieran unir tanto la voluntad política, como la capacidad institucional, desarrollo de la tecnología industrial, sensibilidad social y concertación social para hacer efectiva las políticas de fortificación.

La Encuesta Nacional de Nutrición en 1966 permitió medir los niveles bajos en una serie de nutrientes y de ahí las acciones de fortificación se hicieron más sistemáticas. Sin embargo, es hasta 1972 que la política pionera de yodización de la sal, se hace viable y logra reducir la incidencia del bocio hasta dejar de constituir un problema

¹⁵ Comida tradicional compuesta por arroz y frijoles.

de salud pública. En esto favorecen las políticas sociales, de salud y el desarrollo cooperativo de las industrias salineras. Por otro lado, en 1974 se establece el decreto de fortificación del azúcar con vitamina A. Según indica uno de las personas entrevistadas *“fue el primer país en el mundo que fortificó el azúcar con vitamina A”* (INF13). A su vez se desarrolla un programa de fluoruración del agua para reducir la incidencia de caries dentales en la población. Sin embargo esta medida se abandona en 1980 por falta de recursos económicos y los problemas de cobertura en zonas rurales.

Es en la década de los setentas cuando se establecen las bases que permitieron adoptar la fortificación de alimentos desde una concepción integral y preventiva de la salud pública. Esto responde a una especial preocupación por enfrentar los problemas de insuficiencia y desigualdad que aquejaban la población y que se expresaban en problemas de salud. De ahí se conformaron los programas preventivos de atención primaria en salud y se apostó a la universalización de los servicios de salud, lo que aumentó el acceso de la población a la atención en salud. Las zonas rurales y urbano-marginales recibieron especial atención e iniciaron los programas de distribución de alimentos y atención nutricional. Es así como se dió un ambiente favorable para incorporar las carencias de micronutrientes dentro de las políticas sociales de corte universalista, tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de la población.

La fortificación de alimentos es introducida entonces en los programas de nutrición como un área de trabajo. En el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1974-1980 se contemplaba un programa de enriquecimiento de alimentos con tres sub-programas:

- a. La yodización de la sal para consumo humano para reducir el bocio endémico
- b. La fortificación del azúcar con vitamina A para reducir la hipovitaminosis A en grupos vulnerables
- c. El enriquecimiento de la harina de trigo con sal ferrosa para disminuir la prevalencia de anemia ferropriva

La elección del alimento que sería el vehículo

para portar el micronutriente se da con base en estudios del consumo nacional. Se elige un alimento seguro, práctico en el sentido de la fortificación, económico, de uso universal, barato para la población e inocuo.

A su vez, el papel del Estado y la legislación proteccionista en dicha década es fundamental para crear condiciones organizativas de la industria nacional, su fortalecimiento y desarrollo tecnológico con el apoyo crediticio, lo que permitirá mejorar la producción y la regulación de la calidad de los alimentos producidos. Esto favoreció e hizo viables las políticas de fortificación de alimentos, tal como lo indica la experiencia de yodización de la sal¹⁶.

En los años ochenta, como se explicó antes, se dan importantes transformaciones económicas, sociales y políticas. Sin embargo, las políticas de fortificación no decaen, encuentran un nuevo escenario donde el desarrollo industrial y la calidad de los productos cobra un valor importante frente a la competencia y el libre mercado. Es interesante señalar que a principios de los años ochenta, al suspenderse la fluoruración del agua, el Congreso Nacional de Odontólogos recomienda la fluoruración de la sal. Es así como en 1987 se inicia este programa con el apoyo de la Fundación Kellogs, quien contribuye en la introducción de nuevos procedimientos tecnológicos para fortificar la sal con yodo y flúor.

En esa década, se establecen controles más sistemáticos, el desarrollo tecnológico permite contar con métodos más efectivos de fortificación y establecer normativas más claras y estrictas en torno a la calidad físico-química de los alimentos y los procedimientos de fortificación. Aquí el Estado viene a responder a los requerimientos de regulación de la importación de alimentos que no respondan a los estándares establecidos en cuanto a fortificación.

En los años noventa, surge una nueva legislación que responde a los procesos de liberalización económica, y con ello quedaron eliminadas las licencias, recomendaciones y permisos que debe dar el Estado para realizar

¹⁶ Castro, C. 1997

importaciones¹⁷, al igual que los trámites y regulaciones sobre actividad económica¹⁸. Sin embargo, esto no necesariamente debilita las políticas de fortificación de alimentos, pues las mismas se tornan materia de regulación del Estado válidas y justificadas.

A su vez, los foros mundiales y los compromisos que los gobiernos asumen frente a estos se tornan en los años noventa una nueva fuerza de impulso para la estrategia de fortificación de alimentos. Como se verá a continuación.

La influencia de los foros internacionales

En las Conferencias Internacionales de Nutrición celebradas en Roma en 1992 y 1996, se retomó la preocupación por garantizar a la población una alimentación adecuada e inocua¹⁹ y los países participantes se comprometieron a hacer todos los esfuerzos posibles para

“eliminar o reducir considerablemente antes del próximo milenio los siguientes problemas: muertes por inanición y hambruna; hambre crónica generalizada; subnutrición, especialmente entre niños, mujeres y ancianos; carencia de micronutrientes, especialmente hierro, yodo y vitamina A; enfermedades transmisibles y no transmisibles relacionadas con el régimen de alimentación”²⁰.

En la 6ta. Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, realizada en la Ciudad de La Paz en 1996, con el propósito de analizar “Los Derechos de la Mujer y la Niñez en el Marco del Desarrollo Humano Sostenible”²¹, se comprometieron a alentar y apoyar la implementación del proyecto

regional destinado a reducir la desnutrición por deficiencia de micronutrientes en el hemisferio, en consideración a los altos índices de anemia y sus graves consecuencias en la niñez y la mujer.

En síntesis, se dan una serie de compromisos internacionales y nacionales, como son:

- Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, 1990
- Conferencia sobre Malnutrición y Carencia de Micronutrientes, Montreal, 1991
- Cumbre de Presidentes del Istmo Centroamericano sobre Desarrollo Humano, Infancia y Juventud. Tegucigalpa, 1991.
- Conferencia Internacional sobre Nutrición. Roma, 1992
- XLIII y XLIV Reuniones del Consejo del INCAP, COMISCA. San José, 1993
- Resolución XX sobre Iniciativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional en la XIV Cumbre de Presidentes. Guatemala, 1993.
- Cumbre Mundial de Alimentos. Roma, 1996.

Las conferencias internacionales aportan directrices y establecen compromisos de los países que permiten fortalecer políticas nutricionales. Si bien en Costa Rica, la intención de formular políticas nutricionales desde un enfoque intersectorial, se da desde la década de los años 70²², las conferencias mundiales le dan mayor impulso. En la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN), celebrada en Roma diciembre 1992, Costa Rica se compromete a intensificar, a corto y mediano plazo, los estudios destinados a determinar la magnitud y características de los problemas relacionados con los micronutrientes, de manera que se facilite el diseño de acciones

¹⁷ Ley # 7473 de Ejecución de los Acuerdos de la Ronda Uruguay de Negociaciones Comerciales Multilaterales, 1994. Citado por Castro, 1997.

¹⁸ Ley # 7472 de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, 1995. Citado por Castro, 1997.

¹⁹ Cumbre Mundial sobre la Alimentación (13-17 de noviembre de 1996)

²⁰ Conferencia Internacional sobre Nutrición Una reafirmación del compromiso de la FAO de mejorar la nutrición 1992

²¹ DECLARACION DE LA PAZ 6ta. Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, Bolivia. 1996

²² Esto se expresa con la creación de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN) como un órgano adscrita al Despacho del Ministro de Salud, la cual se establece por ley desde 1973 (Ley Orgánica del Ministerio de Salud) y entre sus funciones esta la formulación de la política nacional de alimentación y coordinación de acciones en el campo alimentario nutricional.

futuras, lo cual se cumple con la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996.

Con las conferencias internacionales antes indicadas, en Costa Rica surge una especial preocupación por establecer un plan intersectorial con objetivos medibles, a los cuales se les de seguimiento y se evalúen. Los años 90 constituyen entonces una década en la cual se hacen esfuerzos por fortalecer y ordenar acciones intersectoriales e interinstitucionales para garantizar la seguridad alimentaria nutricional del país.

Proceso de negociación de la política

El proceso de formulación y negociación de la política de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico siguió un curso lógico en el cual cada etapa fue generando condiciones para que se dieran las siguientes. Tal como concuerdan varios entrevistados, fue un proceso que fluyó con facilidad. Se desea recuperar en forma secuencial el proceso y como se fue construyendo el consenso para llegar hasta la aprobación del decreto.

No se establece una lógica de causa y efecto por ser demasiado simple para explicar un proceso complejo como este, por lo que se intenta en este apartado definir los múltiples factores que operaron en forma combinada para crear condiciones que facilitaron u obstaculizaron este proceso. Interesó en especial destacar aquellas acciones e interacciones entre los actores sociales que caracterizaron el proceso y le dieron dinamismo, generando nuevas condiciones. Por esto, aquí se desea retomar el proceso desde la perspectiva y las palabras de los diferentes actores involucrados.

Primera etapa: Establecimiento de una base de evidencias científicas y alianzas estratégicas

La Encuesta Nacional de Nutrición (1996) permitió contar con un diagnóstico actualizado de los problemas nutricionales, conocer su magnitud y tendencias a lo largo del tiempo. El esfuerzo de vigilancia nutricional desarrollado por el Departamento de Nutrición del Ministerio

de Salud durante décadas, permitía sustentar la política a seguir. En ese momento el equipo técnico de Vigilancia Nutricional, conformado por un médico y dos nutricionistas, se constituyó en el grupo que lideró tanto esta etapa como las subsiguientes.

Sin embargo, es importante destacar como significativo el rezago de 14 años sin encuesta nacional de nutrición, lo cual indica que en las administraciones de gobierno anteriores la vigilancia nutricional no había recibido el apoyo suficiente para desarrollar el monitoreo nacional requerido. Tal como indica una de las personas entrevistadas:

“...es increíble, porque tampoco son tan caras (las encuestas), porque hay dinero para otras cosas, entonces hay que sensibilizar mucho a los políticos para que destinen dinero a estas cosas tan importantes en la salud pública”. “...precisamente una encuesta nacional de nutrición es para ver cómo se reorientan políticas y programas para mejorar las deficiencias encontradas” (INF15).

De ahí la importancia de comprender como fueron variando las condiciones para lograr que en 1996 se pudiera hacer efectivo el desarrollo de la encuesta.

Según correspondencia de la Sección de Vigilancia Nutricional del Ministerio de Salud con otras dependencias e instituciones, la Comisión Nacional de la Encuesta de Nutrición fue coordinada por esta sección y contó con el apoyo de la Directora General de Salud del Ministerio de Salud y la participación de INCIENSA. El respaldo político de las autoridades de salud se expresa con la asignación de recursos, que en administraciones anteriores no se habían dado, ya que el financiamiento de las otras encuestas siempre había provenido de ayuda exterior en su totalidad. Tomó todo el año 1995 lograr obtener los recursos y establecer toda la logística necesaria para desarrollar la encuesta en 1996.

Esta encuesta implicó grandes esfuerzos de coordinación entre diferentes instituciones e instancias al interior del Ministerio de Salud y fuera

del mismo²³. A nivel internacional el apoyo técnico del INCAP fue fundamental, también se logró conseguir el apoyo financiero de la OPS y la Unión Europea. A su vez, la Industria Farmacéutica participó suministrando los reactivos para el análisis de laboratorio requeridos en la encuesta.

La organización y desarrollo de la Encuesta Nacional de Nutrición se constituyó en una experiencia favorable al desarrollo de capacidades técnicas, y en torno a ello se nutrieron nuevas alianzas. En ese sentido, cabe destacar la alianza con el INCIENSA.

“...el INCIENSA tiene sus metas y sus prioridades, en este campo coincide precisamente con el Ministerio y tiene un laboratorio, que realiza lo que el Ministerio necesita, entonces yo creo que ha sido un trabajo de conjunto para y por lo que más necesitan (...) La gente que maneja esto en el Ministerio tiene la misma forma de pensar (...), el día que un solo niño tenga deficiencia de ácido fólico o de vitamina A o de lo que sea, yo creo que igual hay que seguir trabajando por eso (...) ese ha sido como el norte que nos ha conducido a los dos en un objetivo común (INF12).

En estas palabras se sintetiza la visión y misión compartida por ambas instituciones que aunque no se explicitan, responde a un enfoque de derechos humanos, específicamente el derecho a la salud que tienen todos los miembros del colectivo social. Como indica uno de los informantes. *“en un marco de derechos, la capacidad institucional adquiere un papel primordial” (INF16).*

En el desarrollo de la Encuesta, el INCIENSA asume el trabajo de análisis de muestras, y junto con el personal del Ministerio de Salud, reciben capacitación del INCAP²⁴. Esto favorece la

capacidad instalada de instituciones públicas del país.

“Antes se pagaba a hacer las encuestas de nutrición al INCAP. Nosotros (MS e INCIENSA) decidimos que no, que había que hacerlo acá, entonces a partir de ahí pensamos en el país, en la población. Es que el INCIENSA tenía gente muy valiosa. (...) obviamente con la colaboración de la gente de INCAP que nos capacitaron, que estuvieron siempre con nosotros” (INF12).

Por otra parte, para la administración de gobierno de esa época (1994-1998), había una especial necesidad de planificar acciones con base en evidencia sobre las necesidades en salud del país. El norte de este accionar era alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000, responder al Plan Quiquenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional y dar respuesta al Plan de Gobierno que identificaba como prioridad la necesidad de prevenir y erradicar *“las anemias nutricionales y otras enfermedades carenciales que afectan considerablemente la capacidad de desarrollo potencial del ser humano”*²⁵. Por ello se consideraba esencial disponer de información actualizada, veraz y oportuna con el propósito de orientar las políticas, planes y programas relacionados con el campo alimentario nutricional.

