

La Reforma del Sector Salud : antecedentes, contexto y algunas implicaciones

Luis Bernardo Villalobos Solano

Médico, M.Sc. en Salud Pública
Coordinador del Programa de Investigación en Políticas de Salud, Universidad de Costa Rica.

Resumen

Casi todos los países latinoamericanos, con situaciones socioculturales diferentes, adelantan un proceso de reforma en salud, que en muchos casos - con el argumento de atender integralmente a los usuarios, incrementar la macroeficiencia y la universalidad en la atención - procura la privatización de algunos servicios públicos a los que de por sí habían tenido acceso las clases más desposeídas, que constituyen un sector muy importante de la población total.

Este artículo analiza, para Costa Rica, el contexto en que se da la Reforma y las posibles implicaciones que ésta tendría sobre algunos aspectos de la dinámica socio-institucional costarricense.

Es preciso apuntar que el país se ha caracterizado por una construcción de más de medio siglo en el campo de la política social, cuyas bases se plantearon en la década de los cuarenta; sin embargo, en los últimos veinte años se ha dado un proceso paulatino de debilitamiento de la inversión social que no crece de acuerdo con las necesidades y en las que el sector salud ha llevado una de las peores partes, puesto que el deterioro económico se ve reflejado en una creciente insatisfacción de la población con los servicios de atención que se le brindan, dado que éstos se vuelven lentos en respuestas e insuficientes para la demanda creciente.

La Reforma del Sector Salud inicia con dos instituciones: el Ministerio de Salud a quien se le asignan el papel de Rector de todas las acciones de la sociedad relacionadas con la producción

social de la salud. La otra institución es la Caja Costarricense de Seguro Social a la que corresponde la atención médica integral, mediante la puesta en marcha de la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS).

El artículo concluye apuntando una serie de implicaciones que la reforma sectorial tiene para las diversas instancias de la sociedad costarricense, entre las que se destaca la importancia de ese proceso dentro de los cambios globales de la sociedad contemporánea.

1. Introducción

En la mayoría de los países de América Latina, con realidades diferentes, se da un proceso de reforma en salud que en muchos casos - con el argumento de atender integralmente a los usuarios, incrementar la macroeficiencia y la universalidad en la atención - procura la privatización de algunos servicios públicos a los que de por sí nunca habían tenido acceso las clases desposeídas que sobrepasan en promedio en la región el 40% de la población total.¹

Aunque la reforma emerge en la mayoría de los países a principios de la década que inicia en 1990 la formulación de los proyectos nacionales y la puestas en operación de algunos de sus componentes se dio años después.²

Dentro de las inconsistencias de este tipo de iniciativas se apunta el hecho de que en los países de Centroamérica, salvo los casos de Costa Rica y Panamá, algunas organizaciones que prestan servicios de salud como el seguro social no cubren más allá del 20% de la población. Aquí cabe la pregunta es

prioritario reformar con la perspectiva de incorporar a otros actores en la gestión o lo que se precisa es hacer cumplir los derechos, creando alternativas de servicios para la población que no puede acceder a ellos económicamente ?

Las anteriores consideraciones nos remiten a una reforma muy particular iniciada en el país, sobre la base de la crisis económica, de la ineficiencia administrativa de las instituciones del sector salud y de la caducidad del modelo de atención adoptado por el país años atrás.

En el marco anterior, se pretende enfocar el proceso estatal enunciado desde una óptica que permita analizar el contexto en que se da la reforma y algunas implicaciones que ella tendría sobre algunos aspectos de la dinámica socio-institucional costarricense.

2. Algunos antecedentes

Costa Rica se ha caracterizado por una construcción de más de medio siglo en el campo de la política social, cuyas bases se plantaron en la década de los cuarenta.³

¹ Cf. UNICEF. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA Nueva York 1995.