Por un lado se observa como el equipo técnico encargado de la vigilancia nutricional del Ministerio de Salud logró establecer una alianza fuerte con las nuevas autoridades de salud convirtiéndose en sus asesores en materia nutricional, dando sustento técnico a las políticas propuestas por el nuevo gobierno. Las autoridades en salud, por su parte brindaron el apoyo necesario para facilitar los procesos técnicos. Así el equipo técnico de vigilancia nutricional logra colocar sus inquietudes y quehacer en el espectro de prioridades en salud establecidas por el nuevo gobierno.

²³ De acuerdo con la correspondencia de la época (1995-1997), del Ministerio de Salud participaron en el proceso de la encuesta, la Dirección General de Salud, el Departamento de Nutrición, Sección de Vigilancia Nutricional, la Dirección de Laboratorios de Salud, Servicios Médicos, Departamento de Odontología. De INCIENSA apoyaron la Dirección Científica, la Unidad Tecnológica Nutricional, Laboratorio de Análisis de Alimentos. De la Dirección General de Estadísticas y Censos, la Dirección General, Departamento de Cartografía, Departamento de Diseño y Análisis Estadístico, Sección de Diseño de Muestreo.

²⁴ Del INCAP se involucran en el proceso la Dirección General,

la Cooperación Técnica en el país, la Unidad de Alimentos del Área de Ciencia y Tecnología y aporta expertos en el diseño estadístico.

²⁵ Encuesta Nacional de Micronutrientes, 1996

En ello contribuyeron los siguientes factores:

- Las nuevas autoridades estaban muy identificadas con encaminar los esfuerzos hacia la atención primaria.
- Partían de una visión de salubristas con experiencia probada de compromiso con el desarrollo de la salud pública en el país. El Ministro había sido pieza fundamental en un gobierno anterior en el fortalecimiento de la atención primaria en salud. Y el Viceministro había desarrollado un modelo cooperativo de atención a nivel local con acciones de promoción, prevención y atención en salud que se convertiría en modelo para la reestructuración de los servicios de salud en el país con la creación de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAIS).
- Tanto en la Dirección General de Salud, como en el Ministro y Viceministro se apreciaba dinamismo y trabajo en equipo en su gestión.
- El Plan de Gobierno establecía en el área social interés por desarrollar un Plan de Combate a la Pobreza, y desde Salud enfrentar el problema de anemias en el país, del cual se tenía conocimiento por investigaciones parciales.

Desde esta primera etapa, se establecen alianzas importantes que luego acompañaran el proceso de formulación de la política. Es así como el desarrollo de la Encuesta Nacional de Nutrición en 1996 permitió generar una plataforma sólida para sustentar la política y a su vez fue la antesala para establecer alianzas estratégicas que apoyarían el proceso de formulación y negociación de la política.

Segunda etapa: Construcción de la alianza técnico-política

Como antes se indicaba, la experiencia de desarrollar la Encuesta Nacional de Nutrición fue el inicio de una relación estrecha y de colaboración entre el equipo técnico de Vigilancia Nutricional y las autoridades superiores del Ministerio de Salud. La Directora General de Salud facilita el acercamiento del equipo técnico con el Viceministro, encargado de las intervenciones

en salud y mano derecha del Ministro, quien le adjudica un lugar de confianza y asesoría fundamental. Muestra de ello son las palabras con las que se refiere y recuerda al viceministro: *“brillante, eficiente y eficaz”, “le tengo un gran respeto”* (INF04).

Para las autoridades de salud, no bastaba con tener información actualizada sino se debía tomar una decisión para mejorar el estado nutricional de la población. Desde el punto de vista técnico, la ENN ponía en evidencia que las medidas sanitarias adoptadas para disminuir las anemias nutricionales no habían dado resultados observables en la última década, de ahí la necesidad de promover medidas más adecuadas.

La definición de la intervención más apropiada fue una tarea delegada al equipo técnico por parte de las autoridades de salud. Aquí destaca la confianza de las autoridades en el equipo técnico. En palabras de la autoridad máxima en ese momento: *“...los considero gente muy buena, muy capacitada”* (INF04). También el Viceministro muestra gran confianza en el grupo técnico y esto favorece la buena coordinación técnica y política:

“El equipo técnico siempre tuvo acceso directo a las autoridades, lo que facilitó el acceso a la información, la toma de decisiones y la movilización de recursos” (INF05).

Para el equipo técnico el apoyo político hace una gran diferencia en su quehacer:

“Cuando hay interés político nada se atrasa, porque puede ser que exista interés pero no tan pronunciado, entonces no se oponen pero tampoco aceleran la cosa” (INF01).

Es así como las autoridades le delegan al equipo técnico la búsqueda de información y análisis de alternativas, al igual que la revisión de experiencias en otros países.

A su vez, el acompañamiento del INCAP, constituyó una de las alianzas estrategias más importantes en este proceso. Según correspondencia de la época, es el INCAP quien establece recomendaciones para el análisis de

folatos en la encuesta nacional de micronutrientes. Sin embargo, las investigaciones realizadas por esta institución en los últimos veinte años, si bien indicaban y documentaban que las anemias ferropénicas en la región era suficientemente generalizada como para considerarla un problema de salud pública, el énfasis se ponía en la deficiencia de hierro y marginalmente en el ácido fólico. Por otra parte, también se había avanzado en el desarrollo de la parte tecnológica para la fortificación de alimentos de consumo universal. La experiencia indicaba que el alimento más indicado para fortificar era la harina de trigo.

En esta tarea, el apoyo del INCAP se hace fundamental para respaldar al equipo técnico tanto en la investigación del problema y la búsqueda de alternativas de solución, como en la tarea de abogacía frente a los políticos. El INCAP aporta el conocimiento acumulado en otros países y a su vez sustenta su capacidad de convencimiento político apoyándose en los acuerdos tomados en el Consejo Consultivo y el Consejo Directivo de la institución (en los cuales la Directora General de Salud y el Ministro de Salud, formaban parte), donde los gobiernos centroamericanos se comprometen a fortificar alimentos con hierro, ácido fólico y vitamina A. Las autoridades de salud debían cumplir con un mandato que ellos mismos habían aprobado.

En el proceso de fundamentar técnicamente la medida a tomar, la revisión de investigaciones lleva a visualizar el problema de malformaciones congénitas en relación con el déficit de ácido fólico en mujeres gestantes.

Como ya se indicó, cuando se realiza la Encuesta Nacional de Nutrición en 1996, la atención estaba centrada en el problema de anemias. Sin embargo, el equipo técnico, junto con el apoyo del INCAP, revisan literatura en la cual las malformaciones congénitas se ven asociadas con la deficiencia de ácido fólico²⁶. En otros países se

habían dado experiencias exitosas que ayudaron a fortalecer la propuesta nacional.

Como indica uno de los entrevistados:

“... al abordar el tema de la anemia ferropénica y la alternativa de fortificar algunos alimentos para combatirla, surgió la oportunidad de hacer algo con las malformaciones congénitas asociadas a la carencia de ácido fólico, entonces se incluyó en el plan de trabajo” (INF 05).

Y luego agrega:

“...el asunto del ácido fólico fue parte de un tema más amplio: la fortificación de los alimentos para prevenir las anemias. Las malformaciones no estaban como uno de los doce puntos prioritarios: pero si se vio como una oportunidad lo de la fortificación de la harina para contribuir a reducir ese problema” (INF05).

También se comprende el alcance de la política elegida y sus límites:

“Para atender las malformaciones integralmente se requiere de intervenciones más complejas. El fortalecimiento y el enriquecimiento de los alimentos son medidas más gruesas, con menos actores involucrados y de menor costo” (INF05).

Una vez identificadas las deficiencias y la población en riesgo, se identifican tres tipos de medidas para resolver el problema del déficit de hierro y ácido fólico:

- **Suplementación:** esta medida es de tipo focalizado a la población en riesgo e implica la ingesta del micronutriente deficitario a través de tabletas. “El problema

²⁶ Los defectos de tubo neural incluyen toda una gama de malformaciones congénitas y se producen cuando el tubo neural no se cierra, en las etapas incipientes del desarrollo embrionario. Estos defectos del tubo neural se asocian a la deficiencia de ácido fólico desde 1930 cuando la Dra. Lucy Wills señaló por primera vez al folato como un factor curativo de la anemia, cuando existe insuficiencia de este folato en la mujer embarazada. Además en 1964 Hibbard publicó un

documento científico en el que se reportó la vinculación entre ciertas malformaciones congénitas (que no eran del tubo neural) y la carencia de folato. En 1980 Laurence, publicó un ensayo clínico que mostró una disminución del 60%, en el riesgo de reaparición defectos del tubo neural en mujeres que tomaban ácido fólico. En 1991, el CDC publicó una revisión de las evidencias de la prevención de la recurrencia de embarazos aquejados de defectos del tubo neural y recomendó la administración de 0,4 mg de ácido fólico para las mujeres que habían tenido un bebé o un feto con algún defecto del tubo neural. (OPS/OMS, sin año)

es tener que estarle recordando a la gente que se tome la pastilla o que se le olvide” (INF01).

- Mejoramiento de la dieta en general: esta medida involucra procesos de educación y divulgación de dietas saludables en la población. Sin embargo esta medida requiere “educación nutricional, mayor disponibilidad y acceso de las personas a los alimentos fuente de esos nutrientes y que tiene efectos a muy largo plazo” (INF11). Los alimentos que contienen los micronutrientes requeridos, no siempre son de acceso a la población de riesgo al igual que la utilización de los nutrientes son un factor a considerar también.
- Fortificación de alimentos: se considera que esta medida tiene ventaja porque se utiliza “un alimento de consumo universal, es de muy amplia cobertura, no produce cambios en los hábitos alimentarios de la población” (INF11) y “se ven los efectos rápidamente, o sea su resultado se ve en tiempos muy cortos, a costos bajos y las poblaciones logran recuperarse de una buena forma” (INF12).

La selección de los alimentos a fortificar va a depender de los hábitos alimentarios de la población, para evitar cambio en los hábitos de compra, preparación o consumo de alimentos, además que “la gente no lo note, que no cambie el sabor, ni que cambie las características organolépticas del alimento, es decir, que no cambie el color, el olor, ni el sabor” (INF08).

Se considera que “la fortificación actúa de esta manera: primero soluciona los casos severos y después empieza a bajar hasta un momento en que se mantiene y de ahí no va a bajar, porque ya las causas no son probablemente por la deficiencia de ácido fólico, sino por otras causas” (INF12).

A su vez, para tomar la decisión de “fortificar o suplementar, número uno, se tiene que tener estudios, de cómo está el problema en la población, en quienes y porque. Una vez que usted tiene una información base, entonces toma la decisión si fortificar o suplementar. Fortificar es más fácil, porque la población consume el alimento, entonces lo único que usted tiene que saber, es cuántos gramos consume para ver que dosis se le da” (INF12).

De las tres medidas se elige la fortificación de la harina de trigo con hierro y ácido fólico, por varios motivos tanto técnicos como políticos:

Motivos técnicos:

- El pan es uno de los alimentos de consumo masivo en el país.
- La harina de trigo es un alimento fácil de fortificar y los micronutrientes se mantienen lo más estables posibles hasta el momento del consumo final.
- El ácido fólico es “un micronutriente de doble propósito tanto para la anemia megaloblástica como para la prevención de malformaciones congénitas del tubo neural” (INF01).

Motivos políticos:

- Existencia del decreto #18 de 28 de julio de 1958 en el que se ordena la fortificación de la harina de trigo con tiamina, riboflavina, niacina, hierro y calcio.
- La negociación solo implicaba acuerdos con dos molinos como actores externos.
- La propuesta era factible, no existía problemas con los insumos requeridos.

En este último punto, el equipo técnico también busca asesoría de una Industria Farmacéutica para conocer precios de la premezcla que contendría las vitaminas, disponibilidad, posibles economías de escala y rebaja por volumen. Esta información era esencial para estudiar la factibilidad de la propuesta. Se comprendió que los insumos no eran problema y toda la información era parte de la propuesta a presentarle a los molinos.

Varios elementos convencen a la autoridad máxima del Ministerio de Salud para aceptar la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico como una medida pertinente para el país:

- El convencimiento de que “ante hechos comprobados que podrían beneficiar la salud, teníamos que tomar las acciones correspondientes” (INF04).

- En 15 años no se había logrado reducir la prevalencia de anemias por falta de hierro y ácido fólico en la dieta del costarricense.
- La medida no implicaba crear un decreto nuevo, sino modificar el existente, cambiando la dosificación del hierro y otras vitaminas del complejo B ya definidas en el decreto anterior, así como agregarle ácido fólico.
- La existencia de investigaciones y experiencias en otros países que demostraban resultados exitosos en la disminución de la incidencia de espina bífida y problemas en el canal neural. *“Quedé convencido de que había que hacerlo” (INF04).*
- La política de fortificación de harina de trigo se convertía en una oportunidad para las autoridades de salud de tener un caso demostrativo del ejercicio de la Rectoría por parte del Ministerio de Salud.

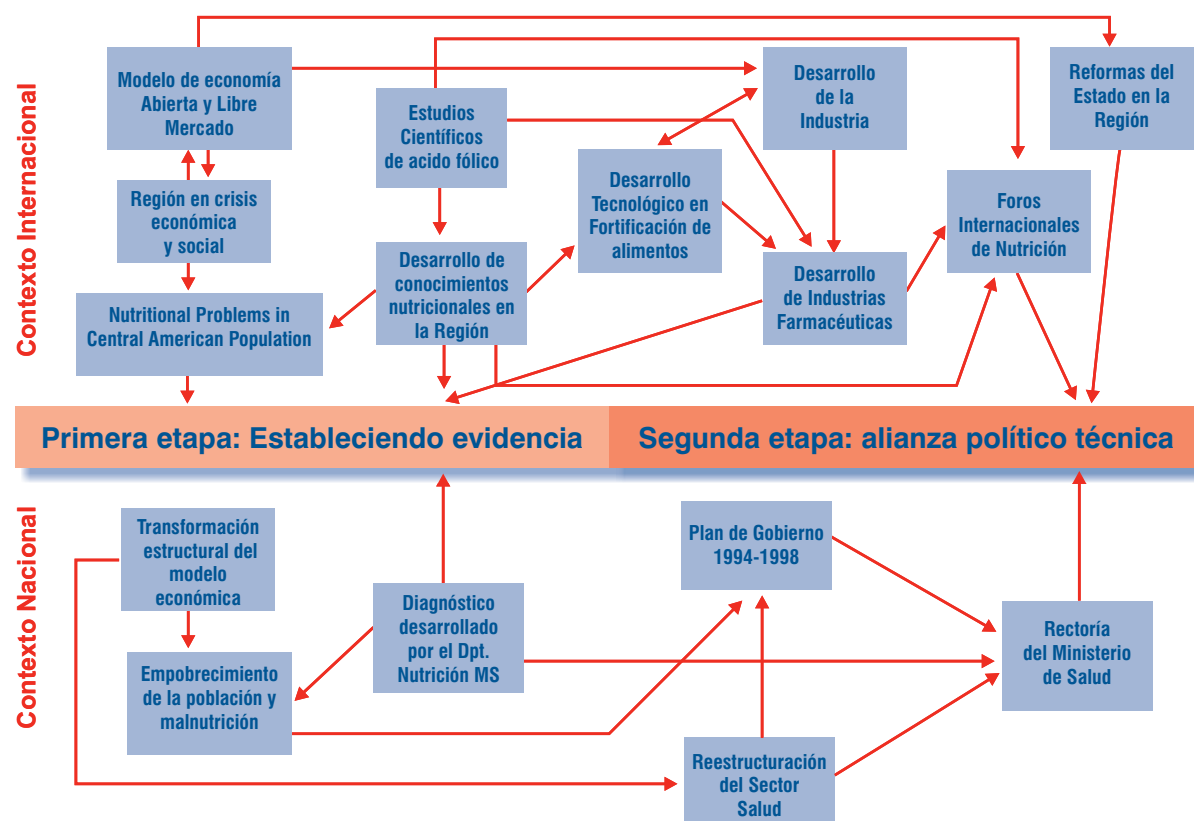
También juega un papel importante algo que resaltan varios informantes clave, y es la idiosincrasia nacional que se expresa en la decisión:

“...yo me siento orgullosísima cuando se habla de Costa Rica en estas cosas, sobre todo en foros porque en otros países la política dificulta mucho los procesos, se ponen muchas trabas. En Costa Rica nunca, en la parte política, en la decisión política, yo nunca he visto, o he oído que nadie se haya opuesto, ni para la harina, ni para ningún otros alimento” (INF12).

Conforme a todo lo anterior, las autoridades de salud optaron por derogar el Decreto #18 y sustituirlo por un nuevo decreto que incorporara las medidas técnicas requeridas para lograr un verdadero impacto en el estado nutricional de la población. Este tipo de instrumento de política fue siempre el utilizado para todas las medidas de fortificación de alimento, apoyado en la Ley General de Salud.

En el Diagrama 2 se sintetiza la red de condiciones y factores que favorecieron la formulación de esta política..

Diagrama 2: Red de condiciones y factores que facilitaron la formulación de la política



Tercera etapa: El encuentro con los industriales

En el análisis de actores, el grupo técnico y político visualizaron a las dos industrias molineras como los actores clave a convencer. Se descartan los panaderos, con quienes el Ministerio de Salud había tenido enfrentamientos a partir de la medida de eliminar el bromato de potasio²⁷. Se define que los actores externos principales son los molinos y con ellos se buscó la negociación.

Para las autoridades de salud, no se trataba de discutir con los molineros la posibilidad de modificar la fórmula de fortificación de la harina de trigo, sino de lograr el apoyo de éstos para una decisión ya tomada por el Ministerio de Salud. Sin embargo, existía conciencia de que una actitud impositiva no facilitaría un buen ambiente para que

se hiciera efectiva la política. En palabras de una de las autoridades de salud:

“... no estábamos esperando que los molinos aceptaran o no el decreto, era una decisión tomada. Nos sentamos a negociar en busca de apoyo, porque sino usted tiene que montar un sistema muy costoso de control, no se pueden tener policías en el molino vigilando que las medidas se cumplan” (INF05).

Esta definición llevó al objetivo de lograr convencer a los molinos de la importancia de la medida y lograr una alianza sostenible con ellos. Varias son las estrategias que se prepararon para el encuentro con los industriales:

- Enfocar la propuesta desde un punto de vista técnico; ofreciendo información actualizada sobre los problemas nutricionales y de salud de la población, por qué existen y posibles soluciones, al igual que las experiencias de fortificación en el país y a nivel internacional.

²⁷ Aditivo que los panaderos utilizan para hacer crecer el pan al hornearlo pero que el Ministerio de Salud alegaba ser cancerígeno

- Aprovechar la alianza con la industria salinera:
- “... el hecho de que la sal se estuviera fortificando con yodo y con fluor nos ayudó mucho. (...) lo que hacíamos era que cuando convocábamos a la industria, invitábamos también a la industria salinera, ya que ellos hablaban en pro de la fortificación, también tenían el enfoque de salud pública y no eminentemente comercial” (INF01).
- Ligado al punto anterior, el equipo técnico había recibido asesoramiento de UNICEF en torno al enfoque de derechos y de responsabilidad social, por lo que se pensó enfocar la propuesta desde una visión de “inversión social” (INF11).
- También contaban con la alianza del INCIENSA, con el Laboratorio de Bromatología. La Industria Farmacéutica A desde la primera etapa del proceso acompaña el proceso y en esta etapa presenta a los industriales los detalles técnicos de la adhesión de nutrientes en alimentos. El MEIC se une en la negociación con los industriales.
- Estudio de opciones y costos de la premezcla, al igual que un estudio del precio del trigo en el mercado

Con respecto a este último punto, las autoridades de salud tenían la preocupación en cuanto al costo de la fortificación. Para las autoridades de salud era necesario llegar a la reunión con los industriales con alguna “carta dura” para negociar que el costo de la fortificación no fuera trasladado a los consumidores a través del un aumento del precio.

“...íbamos totalmente preparados para lograr que el costo fuera asumido por los molinos y no por el consumidor (...) Por la situación económica del país, decir que se iba a incrementar el precio del pan, a pesar del beneficio de la fortificación, no era factible” (INF05).

Para ello contaban con un estudio sobre costos y la fluctuación del precio internacional del trigo que indicaba una baja en el precio del trigo la cual no se había traducido en una disminución

del costo al consumidor. Desde la óptica de los políticos, estratégicamente estaban dadas las condiciones para convencer a los molineros sobre esta política. Era el momento justo en el cual se contaba con argumentos que contrarrestaran la lógica del comercio, en la cual se busca ganar más y perder menos. Sin embargo no fue necesario sacar esa carta, los industriales se mostraron anuentes desde el principio.

“Íbamos preparados para una negociación supuestamente muy fuerte, pero que al final resultó muy fácil y rápida, en la cual se obtuvo la completa colaboración de los dos molinos (...) En la actividad participó el Ministro de Salud, lo que le dio mucha fuerza al proceso” (INF05).

En comparación con otros procesos de negociación con diferentes industriales para la fortificación de algún alimento, la máxima autoridad en salud considera que la negociación con los molinos:

“...fue el proceso más sencillo(...) el que tuvo más aceptación de entrada. No recuerdo que haya habido el menor problema, ni siquiera de alguna empresa que se haya opuesto en lo más mínimo” (INF04)

Para comprender mejor este ambiente favorable de los industriales, es necesario contextualizar la situación de los industriales en el momento de la negociación, ubicando en el tiempo cuales eran las condiciones que se habían dado para facilitar la actitud positiva de los empresarios frente a la propuesta del Ministerio de Salud.

Como antes se indicara, Molino 1 era un monopolio en la producción de harina de trigo hasta 1979, cuando surge Molino 2. Este último molino se mantiene pequeño hasta finales de los 80, ya en la década de los 90 es clara su tendencia al crecimiento. Retomando las palabras de un entrevistado:

“... en el año 90, Molino 2 tenía un 12% del mercado de harinas en el país; para el 96, 97, debería andar rondando alrededor del 30%. Creció mucho, de tal manera que la competencia por el mejoramiento de calidad, innovación, mejoramiento del producto, enriquecimiento, estaba jugando un

papel importante para la diferenciación de lo que eran en sí las marcas, las calidades de las mismas harinas” (INF 19).

En ese tiempo se empieza a enfatizar los procesos ISO 9000 para asegurar la calidad de los productos. Esto genera un desarrollo de investigaciones importantes para mantener los productos a un nivel competitivo. Las investigaciones en cuanto al ácido fólico y la fortificación de la harina no era desconocida por los industriales. Desde los años 80, se desarrollaban reuniones internacionales de molineros en las cuales se discutía el tema de la fortificación de la harina. Casas fabricantes de vitamina presentaban charlas al respecto. Los gobiernos promovían la fortificación y la empresa privada discutía el asunto en estos foros del sector. En Centroamérica había acuerdo al respecto, y era importante actuar en bloque dentro del comercio internacional.

Al mismo tiempo, los “socios comerciales” de los molinos, especialmente los productores de pasta, tenían la necesidad de que sus productos fueran aceptados por el mercado estadounidense, lo cual implicaba ajustarse a las normas de enriquecimiento vitamínico USBA establecidas por ese país. En ese sentido Molino 2 se encontraba, en 1997, ocupado en la actualización de las normas de fortificación para tener equivalencia con el mercado externo y responder a las presiones de la industria de pastas interesada.

“...estábamos en ese entonces tratando de que varios de nuestros usuarios grandes, de derivados de harinas, pudieran exportar sus productos a los Estados Unidos y así homologando las normas de enriquecimiento con los Estados Unidos logramos estar bastante actualizados con respecto a otros países y que estaban muy conocedores del efecto del ácido fólico como agente inhibidor de malformaciones genéticas. Por lo cual el proyecto fue del agrado de ... realmente de ambos molinos, del nuestro en particular y del otro molino, que están instalados en el país” (INF 19).

Desde la perspectiva del Molino 2, había un vacío en la regulación del Estado, “el complejo vitamínico que se le dosificaba a las harinas estaba sin regulación nacional” (INF 19), por lo que se buscaba en el exterior los parámetros a seguir. También

las necesidades específicas de los productores de alimentos derivados de la harina, no estaban contempladas en el decreto de 1958, ya que el decreto era específico para la harina de trigo y no se incluía la sémola de trigo, que constituye la materia prima de productos como la pasta. Es así como Molino 2 estaba “migrando voluntariamente a normas americanas” (INF 19).

A su vez, un factor importante fue el desarrollo tecnológico que se había dado en las industrias a nivel internacional para medir adecuadamente la dosificación de micronutrientes. Los laboratorios del país no estaban tan equipados para poder verificar la dosificación adecuada de micronutrientes. Y desde la perspectiva de Molinos 2, no se percibía al Ministerio de Salud como un “agente verificador” del cumplimiento de la norma. Es así como esta empresa se dio a la tarea de realizar experimentación química con yoduro de potasio para determinar la concentración de las partículas del ión hierro en las harinas. Esto le permitiría a la industria nacional prescindir de los envíos de muestras al exterior para su análisis. Como resultado de esto, las empresas invierten en tecnología (compra dosificadores volumétricos y gravimétricos) y contratan personal especializado en tecnología de alimentos. Este desarrollo permitiría un feliz encuentro con la iniciativa del gobierno.

Sin embargo, cabe resaltar que la imagen que tenía Molino 2 del gobierno difería de Molino 1 por la historia propia de cada empresa. La normativa de fortificación de la harina estaba presente desde la fundación de Molino 1 y los laboratorios del Ministerio de Salud se encargaban de aprobar la importación de la premezcla. El primer Director General de Molino 1 era químico de profesión y siempre había mantenido interés por la fortificación y una relación estrecha con el gobierno y en especial con el Ministerio de Salud. En el caso de Molino 2, al surgir en el marco de la apertura comercial, el gobierno se percibía como un obstáculo que imponía “controles obsoletos”, “no permitía el desarrollo del mercado como correspondía, imponiendo barreras al libre comercio”. No se percibía apoyo de los Ministerios, el Ministerio de Economía y Comercio (MEIC) era con quien más tenían contacto pero asumía un rol controlador de precios y no “promotor verdaderamente del desarrollo”. Se percibía que el interés del Estado era “mantener un control policiaco sobre un bien de

canasta básica que estaba erróneamente concebido”. En síntesis, la percepción del gobierno desde Molino 2 era “decepcionante” (INF19).

Desde esta perspectiva, la fortificación de la harina se asume como una tarea de la industria y desde ahí se establecen parámetros:

“... como no había norma, entonces era una dosificación que para efectos prácticos sí estaba presente y siempre estuvo presente pero no tenía ninguna normativa, ni ninguna estandarización, era más simbólica que real. Es por eso que por iniciativa de los molinos y a raíz de realmente un esfuerzo exportador combinado entre diferentes entes privados se da fuerza al proceso de fortificación de harinas regulado y entonces donde inclusive se cambian formulaciones, se busca ya complejos vitamínicos que protegen la vitaminas como ‘coatings’ para que soporten los secados a muy altas temperaturas y es donde realmente se logra empezar un proceso de competencia intensa entre los molinos, donde el beneficiado es directamente el consumidor” (INF19).

Dentro de este panorama se da el encuentro de empresarios con el equipo técnico y los políticos del Ministerio de Salud. Se puede afirmar que el convencimiento de los industriales frente a la propuesta del gobierno se basó en varios elementos:

- La estrategia del equipo técnico del Ministerio de Salud fue convincente al presentar la situación nutricional del país en forma fundamentada, las implicaciones en cuanto a problemas de salud en los grupos poblacionales de menores recursos y en mujeres embarazadas, y las bondades e impacto de la fortificación de la harina²⁸. En palabras de uno de los industriales: “El Ministerio planteó la necesidad y creó la sensibilidad ante el problema” (INF17).
- El costo era bajo y el beneficio grande. Desde el razonamiento de los industriales: “el costo era prácticamente despreciable, (...)