² Para Costa Rica, el proceso de formulación se estableció en el primer trimestre de 1992 y la puesta en marcha de algunos de los componentes dio inicio a partir del primer semestre de 1994.

³ José Manuel Valverde, María Eugenia Trejos y Minor Mora. Integración o Disolución Socio-Cultural : El Nuevo Rostro de la Política Social.

De esta forma, se inició la formulación y puesta en operación de políticas sociales, que durante la década de los setenta implicó que sugieran el 47% de las instituciones creadas en un periodo de 30 años(50-80), con el consiguiente incremento del número de los empleados públicos, la definición de mecanismos redistributivos, la extensión de cobertura con servicios sociales,⁴ la creación de instancias para la canalización de los conflictos sociales y contradictoriamente, una disminución relativa del protagonismo jugado por los sectores populares en décadas anteriores a la década iniciada en 1940⁵

A partir de la década que comenzó en 1980 se inicia en el país un lento pero firme deterioro de los programas sociales, de los cuales salud también es afectada. En este sentido, sin entrar en detalles ni caer en reduccionismos, se acentúa la transferencia de la periferia al centro mediante los Programas de Ajuste Estructural, prescritos por los organismos financieros internacionales como condición para continuar con los préstamos y otras “ayudas” para fortalecer el quehacer del Estado.

Las medidas que implican los programas de ajuste parecen tener un contrasentido, ya que con “en esta perspectiva, el Estado no debe intervenir en el funcionamiento del mercado, frente al cual debe reducir su papel al de vigilante y facilitador, que procura la eliminación de distorsiones, pero debe intervenir - y como Estado fuerte - en el

mantenimiento del orden”: sin embargo, se requiere un “Estado fuerte”, que es una de las principales críticas planteadas por la ideología neoliberal al modelo anterior del Estado.

Visto de esta manera, los Programas de Ajuste producen un “desajuste” al promover el “traslado” o “renuncia premiada” de funcionarios del sector público al sector privado, con el fin de contener el gasto público. En esta línea, en el caso del sector salud, por ejemplo, “esta estrategia, si bien tiende a reducir el gasto en salarios, está operando como un proceso de selección negativa de personal, en la medida en que los funcionarios remanentes en los servicios de salud son los que carecen de otras oportunidades de trabajo, mientras que se retiran aquellos más capacitados, los más jóvenes, en fin, los que consiguen insertarse de mejor forma en otras instituciones.”⁶

Con las iniciativas de reestructuración del Estado propuestas por los programas de ajuste se inició un camino que condujo a la disminución de la intervención estatal en la prestación de los programas sociales.

El Estado “prestador” de servicios y con una función redistributiva pasa a tener un papel de “regulador”.

Paradójicamente asume esta última función sin estar debidamente preparado para ello, y cuando se le exige de una “inteligencia organizacional” que le permita detectar, controlar y corregir todas las disfunciones posibles.

El Estado se encuentra en un franco proceso de reducción y en una “aparente” migración

San José, Editorial Porvenir. 1era. Edición. 1993. P.34.

⁴ Por ejemplo en 1973 se creó en el país el Programa de Salud Rural, que fue un esfuerzo por extender los servicios básicos de atención al área rural y más adelante, en 1976,, en las áreas marginales urbanas se inició el Programa de Salud Comunitaria, los cuáles bajo la premisa de la integración y el eficientismo se transformaron a finales de la década de los 80 en el programa que confusamente se ha denominado de “Atención Primaria”.

⁵ Cf. *ibid* Valverde et al pp. 35-36.

⁶ Daniel Purcallas. Transformación Estratégica en Recursos Humanos en Salud. PASCAP-OPS/O.M.S. Publicación Especial. San José, 1992. P.52.

institucional de lo público a lo privado⁷ lo que es un riesgo para el adecuado ejercicio de su papel regulador.