*por eso estuve tranquilísimo en todas esas reuniones”. (INF 18); “era hacer algo bueno a bajísimo costo (...) era una propuesta ganadora” (INF19).*²⁹

- Existía el decreto de 1958, aunque se consideraba obsoleto. Ambas empresas estaban fortificando la harina, la nueva propuesta solo implicaba cambios en la dosificación y agregar ácido fólico a la fórmula; sólo requerían el ajuste de los equipos y un cambio en la formula de la premezcla.
- La misma empresa privada ya había iniciado un esfuerzo exportador concertado ante el proceso de competencia intensa. Ambos molinos, a pesar de ser competencia, estaban en las mismas condiciones. Había que velar por mantener la asociación estratégica con los socios exportadores que requerían la aceptación de sus productos en el exterior.
- La fortificación coincidía con los requerimientos de mejoramiento de la calidad del producto, lo cual implicaba mayor competitividad y mejor aceptación en el mercado internacional. Agregarle ácido fólico a la harina era una forma de diferenciar el producto en el mercado. Les permitía a los industriales promover sus productos como innovadores y promotores de salud y bienestar social.
- Las experiencias anteriores de fortificación de alimentos y productos de consumo masivo que habían mostrado ser exitosas. En ello la experiencia de los salineros fue de gran peso, se presentaron en la negociación como aliados del equipo técnico mostrando el impacto positivo de la yotización y fluorización de la sal en la salud de la población. Además de indicar cómo la sal yodada y fluorada resultaba muy atractiva para el mercado exterior.
- Las experiencias en otros países con fortificación de la harina de trigo mostraban ser de impacto.

²⁸ Varios informantes entrevistados coinciden en manifestar con sorpresa y agrado como los molinos aceptaron la medida con facilidad, y destacan como la industria logra aliarse a una causa de salud pública: “había mucho convencimiento de que hay enfermedades que ellos pueden ayudar a prevenir” (INF12)..

²⁹ “En cuanto a costos, la fortificación impacta menos que un 0.5% en el precio de la harina al consumidor, eso era considerado relativamente de bajo costo y alto impacto”

En palabras de uno de los industriales:

“Creo que fue un buen caldo de cultivo para que el proceso no se viera obstaculizado de ninguna manera y caminará” (INF19).

Desde la perspectiva de los técnicos:

“... era algo que se estaba cayendo por su propio peso” (INF11).

Es claro en las entrevistas, que las argumentaciones desde la salud pública lograron calar en los industriales. Desde la perspectiva de Molino 1, la empresa se identificó con la necesidad de mejorar la salud de un grupo importante de la población:

“En ese sentido hubo voluntad de la empresa para hacerlo (...) Nunca se negó el apoyo por ser una cuestión de bien social” (INF17); “todos estábamos de acuerdo (...) había disposición por parte de las empresas” (INF17).

Algo que vale la pena destacar es como los industriales también identifican una forma de actuar que caracteriza a la industria nacional y la diferencia de otros países. Esto produce cierto orgullo frente a otras naciones y permite identificarse con valores propios en defensa de la salud pública del país. Se puede decir que la experiencia de las salineras era pionera y ya habían avanzado terreno en lo que más tarde se conocería como “responsabilidad social”. Al respecto las siguientes palabras de uno de los industriales:

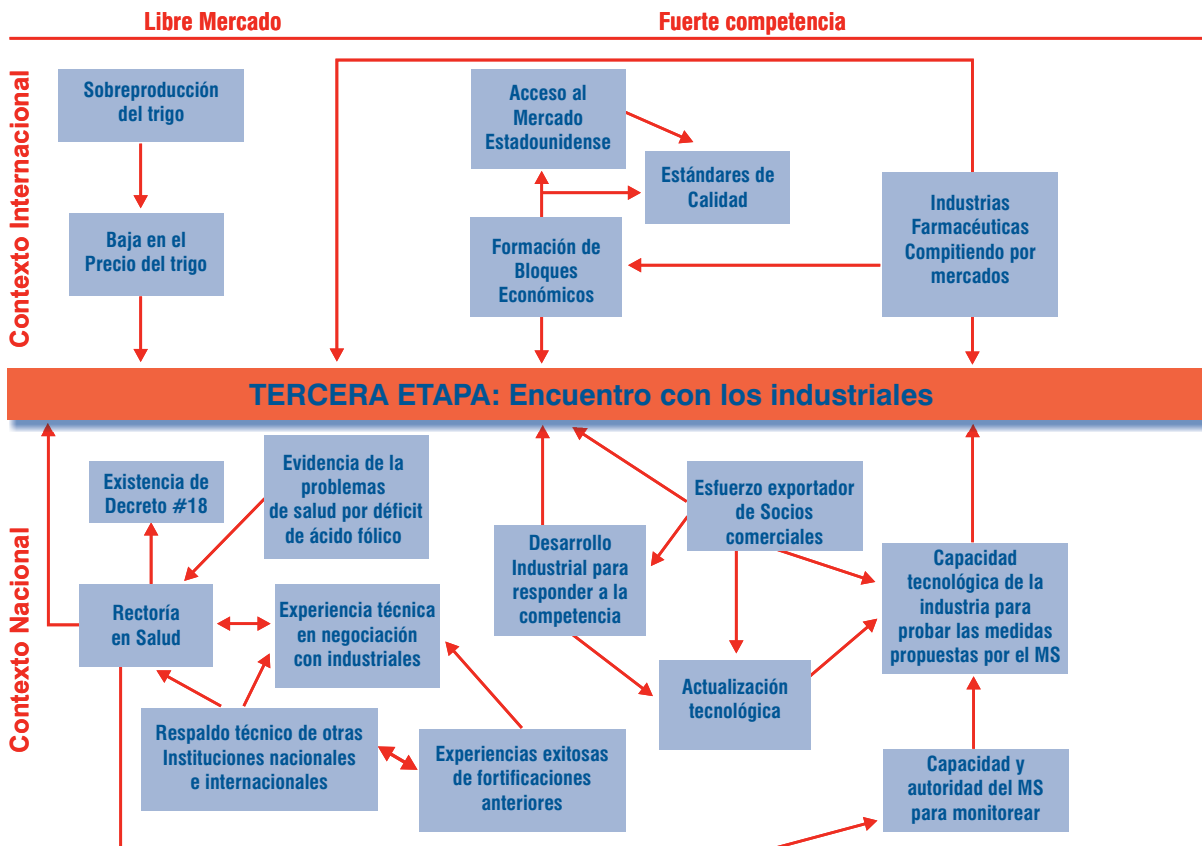
“... es una de las características que hemos tenido los costarricenses desde hace tiempo, estamos acostumbrados a ese tipo de cosas de carácter social y también es muy natural, (la) verdad es que en muchos países no es así desafortunadamente” (INF18).

Esta percepción es también corroborada por otra persona que participó en el proceso desde la parte técnica:

“...una industria muy identificada con los problemas de salud (...) y muy encantada cuando ya se le convence realmente de por qué está trabajando (...) Yo no digo que aquí es perfecto, pero sí hay mucha voluntad” (INF12).

En el Diagrama 3 se sintetiza la red de condiciones y factores que favorecieron la negociación de esta política.

Diagrama 3: Red de condiciones y factores que facilitaron la negociación de la política



Diseño de la política para su implementación

Ajustando los criterios a normar

Una vez acordada la fortificación, la tarea que se siguió fue de tipo técnico y tecnológico. En palabras de uno de los actores:

“Eso fue un período de investigación y conversaciones, de diálogo para ver si eso era factible” (INFI 5).

Fue un tiempo para poder resolver una serie de inquietudes que surgían en torno al proceso mismo de fortificación: posibles cambios organolépticos en la harina o en los productos alimentarios producidos con harina, estabilidad del hierro y el ácido fólico en altas temperaturas, homogeneidad de la mezcla,

dosificación diferenciada para la sémola y para la harina. Los molinos estaban “auto convencidos” de la necesidad de dosificar adecuadamente los micronutrientes en las harinas. Según señala INFI 9 había un “proceso de conciencia industrial privada” que buscaba garantizar que sus productos fueran seguros para la salud de sus consumidores sin necesidad de la imposición estatal.

En la etapa de negociación de la política, se hicieron presentes los Gerentes Generales o Financieros de las dos empresas y las autoridades de salud. En esta otra etapa, el equipo técnico del Ministerio de Salud va monitoreando el proceso, junto con la asesoría del INCAP, el INCIENSA (desde la parte tecnológica) y el MEIC, pero quienes asumen en forma central la tarea son las Gerencias de Calidad y Producción de las empresas al igual que la Industria Farmacéutica A, proveedora de la premezcla. En ese sentido, una de las informantes clave del Ministerio de Salud señala:

“Nosotros como instituciones públicas no tenemos todos los recursos para demostrar, por ejemplo ellos querían que les demostráramos que esa formulación no cambiaba las características organolépticas de la harina, nosotros no teníamos los recursos para hacerlo. Esa es una debilidad de la institución como tal, pero a la vez se vuelve una fortaleza porque ellos (los industriales) participan más y se apropian más del proceso. Porque ellos que si tienen los recursos si hicieron las pruebas, y se dieron cuenta que no hay problemas” (INF 11).

La Industria Farmacéutica A apoyó suministrando muestras para lograr la adecuación de la fórmula de la premezcla a las necesidades definidas por el Ministerio de Salud. Ellos demuestran que *“la propuesta del gobierno es técnicamente factible” (INF21)*, y dan información sobre costos en términos de equipos.

“... fuimos llamados a ayudar con la parte de aplicación tecnológica, nosotros también ayudamos con algunas informaciones con metodología analítica y ayudamos con muestras de producto y participamos en la venta eventualmente de ese producto para los molinos, cuando éramos competitivos en el mercado” (INF21).

Si bien los costos de la fortificación no se consideraron altos, la nueva medida implicaba hacer pruebas de mercado para comprobar si el producto no se vería afectado. Molino 2 proporcionó sus laboratorios para hacer las pruebas y la Industria Farmacéutica A proveyó la premezcla para que los industriales probaran la dosificación y observaran los resultados en el producto final. Se hicieron diferentes pruebas hasta llegar al complejo vitamínico deseado.

La participación de Industria Farmacéutica A no fue la única, se convocó Industria Farmacéutica B al inicio del proceso, sin embargo, no permanecieron en el proceso. El Ministerio de Salud ya había trabajado con la A en otras ocasiones y siempre se habían mostrado anuentes a asistir a las reuniones con los industriales, regalar las primeras muestras y trabajar a la par de Salud y de los Industriales hasta lograr el producto que se requería.

La Industria Farmacéutica A apoya en una serie de controles: en la formulación, en las pruebas

en condiciones reales, en cuanto a la estabilidad del ácido fólico a través de análisis químicos que demuestran la cantidad de micronutrientes que tiene el producto final y que estaría llegando a la población objetivo y la calidad dentro de la planta para garantizar la uniformidad de la pre-mezcla.

Muchas de las dudas y aspectos a considerar técnicamente, respondían a las inquietudes de los industriales de productos alimenticios derivados de la harina. Entre ellos la pérdida de los micronutrientes en el procesamiento de productos como la pasta que requieren altas temperaturas. La producción de pastas utiliza la sémola de trigo y requerían dosificaciones especiales de los micronutrientes para que no se perdieran durante el proceso de secado. Molino 2 solicitó que se bajara el nivel de hierro en la sémola, de acuerdo con los estándares de Estados Unidos para que la pasta no presentara puntos negros. El Ministerio de Salud estuvo de acuerdo.

Para garantizar la estabilidad de los micronutrientes, era necesario incorporar “coatings” que recubrieran algunas vitaminas para que las temperaturas altas no las volatilizaran. La Industria Farmacéutica había desarrollado la tecnología necesaria para garantizarlo.

Si bien los molineros eran los actores clave seleccionados por Ministerio de Salud para lograr su objetivo de fortificación, son los mismos molinos los que incorporan los intereses de productores de alimento. Esto enriquece la propuesta y el impacto de la política de fortificación, pues se logra hacer ajustes que permitan que los productos derivados de la harina realmente tuvieran la fortificación. Se hicieron pruebas de resistencia al calor en las fábricas de pan y galletas.

“...nosotros indirectamente pasamos la fortificación a otras empresas (...), les puedo asegurar que nadie se escapa de los beneficios de la fortificación” (INF18).

En este proceso se integró la Agrupación de Industrias Alimentaria y algunos empresarios exportadores participaron activamente en las pruebas. En los laboratorios de Molino 2 se dosificaban en las microdosis, verificaban que se estuviera dando la dosificación adecuada en el

producto terminado y luego se les daban muestras a cada uno de los actores para que constataran el cumplimiento de la norma en el producto terminado.

A diferencia de los molinos, la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria en un inicio mostró cierta resistencia a la propuesta del gobierno. Aquí pesaba mucho la imagen y las experiencias que se tenían con el gobierno y sus instituciones, especialmente desde la Junta Directiva de la agrupación. Había un ambiente de descreimiento y desvalorización del trabajo realizado por el Ministerio de Salud. Lo que se observaba en el incumplimiento de responsabilidades que debilitaban el mercado como por ejemplo la burocratización del proceso de inscripción de productos nuevos, la ausencia de regulación a la competencia desleal, poca vigilancia del etiquetado en productos importados y fechas de vencimiento. No se observaba un Estado protector de los consumidores ni de los productores locales, no se reconocía capacidad para asumir sus funciones reguladoras. Con ello se pensaba que el gobierno desconocía la realidad de la industria y que sus propuestas e intervenciones siempre desfavorecían la competitividad de las industrias. Esta agrupación estaba en ese momento dedicando sus esfuerzos a que las industrias alimentarias produjeran más y con mayor margen de ganancias. Es así como la propuesta de fortificación de la harina de trigo no se percibió como una ventaja para las empresas. *“Atender la solicitud del Dr X se salía del plan estratégico” (INF20).*

Las siguientes palabras sintetizan las primeras impresiones de esta agrupación:

“Mire aquí nos van a imponer algo, que tienen que cumplir las empresas, en donde el Estado no va a poner nada, donde se van a aumentar los costos, donde no sabemos cuál es la repercusión que eso va a tener”(…) “¿Por qué no fortifican el agua?, eso es un servicio público”(…) “No nos tienen por qué obligar a un grupo en particular o a un sector específico a aumentar parte de sus costos, entonces la primera visión no fue positiva” (INF20).