Paralelamente, la disminución de inversiones en el campo social, desde una perspectiva universalista, ha promovido que la política social sea considerada en forma marginal como reconocimiento de la claridad, que no implica derecho⁸ Más aún, hay una clara y explícita orientación a la focalización de los problemas y de los grupos pobres e indigentes que están siendo virtualmente “arrinconados” por las nuevas políticas adoptadas por los gobiernos que iniciaron con la década de los 80.

En la pasada década por otra parte se inició el lento pero firme deterioro de los presupuestos dedicados a los programas sociales. En el Sector Salud en particular, se ejemplifica con el caso de la disminución presupuestaria paulatina en que han incurrido los Programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria que pertenecen al Ministerio de Salud, mencionándose que para “1985 el presupuesto de Salud Rural y Salud Comunitaria era del 8.75% del total del presupuesto del Ministerio de Salud, pasando al 7.60% en 1986 y a un 6.30% en 1988...En el aspecto institucional, las reformas que buscan la racionalización de los recursos lleva a que en 1987 se unan los programas de

Salud Rural y Comunitaria adquiriendo el nombre de Atención Primaria”⁹

La atención apuntada generó una contracción de la cobertura e incapacidad para abrir nuevas áreas de trabajo comunitario. Esto que pareciera un hecho simple, tiene repercusiones graves, ya que investigaciones e informes mencionan el porte de esos programas a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) entendida ésta como la posibilidad de llevar los servicios de salud - no precisamente de atención médica - “lo más cerca del hogar o del sitio de trabajo”¹⁰

Así, estos programas de salud promovieron muchos centros educativos, carreteras, acueductos, programas de saneamiento básico, zonas recreativas y programas de educación en salud entre otros, que contribuyeron a germinar verdaderos sistemas de salud en el nivel local y que en gran medida propiciaron la construcción de

⁹ Roberto Alvarado y E. Jiménez. Análisis del desarrollo e investigaciones de programas basados en la estrategia de APS en C.A. y República Dominicana: el caso de Costa Rica”. CIAS-CIID, San José, 1989. P. 39. Citado por J.M. Valverde y otros. Op. Cit. Pp. 94-96.

¹⁰ Los trabajadores de los programas de Salud Rural y Comunitaria, marcaron en gran medida el inicio del Paradigma Integral en el plano de la atención de la salud en el país, en el tanto sus acciones eran de promotor de salud en el país, en el tanto sus acciones eran de promotor de salud y alrededor de su área, sector, o puesto de salud se desarrollaba toda una estrategia de acción - no sólo de atención médica - que posibilitaba ese enfoque integral, en el que se contemplaban no sólo los aspectos de orden biológico implicados en la génesis del proceso salud - enfermedad, sino también los aspectos ambientales, sociales, educativos y geográficos que contribuyen a generar un determinado estado de salud en el individuo y la comunidad, con una perspectiva interdisciplinaria e interorganizacional en el quehacer de los trabajadores de la salud.

⁷ Decimos “aparente” porque en muchos casos lo que pasa es que los ex-empleados públicos migran hasta el sector informal creándose una sobre-carga en los regímenes de seguridad social, que no tienen los mecanismos eficaces para detectar y controlar este tipo de situaciones, lo que podría significar en un corto plazo un desfinanciamiento de la seguridad social.

⁸ Ludwig Güendell y Roy Rivera. “Concepciones y propuestas actuales de política social en América Latina”. (Proyecto de Política Social y Pobreza Crítica en Centroamérica. 1985-1991). CSUCA, 1991. Mimeografiado. Citado por Valverde y otros, Op. Cit. P. 46.

los nuevos modelos de atención que hoy se promueven en Costa Rica.^{11, 12}

Más aún los programas propuestos en lo que fue una época en que se procuró la construcción de un reacomodo en lo económico y la universalización de lo social - es decir la década que inició en 1970 - sirvieron de sustrato para posibilitar una discusión que trascendió hasta los noventa y que está relacionada con la necesidad de establecer una diferenciación precisa entre atención de la salud, atención médica y práctica médica, como punto de partida conceptual para la formulación de políticas de salud¹³

¹¹ Cf. Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. Proyecto de Reforma del Sector Salud. San José. 1993.

¹² Más adelante veremos como la estrategia de los Equipos Básicos de atención integral en el Nuevo Modelo de Atención que plantea el Proyecto de Reforma del Sector Salud está basada en una racionalidad similar a la que se esbozó en esos Programas de la década de los setenta.

Sin duda, la Atención Primaria de la Salud (entendida como la estrategia para llevar los servicios de salud - no sólo los de atención médica - lo más cerca del hogar o del sitio de trabajo) sigue vigente y parece ser la salida a la crisis de los modelos. Debe destacarse que esas estrategia (EBAIS y APS) están basadas en el desarrollo de "lo local", ya que es ahí donde se generan los problemas de salud - enfermedad y también es el espacio en el que se puede hacer efectiva la acción intersectorial e interorganizacional para su atención.

¹³ Al respecto se puede consultar por ejemplo :

- A) Luis Bernardo Villalobos Solano, SALUDY SOCIEDAD: UN ENFOQUE PARA CENTROAMERICA. 2 de. San José. Editorial ICAP. 1992.
- B) Jorge Castellanos Robayo. "La atención de la salud en las áreas urbanas". Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 11(2) : 7-38 ene-jun 1992.
- C) Danuta Rojas. "Precisiones necesarias para una política de salud democrática. Salud y Cambio Revista Chilena de Medicina Social. Año 1, Número 1, Primavera de 1989. Pp. 4-19.

De esta forma, hoy la realidad le está exigiendo al sector salud reconocer que su labor en procura de conseguir un mejor estado de salud para la población costarricense no es sólo de su patrimonio, sino que está contemplada por las acciones que realiza el sector educación, vivienda, recursos naturales, transportes economía, agricultura y las organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

La crisis económica, que como apuntamos, repercutió en los programas sociales, encontró un Estado costarricense en la década de los ochenta que propendía a alcanzar una cobertura con programas de salud y seguridad social de tipo universal, por lo menos en lo que a la parte legal respecta.¹⁴

Sin embargo, esta situación, como ya adelantamos, fue llevando a la paulatina disminución del tamaño del sector público que se inició implícitamente con la Administración Monge (1982-1986), en la que el trabajo de la recién creada Autoridad Presupuestaria y la firma del primer Programa de Ajuste Estructural (PAE) limitó la contratación de nuevo personal. El sector salud no fue la excepción. El país todavía recuerda como toda nueva plaza o bien las vacantes de reposición por pensión u otra causa, llevaban una serie de trámites en las que la desmotivación y el cansancio muchas veces ganaron la partida.

Más adelante, en el periodo presidencial de Arias (1986-1990), se aprobó un siguiente PAE que trajo consigo un franco congelamiento del crecimiento estatal en algunos sectores. En el caso del Sector Salud "el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990 propone : consolidar los logros en prevención y anexión primaria por parte del Sistema Nacional de Salud., para mantener los niveles alcanzados, con énfasis en los grupos más vulnerables... No obstante lo anterior, siendo

¹⁴ Cf. Guido Miranda Gutiérrez. La Seguridad Social y Desarrollo en Costa Rica. 1e. San José EDNASSS-CCSS

el gasto real de este sector social el de mayor magnitud, se le aplicaron las restricciones presupuestarias más fuertes”.¹⁵

En la administración Calderón Fournier (1990-1994) las restricciones continuaron, ya que se hizo explícita la promoción de la reducción del sector estatal. Mediante el denominado Programa de Movilidad Laboral se alentó lo que se ha denominado la “renuncia remunerada”, sin tomar en cuenta que el Estado y la sociedad nacional es una sola y por tanto, ingenuamente se pensó que muchos de los funcionarios públicos que se acogían a la movilidad pasarían a formar parte del sector privado y por tanto dejarían depender del Gobierno; sin embargo, como adelantamos, lo que en realidad sucedió fue que se estableció - en muchos casos, situación que merece ser estudiada en detalle - una derivación o especie de “by - pass ocupacional” del sector estatal al sector informal, en el que las posibilidades de recuperación de cuotas para la seguridad social y de recaudación fiscal en general son más difíciles.