En esta posición predominaba la desconfianza, se preguntaban si existían otro tipo de intereses

ocultos, por ejemplo de la Industria Farmacéutica A por vender sus productos. Esta posición fue variando en la medida en que el equipo técnico mostraba evidencias y experiencias a nivel mundial. *“Ya todo ese tipo de trabajo empezó a calar un poco más” (INF20).*

Una vez convencidos, esta agrupación deseaba sacar alguna ventaja para sus agremiados, como la regulación de importaciones de galletas que no estuvieran fortificadas. *“queríamos ver si podíamos utilizar la excusa de la fortificación para tener una barrera comercial” (INF20).* Sin embargo, el Ministerio no accedió, las regulaciones solo iban a ser impuestas a las importaciones de harina de trigo. Finalmente la agrupación cedió y admitió la medida:

“...vimos que un montón de las ideas originales que se estaban manejando que tal vez íbamos con malicia indígena, que tal vez queríamos sacarle provecho a la fortificación, desde una perspectiva económica y comercial, no funcionaba así, entonces ya empezamos a ceder en ese aspecto y finalmente llegar al convencimiento de que no, la fortificación es importante, este es el resultado que se va a dar. Se aclararon los nublados del día” (INF20).

Para el Ministerio de Salud era esencial que la fortificación de la harina de trigo quedara enmarcada dentro de una política de salud pública. Por lo anterior en el proceso de la negociación no podía permitir que la fortificación se utilizara para promover un aumento en el consumo del alimento fortificado, porque eso traería nuevos problemas de salud a la población.

El rol de monitoreo asumido por el equipo técnico del Ministerio de Salud fue bien valorado por los empresarios y fue una buena experiencia para los mismos técnicos:

“... nunca sentimos que la orientación, por lo menos que le dio el Dr. X al proceso, fue hostil o impositiva, sino por el contrario fue concertada y de buscar en conjunto un esfuerzo que arrojara un resultado positivo sobre la reducción del problema del canal neural. (...) Se manejó muy bien la relación del Ministerio de Salud con la empresa privada, sin haber entrado en ningún

momento ni en polémica ni choque sino tratando de buscar lo que fuera aterrizado, fuera realista, fuera objetivamente necesario para que se diera el resultado deseado en la práctica”. (...) No hubo labor policiaca, hubo tremenda confianza en que cada quién estaba haciendo lo que le correspondía” (INF 19).

Desde el punto de vista del Dr. X:

“Nosotros tuvimos que revisar bibliografía (...) En varias ocasiones el gerente de Molino 2 nos mandaba las preguntas por correo electrónico, nosotros se las contestábamos, entonces fue un diálogo muy rico desde el punto de vista técnico”. “...nunca el Ministerio ha entrado en pleito ni verbal ni escrito con la industria, sino que siempre en el caso de fortificación han sido notificaciones muy técnicas, se ha mantenido la cordura en ese sentido” (INF01).

Se puede decir que el tipo de relación que estableció el equipo técnico con los industriales marcó una experiencia diferente para estos últimos con entidades del gobierno. Lo que logra romper con actitudes defensivas, de oposición e incluso por parte del equipo técnico de burocratización del proceso. De ahí que se mencione en varias entrevistas que el proceso fue muy fluido.

“Fue la confianza lo que permitió que el proyecto fluyera de una forma expedita” (INF19).

La redacción del decreto

Desde la perspectiva de los industriales hubo gran transparencia en el proceso, siempre se informó a lo largo del mismo, *“todos estábamos muy enterados” (INF18)*. Los diferentes actores tuvieron acceso a revisar los borradores del decreto y con ellos se fueron comprometiendo para cumplirlo. Por ello cuando sale la norma ya los industriales estaban preparados para implementarla.

“...aquí suceden cosas inéditas (...) a mí me pareció siempre muy bien la política del gobierno y el Ministerio de Salud en esto (...), se solventaban los problemas en un tiempo razonable y con costos razonable (...) estaba muy contento con este tipo de cosas. (...) a mí me parece que todo esto se hizo muy bien, con un procedimiento de

información, de capacitación a los que estábamos con la responsabilidad de que esto se hiciera y todos estuvimos de acuerdo” (INF18).

Desde la perspectiva de una asesora internacional que participó:

“Todo fue muy concertado... Cuando el decreto se hizo, los industriales ya estaban fortificando. Ellos no esperaron a que estuviera todo listo para decir ahora si (...) cuando las cosas son bien hechas, y es como muy lógico, como que cae por su propio peso” (INF15).

Desde el punto de vista de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud

“el expediente fue muy transparente, no se observa presión de algún actor ni oposición” (INF10).

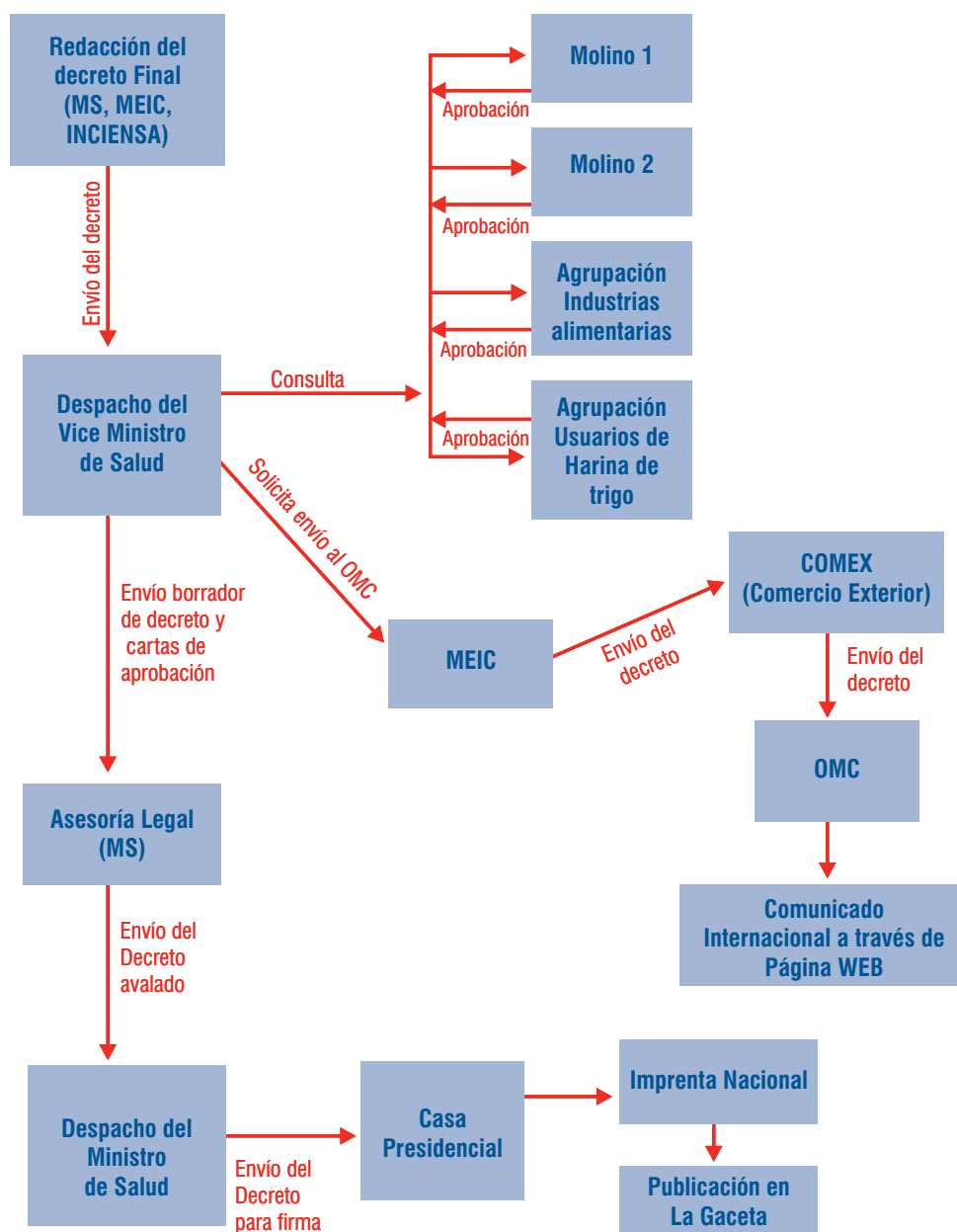
Mirando retrospectivamente, el Ministro de Salud de la época reflexiona:

“...para echar a andar un tren lo primero que hay que hacer es arrancarlo y para arrancarlo hay que tener el combustible, así que todos hicimos el equipo y como la decisión podía tomarla solo yo como cabeza del grupo, pues la tomé y sacamos el decreto correspondiente” (INF04).

El Ministro de Salud contaba con la credibilidad y apoyo del Presidente de la República. En el caso del presidente había una gran identificación con la causa de salud, se hacía presente en actividades del sector y daba con frecuencia opiniones al respecto.

La redacción del decreto lo realizó una de las integrantes del equipo técnico del Ministerio de Salud con el apoyo de la representante del MEIC en la revisión de la estructura del decreto y la especificación de los procedimientos a seguir para darle trámite. Se utilizó decretos de Guatemala como ejemplo, ya que esta nación ya había modificado la fortificación de harina de trigo. También la participación de esta técnica en Talleres centroamericanos sobre fortificación de alimentos le había dado elementos para redactar el decreto. El proceso seguido con el decreto se grafica en el diagrama 4.

Diagrama 4: Aprobación de la Política

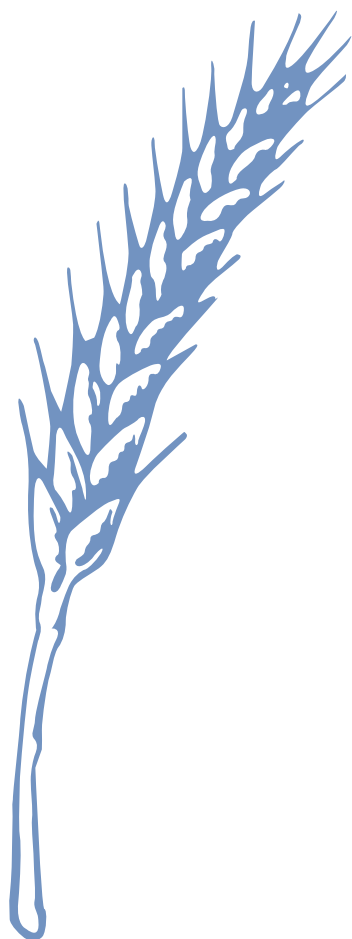


El Decreto Ejecutivo N° 26371-S deroga el Decreto N° 18 y establece un Reglamento para el enriquecimiento de la harina de trigo de calidad alimentaria. Este reglamento impone el enriquecimiento de la harina de trigo con hierro y ácido fólico y su reconstitución con tiamina, riboflavina y niacina. Con respecto al Decreto N° 18 la diferencia consiste en un aumento de la dosificación de estos micronutrientes, la eliminación de calcio y la introducción de ácido fólico, como se observa en el Cuadro 1.

Cuadro I: Niveles de Enriquecimiento según Decreto

Nutrientes	Decreto N° 18 (1958)		Decreto N° 26371-S (1997)	
	Mínimo (mg/kg)	Máximo (mg/kg)	Harina de trigo (mg/kg)	Sémola de trigo (mg/kg)
Tiamina	4,4	5,5	6,0	6,0
Riboflavina	2,6	3,3	4,0	4,0
Niacina	35,2	44,0	55,0	55,0
Hierro (elemental)	28,7	36,4	60,0	60,0 (mínimo)
Calcio (ion)	1,100.0	1,377.8	—	—
Acido Fólico	—	—	1,5	1,5

Este decreto aplica para la harina y sémola de trigo para el consumo interno, sea este de procedencia local o del exterior. El decreto implicó actualizar equipos para la industria, específicamente para Molino I que debió adquirir dosificadores nuevos que cumplieran con la norma.



VII. CONCLUSIONES

La formulación, negociación y aprobación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico fue posible gracias a la conjunción de varias condiciones favorables y a la contribución de varios actores. Vale destacar cómo un pequeño grupo de técnicos logra establecer alianzas y movilizar actores para la consecución de un fin. Logran aprovechar coyunturas favorables, crear un ambiente de confianza, participación y consenso. Lo logran con sustento científico, evidencias de éxito en otros países y experiencias nacionales exitosas también. Este pequeño grupo técnico se sustenta en un bagaje histórico construido por décadas por el Ministerio de Salud. Lo que da credibilidad a su accionar y le permite liderar exitosamente el proceso. En el Anexo 4 se sintetizan las intenciones, capacidades, necesidades, alianzas y conflictos de los diferentes actores sociales que se lograron reunir para la formulación de esta política.

En el Diagrama 5 se grafica el grado de involucramiento de los diferentes actores en el proceso de formulación de la política. El diagrama se organiza en círculos concéntricos, en el centro se ubican aquellos actores más implicados en el proceso y en la periferia los que apoyaron el proceso pero en forma más marginal. Los actores que se presentan en círculos de color verde indican una participación activa para lograr un resultado positivo en la formulación de la política. Aquellos que se presentan en círculos sin color participaron formalmente en el trámite de la política, no así en su formulación. Y el actor que se presenta en color rojo se opuso inicialmente al proceso aunque más tarde logro convencerse a favor de la iniciativa. El tamaño de los círculos también indica el grado de importancia de los actores en la negociación.

Una de las autoridades en Salud, ante la pregunta de a quién atribuirle el logro de esta política indica:

“Esto es una cuestión que fue posible gracias a un trabajo en equipo (...) si yo tengo que atribuirle a alguien diría que el Ministerio, un ministerio rector que tomó el liderazgo, tanto del componente técnico como político. Esas decisiones no habrían sido posibles sin el gran aporte técnico de los funcionarios responsables del área de vigilancia nutricional, con todo el trabajo de acopio de

información, investigación y análisis. Realmente es un éxito del Ministerio (...) fue una medida más que todo de salud pública” (INF05).