Por tanto en última instancia el Estado, al que se quería descargar de tantas posibilidades, muchas de ellas para algunos irrelevantes, debe de asumir la atención de mucha de esta población no cotizante al sistema de seguro social, basado en la legislación vigente. Pero además, a esta población laboral que “se ha premiado” por su “autoexclusión” como asalariados estatales, no siempre tiene la “suerte” de adherirse al sector informal y queda desempleada por tiempo considerable, incrementado las cargas para el Estado, ya que aparece como parte de los pobres a los que hay que “enlistar” para favorecerlos con programas de compensación social.

En términos generales los ajustes iniciados en la década de los ochenta, propiciaron la

redefinición del papel social del Estado e hicieron explícita la posibilidad de plantear y promover nuevas formas de administración de los servicios prestados tradicionalmente por el Estado. Estas alternativas novedosas exigen pensar - en una nueva estrategia para transformar - en el marco de un Estado con funciones redefinidas - el sistema de salud vigente involucrando al sector privado como un actor más del sistema nacional de salud¹⁶

Es en este contexto en que aparece la REFORMA DEL SECTOR SALUD como una opción que permitirá poner en operación un nuevo modelo de atención integral del proceso de salud - enfermedad, basado en la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) y el desarrollo de acciones de protección al ambiente.

3. Algunos elementos básicos del contexto inmediato de la reforma

Aunque los organismos como el PUND y el BID se cuidan mucho de no hacer “prescripciones en serie”, en un documento conjunto apuntan que :

“Dada la diversidad de realidades nacionales no es adecuado pensar en soluciones únicas, sin embargo es posible identificar ciertas líneas de acción comunes para la reforma social, entre ellas las siguientes :

- Las acciones destinadas a fortalecer el ejercicio de las nuevas responsabilidades del Estado, en particular la capacidad de promover consensos nacionales como

¹⁵ Luis Bernardo Villalobos Solano y Jorge Solano Mora. “Economía y salud de la sociedad “En : Salud y Seguridad Social. Juan Jaramillo. 1era De. Edit. UCR. 1993 p. 509

¹⁶ Al respecto, llama la atención que desde el Gobierno de Arias se hizo explícita la inclusión del sector privado como un miembro más del sector salud costarricense.

base de toda estrategia destinada a la reforma social.

- Concretar el compromiso con la reforma en políticas, programas y proyectos destinados a revertir el patrón regresivo en la distribución del excedente”...¹⁷

Así mismo, ese informe propone en el marco de esas líneas “un conjunto de políticas y acciones destinadas a: ... Reorganizar las formas de prestación de los servicios públicos, en especial, la educación, salud, vivienda y saneamiento básico, tanto en áreas urbanas como rurales, articulando nuevas formas de gestión entre el Estado y la sociedad civil, y apoyando a las organizaciones de esta última para que desempeñen un papel creciente en esta materia.”¹⁸

El documento mencionado concluye haciendo referencia a los elementos básicos de la reforma del Estado, entre los que destaca la necesidad de superar a marginalidad que han tenido los sectores sociales en el Estado, urgiendo pasar de políticas de gobierno a políticas de Estado (se refiere aquí a deben trascender un determinado periodo gubernamental dando mayor permanencia a los componentes centrales de la reforma social) y recomendando nuevos papeles para el Estado y la sociedad civil.”¹⁹

Esa reforma se enmarca en un contexto que exige la reducción del tamaño ;o del Estado, pretendiendo darle a este un papel - como mencionamos - de Estado Regulador, de tal forma que pueda proveer la “inteligencia social”, que le permitirían dar la direccionalidad acertada a las acciones de bienestar colectivo, propiciando de esa

manera la reducción de las desigualdades y el alcance de la justicia social.