Desde la perspectiva de otra informante del sector público:

“... yo digo que la cabeza fueron ellos (equipo técnico) y por detrás tuvieron buena maquinaria que los apoyó” (INF13).

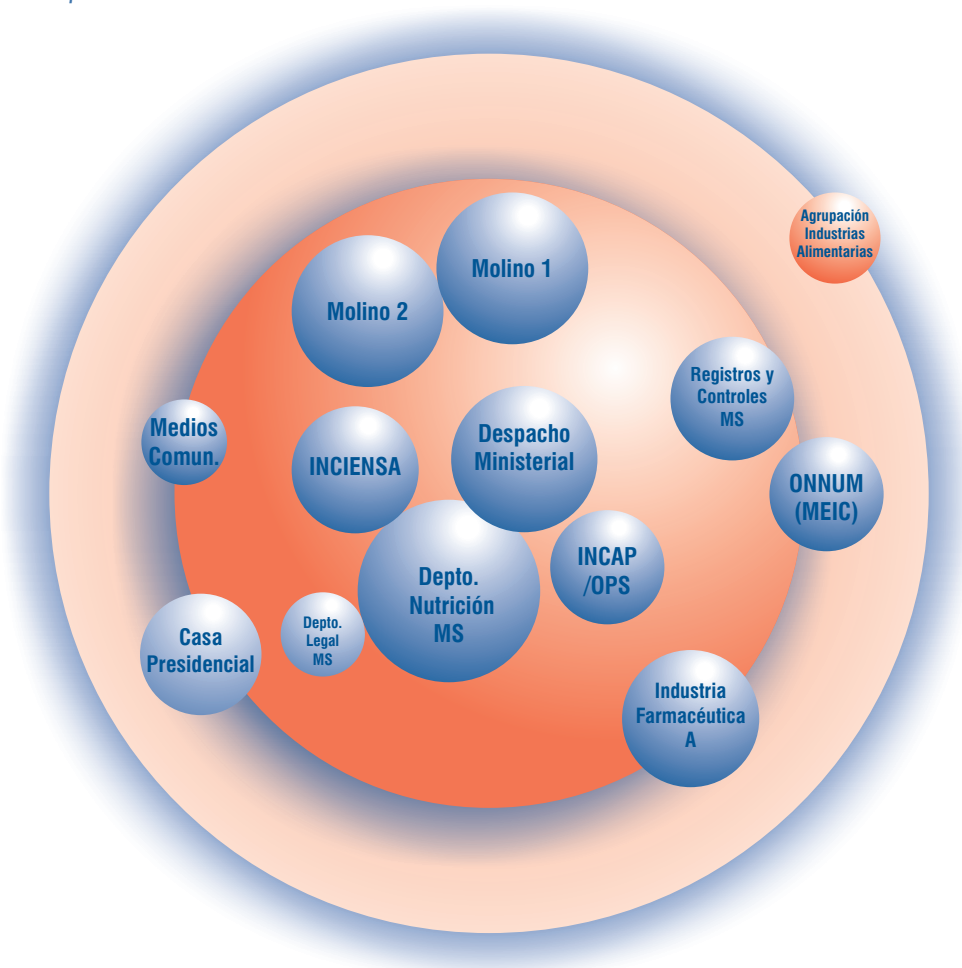
Desde la perspectiva de los industriales:

“la coordinación del Ministerio de Salud permitió llegar a acuerdos entre nosotros y la competencia. (...) Se dio la coordinación adecuada con la industria” (INF17).

Diagrama 5: Participación de los actores en la formulación de la política

Si bien Molino 1 había estado históricamente involucrado en la fortificación de la harina, su actitud había sido de acatamiento a la normativa dictada, en esta oportunidad por primera vez se da una participación en la elaboración misma de la política. Esto marca una diferencia importante. En palabras de uno de los informantes: “esa fue la primera vez que la empresa se acercó a un proceso de política en salud” (INF17).

Es aquí donde se observa una nueva forma de hacer política, en la cual el equipo técnico logra crear las condiciones para una interacción diferente entre sector público y privado. Ya no es posible partir de políticas impositivas ni reguladoras del comercio como en décadas anteriores era posible plantearse desde el Estado, por lo que se hace indispensable procesos de concertación y convencimiento de todas las partes involucradas para la construcción conjunta de una política.



En esto, el equipo técnico que lidera el proceso, se adelanta a lo que más tarde se conceptualizará como “responsabilidad social”, donde se busca que los empresarios transformen su visión de responsabilidad basada únicamente en el pago de impuestos, para que además asuman un compromiso mayor con la sociedad y se involucren activamente en el diseño e implementación de algunas políticas.

Es claro que una medida sanitaria como la fortificación de alimentos sería imposible pensarla sin el proceso de industrialización en la producción de alimentos y el desarrollo tecnológico industrial. De ahí que la fortificación requiere del compromiso del sector empresarial y su voluntad para darle seguimiento riguroso al cumplimiento de las normas.

Desde la perspectiva de una asesora internacional, el equipo técnico logró desarrollar un expertise muy valorado en el campo:

“... el arte de negociar no lo tienen todos, aquí (fortificación) es mucho negociación” (INF15).

En esto, el equipo técnico también logra incorporar y poner en práctica la noción de “abogacía”.

“...yo recuerdo que ellos (equipo técnico) empezaron a incorporar algunos conceptos muy interesantes como el tema de la abogacía, por ejemplo. La abogacía es una cosa muy práctica y que cobra sentido si uno tiene una claridad estratégica de que es lo que quiere hacer, entonces abogar significa sensibilizar a un grupo de gente como los empresarios que tienen poder económico, significa sensibilizar a ciertos sectores de la estructura del Estado que son los que finalmente se encargan de formar el decreto” (INF16).

Un elemento fundamental que permite orientar la tarea de abogacía es también el enfoque de derechos, en el cual el derecho a la salud es pivote del accionar en salud. Esto se complementa con el de responsabilidad social, ambos debían traducirse en prácticas institucionales y sociales que en esta experiencia de fortificación se lograron concretar.

Sin embargo, es importante destacar como en el proceso de formulación, negociación y aprobación de la política, los grandes ausentes fueron los beneficiarios de la política. No se hicieron consultas a las comunidades ni a grupos específicos que representaran a la población, sólo se les informó una vez redactado el decreto a través de una conferencia de prensa (el día 27 de mayo 1997). En ello primó el Principio de Beneficencia, el Ministerio de Salud tomó la decisión sin consultar a la población ya que se consideró que la medida no iba a hacer daño y que la gente depositaba su confianza en el Ministerio de Salud para tomar dichas decisiones por ellos. Esto se observa claramente en palabras de las autoridades de salud:

“... porque lo decía el Ministerio de Salud, que iba a hacer muy bien, porque gozamos de una aprobación casi tácita de todas estas medidas que tomamos” (INF04).

Desde la perspectiva de las autoridades en salud, se partió de “un beneficio probado” donde no existían consecuencias negativas, por lo que se consideró que lo importante con la población era informarla y no convencerla. También se partió de una visión de eficacia gerencial: “la viabilidad en este tipo de intervenciones requiere de buscar actores clave para evitar el desgaste”.

Sin embargo, en esta decisión se desestima el enfoque de derechos humanos en su más amplia concepción, donde la exigibilidad del derecho debe ser facultada y velada por el Estado. De ahí la importancia de generar condiciones para crear en la población una verdadera vigilancia ciudadana, que permita operar como vigilancia política que se puede convertir en aliada del gobierno en el seguimiento y vigilancia técnica del proceso de fortificación. Esto, tal como indica INF 16, “genera tejido social”. Una explicación para ello es las características sociales y políticas del país: “tenemos un Estado social muy desarrollado(...) tenemos una visión muy estatizada” (INF16).

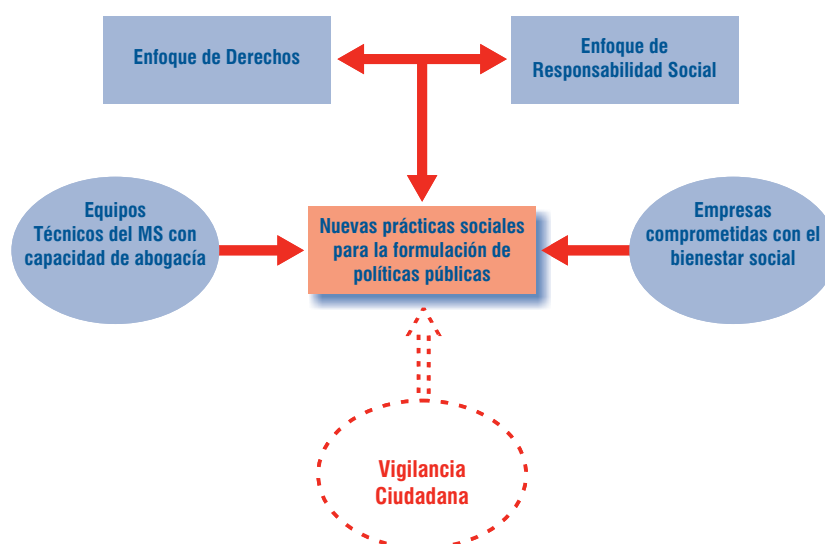
Estas características pueden ser positivas, sin embargo, en la medida en que el Estado costarricense siga las exigencias del libre mercado y la tendencia a establecerse el Estado Mínimo, existe un alto riesgo de que la población quede descubierta de medidas de protección. Ya que no cuenta con la experiencia ni la capacidad

organizativa para defender sus derechos que ha delegado al Estado Social por muchos años.

El Diagrama 6 permite graficar lo que debería ser la articulación del enfoque de derechos con el de responsabilidad social para la creación de nuevas prácticas en la formulación de políticas públicas.

con las redes, pero tienen que estar muy claro que quienes desarrollan las iniciativas son las instituciones gubernamentales o las instituciones sociales. Los organismos de cooperación son órganos de facilitación para que se generen esas capacidades institucionales, ya sea en el campo legal, en el campo programático, en el campo incluso de la abogacía” (INFI 6).

Diagrama 6: Articulación de enfoques con nuevas prácticas para la formulación de políticas públicas



A su vez, las reuniones internacionales promovidas por organismos internacionales, en las cuales participan tanto los gobiernos como las

A su vez, el apoyo de organismos de cooperación internacional mostró su indudable aporte como facilitadores en este proceso. En especial el INCAP en su función de facilitar el flujo de información y conocimientos y asistencia técnica, contribuye al aprendizaje técnico y político en el país y en la región. El expertise se logra a su vez por el fortalecimiento de capacidad técnica promovida desde el INCAP, con una visión regional de formar cuadros técnicos, generar intercambio de experiencias y brindar su asesoría. A la vez, INCAP logra contar con una instancia decisoria y de compromiso y responsabilidad asumida desde las máximas autoridades en salud de cada país.

empresas privadas, sirvieron para el intercambio de experiencias, que estimula el desarrollo de tecnologías y el aprendizaje recíproco.

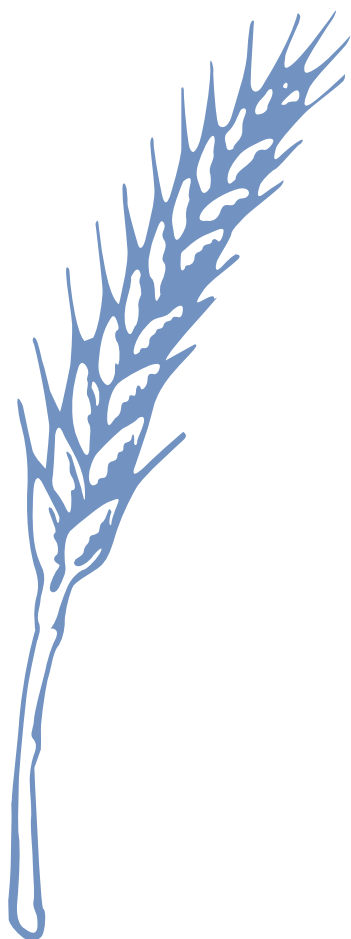
Cabe destacar las palabras de un funcionario de organismo internacional entrevistado:

Desde la perspectiva de un funcionario de organismo internacional:

“...el organismo de cooperación que sustituye a las instituciones gubernamentales yo creo que está haciendo un daño a los Estados Nacionales, no está generando capacidad institucional. Yo creo que hay que aportar en esto en abogacía política, retroalimentarlos conceptualmente, conectarlos

“Cada uno de los países muestra su experiencia, sus desarrollos tecnológicos, sus lecciones aprendidas y también sus problemas u obstáculos y por ende eso hace que otras naciones aprendan de la experiencia que tienen otros países; entonces eso va permitiendo, uniformando, estandarizando las políticas de salud en la región, ayuda a construir ciertos estándares internacionales y permite que fluya el conocimiento y la información” (INFI 6).

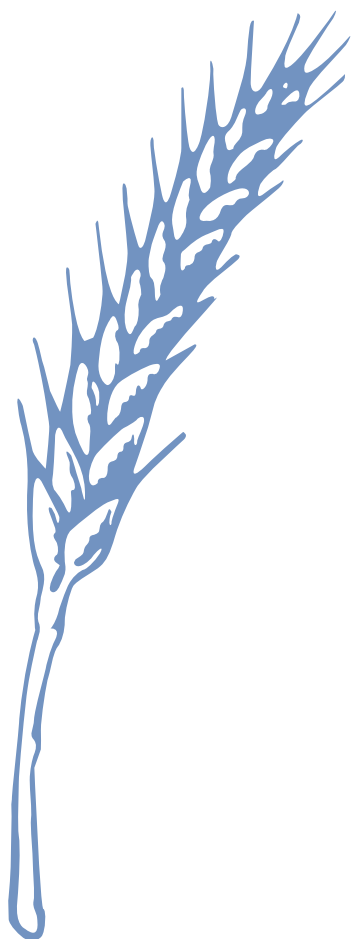
De esta experiencia particular de formulación, negociación y aprobación de una política, podemos sacar lecciones aprendidas que contribuyan a los objetivos del Observatorio de Políticas en ENT en nuestro país y el resto de la región.



VIII. LECCIONES APRENDIDAS

- Las iniciativas de fortificación de alimentos si bien surgen para reducir la incidencia o prevalencia de un problema de salud, como medidas de salud no deben abandonarse cuando ya no se presentan los problemas a los cuales se busco dar respuesta. Pues la experiencia demuestra que pueden resurgir los problemas de salud al discontinuar la medida sanitaria. Esto constituye una lección aprendida para la vigilancia epidemiológica y se hace necesario contemplar la sostenibilidad de una medida a través del tiempo.
- Tal como lo refleja el caso analizado, contar con evidencia sobre un problema de salud es un requisito indispensable para la formulación de políticas. Pues permite convencer a los diferentes actores que deben involucrarse en el proceso, les da sustento y posibilita medir los beneficios e impacto de la política a través del tiempo.
- Relacionado con el punto anterior, es una debilidad la ausencia de inversión en estudios epidemiológicos, por pensar que no es prioridad o es un lujo. Es indispensable la asignación de recursos permanentes para investigaciones epidemiológicas que permitan tener información actualizada para retroalimentar a los tomadores de decisiones en salud.
- El papel de la Rectoría en Salud se fortalece con iniciativas como la aquí estudiada, al lograr demostrar su capacidad de convocatoria de diferentes instituciones y ordenar las acciones optimizando los resultados a favor de la salud pública.
- La alianza entre técnicos y políticos demuestra ser fundamental en la formulación de políticas públicas. Los técnicos aportan su conocimiento de la realidad y experiencia, mientras los políticos posibilitan la articulación de los diferentes actores sociales y así dar respaldo a las recomendaciones técnicas.
- La alianza entre el sector público y el privado demuestra tener un gran potencial en la solución de problemas de salud. Por ello el sector publico debe apostar a lograr el compromiso e involucramiento de la empresa privada en el bienestar social.

- La formulación de una política pública exitosa depende de un verdadero trabajo en equipo. El proceso de formulación de políticas no lo asume una sola institución. Requiere de la convergencia y participación de diferentes instituciones.
- Fragmentar las responsabilidades de la ejecución de una política entre muchos actores sociales, tanto públicos como privados, muestra ser más exitoso que la asignación a un solo actor, pues el poder de oposición es mayor cuando se concentra en pocos actores.
- La claridad en cuanto a que le corresponde hacer a cada actor facilita el proceso de formulación de la política. A su vez la transparencia en cuanto a la intencionalidad de la política permite disminuir las dudas y desconfianza que surge ante las nuevas propuestas de políticas.
- El discurso técnico sustentado en evidencia científica y comunicación asertiva le da congruencia y peso frente al sector privado.



IX. BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

Agencia de Salud Pública de Canadá y Organización Panamericana de la Salud (2005) Proyecto de Informe de la Metodología. Centro Colaborador de la OMS para las Políticas de ENT, 18 de marzo.

Ayala, J. (1997). Economía Pública. Una guía para entender al Estado. Facultad de Economía, UNAM. México.

Castro, C. (1997). Yodización de la sal: la experiencia de Costa Rica en la reducción del bocio endémico. Serie Monitoreo y Evaluación # 4, UNICEF, San José, Costa Rica

Clottey, C. (2005). Marco y metodología para analizar iniciativas integradas de políticas sobre enfermedades crónicas. Anteproyecto 2. Centro Colaborador de la OMS sobre Políticas relativas a las Enfermedades Crónicas, Agencia de Salud Pública de Canadá. 28 de septiembre.

Declaración de La Paz (1996) 6ta. Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas. Bolivia.

FAO (1992). Conferencia Internacional sobre Nutrición: Una reafirmación del compromiso de la de mejorar la nutrición. Roma.

FAO (1996). Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma, Italia. 13-17 de noviembre.

Gobierno de Costa Rica (1997). Plan de Seguridad Alimentaria Nutricional de Costa Rica 1997-2001. Secretaría de la Política Nacional de alimentación y Nutrición. San José, Costa Rica.

Güendel, L. (1997). La Reforma de las Políticas de Salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento. En Costa Rica: Las políticas de salud en el umbral de la reforma. Serie de Políticas Sociales UNICEF. San José, Costa Rica. Pág 67-127.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2001). IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda. Resultados Generales. San José, Costa Rica.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2005). Estadísticas de Población. San José, Costa Rica.
- Maignón, T. (1992). Las políticas sociales. Discusión Teórica, Conceptual y Metodológica. OPS/OMS, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie de Informes Técnicos N° 4. Washington, USA.
- Martín-Baró, I. (1989). Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica (III), UCA Editores. San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud (1996). Informe Anual 1995. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (1997). Análisis del Estado Nutricional de la Población Costarricense 1995-1996. Departamento de Nutrición y Atención Integral, Sección de Vigilancia Nutricional. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (1999). Política Nacional de Salud 1998 – 2002. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2000). Programa CARMEN. Módulo I: Una guía educativa para reducir cuatro factores de riesgo de la enfermedades no transmisibles. Dirección de Desarrollo de la Salud. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2002). Análisis Sectorial de Salud Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2002). Metodología para desarrollar la Política Nacional de Salud 2002 – 2006. Dirección de Desarrollo de la Salud. Mimeógrafo. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2004). Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 2004-2008. SEPAN. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2005). Memoria Institucional. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Organización Panamericana de la Salud (2005). Protocolo del Estudio de caso: Formulación de la Política de Fortificación de Harina de Trigo con Ácido Fólico. Observatorio de Políticas de Enfermedades no Transmisibles. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (1996). Encuesta Nacional de Nutrición. Fascículo 2: Micronutrientes. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (1997). Encuesta Nacional de Nutrición 1996. Fascículo 1: Antropometría. Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Ciencia y Tecnología, Universidad de Costa Rica (2004). Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. Correspondencia de 1995-1997 de Sección de Vigilancia Nutricional, Departamento de Nutrición.
- Miranda, G. (1997). Crisis y perspectivas del sector salud hacia el siglo XXI: la reforma del sector salud. En Costa Rica: Las políticas de salud en el umbral de la reforma. Serie de Políticas Sociales UNICEF. San José, Costa Rica. Pág 129-170.
- Morice, A. (1998). Análisis de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. INCIENSA. Tres Ríos, Costa Rica.
- OMS/OPS (Sfe). Cien años de salud - Costa Rica Siglo XX. Capítulo 8. Alimentación y nutrición.
- OPS (1975). Formulación de políticas de salud. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la OPS. Serie 7. Washington, USA.

OPS (1997). Protocolo y directrices. Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles. Programa de intervención integrada de alcance nacional en enfermedades no transmisibles (CARMEN/CINDI).

OPS y Agencia de Salud Pública de Canadá (2005). Observatorio de Políticas de las Enfermedades No Transmisibles de CARMEN: Componente del estudio de caso, fase I. Centro Colaborador de la OMS para Políticas de Enfermedades no Transmisibles. Informe Metodológico. Washington, DC.

OPS/OMS (Sfe). La prevención de los defectos del tubo neural con ácido fólico. Centro de Control y Prevención de las Enfermedades.

Oszlack, O y O Donnell, G. (1974). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Documento CEDES/G.E.CLACSO/ 4. Buenos Aires, Argentina.

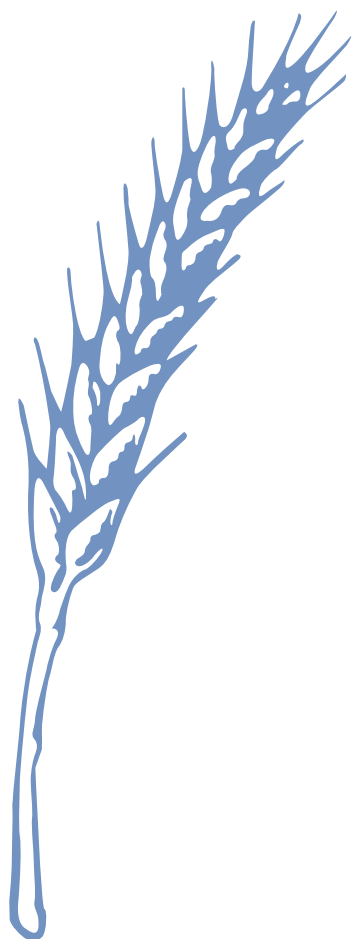
Proyecto Estado de la Nación (1997). Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: un análisis amplio y objetivo de la Costa Rica que tenemos a partir de indicadores más actuales. San José, Costa Rica.

Purcallas, D. (1979). Transformación estratégica en Recursos Humanos en Salud. PASCAP. OPS/OMS.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Edit. Universidad de Antioquia. Colombia.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1998). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ediciones Paidós Ibérica. Buenos Aires, Argentina.

Villasuso, J. (1998). Política económica y social en tiempos de la transformación estructural. En Política social y descentralización en Costa Rica. Serie de Políticas Sociales UNICEF. San José, Costa Rica.



X. ANEXOS

Anexo I: Guía para la revisión y análisis documental y entrevista a profundidad

Concepto Fundamental	Aspectos clave	Preguntas clave
1. Contexto	- Situación política, social y económica en Costa Rica al momento de formularse la política - Influencia del contexto nacional e internacional en el momento de la formulación de la política - Población específica beneficiaria de la acción de la política	¿Qué estaba ocurriendo a nivel nacional e internacional en el campo político, económico y social que pudo haber influido en la formulación de una política de fortificación de la harina con ácido fólico? ¿Cuáles eran las prioridades de salud en el momento que surge la iniciativa de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico? ¿Cuáles fueron los factores que permitieron poner en agenda el tema de la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico? ¿Cuál era la población que se deseaba favorecer con la fortificación de harina con ácido fólico?
2. Ideas	- Manejo de la información en la determinación del problema de la deficiencia de folatos en la población y la definición de políticas. - Información existente, quienes la presentan y a quienes se les presentó	¿Qué información y/o experiencia existía en el país en cuanto a la fortificación de alimentos antes de que surgiera la propuesta de fortificar la harina de trigo con ácido fólico? ¿Quiénes tenían conocimiento sobre la fortificación de alimentos con ácido fólico? ¿Qué información manejaban al respecto? ¿Cuáles fueron las fuentes de información que permitieron visibilizar el problema nutricional de deficiencia de folatos como un problema de salud pública? ¿Existían diferentes ideas, valores y estrategias relativos al cómo enfrentar estos problemas nutricionales? ¿Cuáles eran y quienes las defendían? ¿Cuál fue la estrategia informativa utilizada para la formulación de la política? ¿Quiénes y cómo la promovieron ante las autoridades de salud y otros sectores involucrados?

Concepto Fundamental	Aspectos clave	Preguntas clave
3. Intereses y conflictos estratégicos	• Individuos, grupos, organizaciones e instituciones que participaron en la formulación de la política • Elementos facilitadores u obstaculizadores para la formulación y aprobación de la política • Aportes de estos de estos grupos • Grupos que lideran la formulación y aprobación de la política • Proceso de interacción entre las diferentes instituciones u organizaciones durante la formulación y aprobación de la política	10. ¿Cuáles personas, instituciones u organizaciones fueron identificadas como actores clave para la formulación y aprobación de la política de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico? 11. ¿Quiénes lideraron el proceso de formulación y aprobación de esta política? 12. ¿Cuáles fueron los aspectos que facilitaron u obstaculizaron la formulación y aprobación de esta política? 13. ¿Qué intereses y conflictos estaban presentes en la formulación y aprobación de esta política?
4. Instituciones	• Experiencia de las instituciones u organizaciones en políticas públicas para la fortificación de alimentos • Estrategias de las instituciones u organizaciones para priorizar la necesidades de Salud en la población meta • Mecanismos de participación de esas instituciones u organizaciones en la formulación y aprobación de políticas • Proceso y estructura formal de toma de decisiones al interno de las instituciones u organizaciones	14. ¿Qué experiencia tenían las instituciones y organizaciones involucradas en cuanto a fortificación de alimentos con micronutrientes? 15. ¿Qué mecanismos institucionales facilitaron u obstaculizaron el proceso de formulación y aprobación de la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico? 16. ¿En que medida la misión de cada institución u organización involucrada facilitó u obstaculizó la formulación y aprobación de la política de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico? 17. ¿Cuál es el proceso y estructura formal de toma de decisiones referentes a políticas públicas al interior de las instituciones y organizaciones involucradas? 18. ¿Cuáles fueron las estrategias utilizadas por quienes lideraban el proceso para acceder a las estructuras formales de toma de decisiones en el nivel institucional y organizacional e influir en la aprobación de esta política?

Concepto Fundamental	Aspectos clave	Preguntas clave
5. Instrumentos de Política	• Opciones de política consideradas • Política escogida y criterios para su selección • Política y legislación existente al momento de la formulación • Recursos de política disponibles al momento de la formulación	19. ¿Cuáles eran las opciones que existían para formular una política que diera respuesta a la deficiencia de folatos en la población? 20. ¿Por qué se eligió la fortificación de harina de trigo con ácido fólico como la mejor opción para enfrentar este problema nutricional? 21. ¿Con qué instrumentos legales contaba el Ministerio de Salud para la formulación y aprobación de una política de fortificación de la harina de trigo con ácido fólico? 22. ¿Qué otros recursos utilizaron las instituciones y organizaciones para formular y aprobar esta política?
6. Plan de acción de la política	• Existencia de un Plan de Acción • Momentos del Plan de acción • Actores involucrados en la elaboración del Plan de acción • Elementos facilitadores u obstaculizadores del Plan de acción	23. ¿Existe un Plan de Acción para la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico? 24. ¿Qué momentos se identifican en la formulación del Plan de Acción? 25. ¿Quiénes fueron involucrados en la elaboración de ese Plan de Acción? 26. ¿Cuáles instituciones y organizaciones están involucradas en ese Plan de Acción y cuáles son las responsabilidades asignadas a cada sector? 27. ¿Qué elementos facilitaron u obstaculizaron el proceso de formulación del Plan de Acción? 28. ¿Qué tanto responde este Plan de Acción a lo que se deseaba alcanzar al inicio del proceso de formulación de la política?

Anexo 2: Carta para informantes clave

FECHA: _____

TÍTULO DEL ESTUDIO: Formulación de la Política de Fortificación de Harina de Trigo con Ácido Fólico
— Caso COSTA RICA

Estimado (a) _____ (informante clave):

Como parte de un Proyecto Inter-países, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, le solicitamos su anuencia para participar en una investigación que pretende analizar y comparar el proceso de formulación y aprobación de Políticas Públicas en tres países: Canadá, Brasil y Costa Rica.

El estudio de caso para Costa Rica, se basa en el análisis del **“Proceso de formulación de la Política de Fortificación de Harina de Trigo con Ácido Fólico”** y el objetivo del mismo es analizar la formulación, negociación y aprobación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico, a fin de generar evidencia científica para la formulación de políticas públicas en salud.

En este estudio participan todas aquellas personas que después de una amplia investigación relaciona con el tema de fortificación de la harina de trigo se identificaron como **“informantes clave”** por su participación activa, conocimiento, experiencia y trabajo con el tema de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico en el país; por lo que sus aportes para reconstruir el proceso son realmente importantes para este estudio.

Si usted acepta colaborar le solicitamos un espacio de tiempo para entrevistarle con el propósito de conocer su perspectiva como actor involucrado en el proceso de formulación y aprobación de la política.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 90 minutos a la hora y en el lugar a convenir. Por las características del estudio puede suscitarse más de un encuentro con el fin de lograr el objetivo de la entrevista. Las entrevistas serán realizadas por dos investigadores capacitados; uno la conducirá y otro tomará notas en el transcurso de la misma. Las entrevistas serán grabadas en un audio-cassette, previo a su consentimiento, dado que este tipo de estrategia permite a los investigadores recuperar el máximo de su aporte, pero su usted considera que alguna de sus aportaciones no sea registrada en el audio puede comunicarlo a los entrevistadores; luego las entrevistas serán transcritas por personas capacitadas para ello. Una vez hechas las transcripciones, se le solicitará a usted que las revise para asegurarnos de que el documento refleje su aporte y usted podrá corregir o agregar la información que considere pertinente.

La información que suministre, así como sus datos personales son confidenciales. Una vez transcrita la conversación y revisada por usted, el contenido en las cintas de audio será borrado y en las transcripciones no se identificará su nombre sino que un código.

Los resultados del análisis de las entrevistas serán comparados con los otros estudios conducidos en Brasil y Canadá y podrán ser divulgados y publicados en informes o documentos científicos en el ámbito nacional e internacional.

La participación en este estudio no implica ningún costo para usted; asimismo no se han identificado potenciales riesgos o beneficios por su participación en este estudio; sin embargo, es claro que su aporte es muy valioso para el desarrollo de la salud pública del país.

Su participación es voluntaria y usted tiene el derecho de no participar o de retirarse del mismo en el momento que lo desee. Igualmente, usted tendrá acceso a los resultados finales de la investigación.

Si desea obtener más información del estudio, por favor comuníquese con la coordinadora del mismo a los teléfonos que aparecen abajo.

De antemano, muchas gracias por su colaboración,

Atentamente,

Coordinadora del Proyecto
M.Sc. Melany Ascencio
Unidad de Estudios Estratégicos
Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud
Ministerio de Salud
Tel. 257 31 18
didt-uee@netsalud.sa.cr

Anexo 3: Formulario de consentimiento informado

FECHA: _____

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Estudio Internacional para el establecimiento de un Observatorio de Políticas en Salud” — Case COSTA RICA

Yo, _____, he leído y comprendido las explicaciones dadas en la carta anterior, sobre el estudio acerca de Políticas en Salud que conducen la OPS, el Ministerio de Salud, la CCSS y el INCIENSA. Este estudio pretende analizar y comparar el proceso de formulación y aprobación de Políticas en Salud en tres países: Canadá, Brasil y Costa Rica. El estudio de caso para Costa Rica, se basa en el análisis del **“Proceso de formulación, negociación y aprobación de la Política de Fortificación de Harina de Trigo con ácido fólico”**.

Entiendo que voy a participar en una entrevista de aproximadamente 90 minutos, la cual será grabada y transcrita. Además si lo deseo, con anterioridad puedo tener copia de los tópicos que se tratarán en la entrevista. Asimismo, sé que posterior a la misma se me solicitará que revise la información transcrita para verificar la información, corregir o ampliar la misma. También comprendo que la información que yo aporte es confidencial y que el análisis de la misma será contrastada con la de los estudios similares que se realizan en Brasil y Canadá. Igualmente estoy enterado (a) que los resultados de este estudio serán divulgados y publicados a nivel nacional e internacional.

Estoy informado(a) que no se conocen riesgos o beneficios por mi participación en este estudio, la cual no representa ningún costo económico para mí. Asimismo sé que puedo decidir no participar en el mismo o retirarme en el momento que lo desee.

He leído y comprendido la carta informativa y este formulario de consentimiento. Además sé que puedo contactarme con la coordinadora de la misma a los teléfonos que se adjuntan, si deseo más información con respecto al desarrollo de la investigación.

Sí, estoy de acuerdo en participar en este estudio como informante clave

NOMBRE DEL INFORMANTE	CÉDULA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	CÉDULA	FIRMA
M.Sc. Melany Ascencio		
NOMBRE DEL COORDINADOR	CÉDULA	FIRMA

M.Sc. Melany Ascencio
Unidad de Estudios Estratégicos
Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud
Ministerio de Salud
Tel. 257 31 18
didt-uee@netsalud.sa.cr

Notas:

Usted recibirá el documento original que ha firmado y una copia quedará en manos de los coordinadores del estudio.
El documento de esta investigación está a su disposición por si desea consultarlo.

Anexo 4: Intenciones, capacidades, necesidades, alianzas y conflictos de los diferentes actores en el momento de la formulación de la política

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Autoridades del Ministerio de Salud	Las autoridades de salud del nuevo gobierno asumen el reto de fortalecer la atención primaria y con ello la promoción de la salud y programas preventivos. El Plan de gobierno (1994-1998) que guía el quehacer en salud se identificó como prioridad combatir la anemia por deficiencia de hierro.	• Rectoría en salud • Poder para convocar a los distintos sectores • Poder para decidir prioridades en salud e intervenciones de las mismas • Poder para destinar presupuesto a actividades en salud	Recuperar la “credibilidad” del Ministerio de Salud. “El Ministerio estaba de capa caída”. “Había que implementar la Rectoría, hacer jugar al Ministerio el rol que está llamado a jugar” (INF04)	Alianzas: • Presidencia de la República • Equipo técnico del Departamento de Nutrición • INCAP • Molinos de trigo Conflictos: Negociaciones con los panaderos para eliminar el bromato de potasio de la harina habían generado resistencia y oposición. Estas fueron paralelas a la negociación de fortificación de la harina con ácido fólico.

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud	Velar por el buen estado nutricional de la población, a través de investigaciones que evidencien la situación nutricional costarricense y monitoreo de acciones encaminadas a mejorar el estado nutricional de la población	• Contar con Grupo Técnico de Vigilancia Nutricional Ministerio de Salud capaz de liderar proceso de formulación, negociación y aprobación de políticas de fortificación de alimentos • Conocimientos nutricionales • Experiencia en investigación nutricional • Experiencia en negociación con industriales.	• Respaldo político, técnico y económico para realizar la Encuesta Nacional de Nutrición y desarrollar las intervenciones más adecuadas para enfrentar los problemas de salud el estado nutricional de la población. • Contar con apoyo político y de la empresa privada para dar respuesta a los problemas de salud que está evidenciando la Encuesta. • Contar con criterios técnico y tecnológicos para asegurar que el proceso de fortificación cumpliera con los requerimientos	Alianzas: • Autoridades en Salud • INCIENSA • INCAP • Industria Farmacéutica A • Industrias Harineras
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)	Apoyar el Ministerio de Salud en la vigilancia epidemiológica y nutricional y el control de alimentos fortificados	• Contar con Laboratorio de análisis de alimentos desde 1989. Luego Centro Nacional de Referencia y Micronutrientes, desde 1997 trabajan con fortificación de alimentos	• Capacitación de recursos humanos • Financiamiento de insumos para los análisis de laboratorio requeridos en la Encuesta de Nutrición	Alianzas: • Estrecha relación con MS, con Vigilancia Nutricional • INCAP
Ministerio de Economía y Comercio (MEIC)	Regular los productos nacionales y las importaciones bajo las normas nacionales	• Contar con marco legal para regular la industria nacional. • Amplio conocimiento y experiencia en el tema de regulación.	• Contar con criterios actualizados para la regulación de productos nacionales y de importación	Alianza: • Ministerio de Salud

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)	<i>Orientado a la “gestión de conocimiento” (INFI 4).</i> Busca contribuir al desarrollo de la ciencia de la nutrición, promover su aplicación y fortalecer la capacidad de los países miembros para resolver sus problemas alimentario nutricionales.	• Experiencia en la conducción y desarrollo de investigaciones nutricionales en la región • Conocimiento técnico en la identificación de deficiencias nutricionales, población de riesgo y medidas para atender las deficiencias nutricionales. • Capacidad de formar cuadros técnicos expertos en nutrición en la región • Experiencia en formulación de política pública. • Poseer recursos técnicos y económicos para acompañar procesos de vigilancia nutricional en los países de la región. • Contar con un área de ciencia y tecnología experta en análisis bioquímicos • Contar con un Consejo Consultivo conformado con los Directores Generales de Salud de la región y un Consejo Directivo formado por los Ministros de Salud de la región.	• Que se cumplan los acuerdos de fortificación de alimentos en Centroamérica. • Contar con evidencia y experiencia en fortificación en algún país de la región para tomarlo como ejemplo e intentar implementar dicha acción en el resto de los países.	Alianzas: • Grupos técnicos en Centroamérica • Autoridades de Salud

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Molino I	Producir Harina de trigo de buena calidad a nivel nacional y asegurar la confianza de los consumidores en el producto nacional (<i>“con igual o mejor calidad que la harina de Estados Unidos”</i> INF18). Desde su origen hay una identificación con las políticas de fortificación y compromiso con el bienestar social: <i>“sentido solidario y comprensivo que la orienta”</i> (INF17). <i>“Sumamente sensible desde el punto de vista social(...) una empresa que se preocupa por la salud de la población”</i>(INF18)	• Basta experiencia en producción de trigo y en fortificación de harina de trigo con complejo vitamínico • Capacitación en el tema de fortificación de harinas en otros países.	• Mayor regulación de las importaciones de harina al país. Combatir la competencia desleal. • Incrementar la calidad del producto para responder de mejor forma a la competencia internacional. <i>“Con la apertura del mercado, la competencia es fuerte, la calidad de la harina es un factor competitivo importante”</i>(INF18)	Alianzas: • Desde su creación se da una relación estrecha con el gobierno (Ministerio de Salud, CNP, MEIC) • Cámara de Industrias • Asociación internacional de productores de trigo. • Agrupación de Industrias Alimentarias

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Molino 2	Busca ser más competitivo y atractivo a socios comerciales y así acceder a más mercados a nivel internacional.	• Contar con laboratorio • Experiencia en la producción de harina de trigo. • Recursos técnicos y tecnológicos para la fortificación de la harina con complejo vitamínico • Conocimiento de las inquietudes de fortificación de la harina por participar en congresos y asambleas internacionales de molineros, en las que se les informaba sobre la importancia de la fortificación.	• Satisfacer las necesidades de sus socios comerciales. • Qué la harina producida fuera fortificada con la normativa USBA, para que su socio comercial productor de pasta, lograra exportar al mercado estadounidense. • Establecer la dosificación adecuada del complejo vitamínico en la harina y la sémola de trigo. • Brindar un producto de mayor calidad para responder a las necesidades del consumidor.	Alianzas: • Socios comerciales • Agrupación de Industrias Alimentarias • Cámara de Industrias • Equipo técnico

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Fabricantes de Pastas	Producir pastas de calidad competitiva en el mercado internacional Exportar pastas fortificadas a Estados Unidos con las normas USBA	• Recurso económico para la producción y exportación de pastas. • Constituir un socio comercial importante para los molinos.	• Expandir sus fronteras comerciales, exportando pastas a los Estados Unidos de América. • Contar con sémola de trigo para la producción de pastas que cumpla con las normas de calidad establecidas en los Estados Unidos • Evitar que los micronutrientes aplicados a la harina de trigo no impliquen cambios organolépticos en el producto ni se pedieran cuando son sometidos a altas temperaturas para producir la pasta.	Alianza: • Molinos

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Industria Farmacéutica A	Empresa dedicada a la fabricación de vitaminas y otros nutrientes	• Contar con una división de vitaminas donde se analizaba la actividad biológica y metabólica de las vitaminas. • Información sobre investigaciones científicas del uso de ácido fólico para disminuir incidencia de problemas del tubo neural. • Información sobre actividades de fortificación en todo el mundo. • Distribución de artículos científicos en Gobiernos e Industrias • Recursos económicos y técnicos proveer premezcla a molinos y acompañar el proceso de dosificación y regulación de la mezcla.	• Vender la premezcla a los molinos nacionales como de la región.	Alianzas: • Sección de Vigilancia Nutricional MS • Molino I

Actores	Intenciones	Capacidades	Necesidades	Alianzas y Conflictos
Agrupación de Industrias Alimentarias	Defender los intereses de los industriales nacionales dedicados a la producción tanto de materia prima como de alimentación. Su preocupación era mejorar la competitividad de la industria alimentaria. Las políticas públicas como la fortificación de alimentos “no estaban dentro de la prioridades”(INF20)	• Representación del sector industrial alimentario. • Poseer conocimiento de las necesidades de sus clientes en el mercado, tanto de los grandes como de los pequeños productores.	• Tener ventajas competitivas sobre los productos importados. • Hacer las empresas más productivas • Diferenciarse de la Cámara de Industrias • Gobierno tuviera una política de apoyo al sector	Alianzas: • Members Conflictos: • Al interior de la agrupación se enfrentaban los intereses de los productores de harina y las industrias alimenticias que requerían la harina para sus productos • El gobierno y sus instituciones se les veía desvinculados de la realidad de la industria. Existían problemas con la burocracia y tramites exigidos por el Ministerio de Salud en el registro y controles de alimentos.