También, esa iniciativa tiende a promover - como está en sus enunciados - un enfoque integral del proceso salud - enfermedad y de la respuesta social que ello implica.

En el país los asuntos de la salud son manejados por un sector, en el cual participan no sólo el Ministerio y la CCSS, sino además otras instituciones que no están directamente involucradas con la atención directa a las personas, tal es el caso del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal, el Ministerio de Planificación y las Universidades públicas.

Muchas de las decisiones en salud han sido tomadas no sólo por médicos, enfermeras u odontólogos, entre otros, sino que se involucran los científicos sociales, los economistas, los químicos, los ingenieros o los abogados, todo lo cual desmistifica la creencia que la salud sólo atiende en los llamados centros de salud.

A finales de los setenta y principios de la década de los ochenta,, el Sector Salud adopta una estrategia de regionalización, con lo que se estimula la creación de polos de desarrollo económico y social, en los que el asunto de la salud es primordial, pero además, se dan los primeros pasos hacia la desconcentración administrativa de los servicios, de tal forma que las decisiones se tomen lo más cerca posible del sitio donde se generan las necesidades.

En este discurrir de iniciativas y nuevas formas de enfrentar los problemas en un contexto de franca crisis económica empezaron a darse una serie de reflexiones que apuntaban a la necesidad de revisar lo actuado, de forma tal que hubiese una búsqueda de la eficiencia administrativa, conjuntando los esfuerzos preventivos con

¹⁷ BID Y PNUD, REFORMA SOCIAL Y POBREZA. Hacia una agenda integrada de desarrollo. Washington D.C. 1993. P. 12

¹⁸ Ibid, p12.

¹⁹ Cf. Ibid pp 41-44

los curativos. Así se empezó a hablar de integración de servicios de salud en el año 1983.

“Coincidentemente ? este mismo proceso se había planteado para México y Panamá por la misma época, por lo que algunos hasta plantearon la necesidad de ir a prender de “integración” a esos países. Aunque muchos creyeron que la integración era una estrategia sólo para conjuntar las acciones preventivas con las curativas, otros miraron su verdadera dimensión y se inició en el país una reflexión sobre la necesidad de promover un enfoque de concepción integral de la salud.

Esta acepción con una perspectiva holística obligada, por tanto, a una respuesta social más allá de la atención brindada en el Seguro Social o en el Ministerio de Salud, para pasar a estudiar en detalle el papel que juegan otras instituciones como las empresas de agua o bien otros sectores como el de educación y vivienda.

Por tanto, con la estrategia de integración de servicios de salud planteada en la década que inició en 1980, la salud como tal, empezó a salirse del campo de acción de un sólo sector implicando acciones de origen interorganizacional e intersectorial,. Así, esa iniciativa, superando posiblemente sus alcances iniciales, tuvo repercusiones incluso en los curriculum universitarios.

En síntesis, la crisis un tanto crónica, la búsqueda de respuestas globalizadoras, la discusión sobre el problema de la capacidad gerencial, la universalización y la calidad de los servicios, así como la equidad de los mismos, generó a finales de la pasada una discusión en torno a los modelos administrativos de atención.²⁰ Así se planteó

²⁰ Preferimos aceptar que son modelos administrativos de atención, ya que los modelos de atención “perse”se refieren a los aspectos ideológico-conceptuales que inciden en aspectos tales como las características de los recursos humanos involucrados en el proceso, la relación usuario prestatario, el uso de la información y la

la iniciativa llamada de capitación basada en el modelo inglés en el que se paga por persona atendida. Además, en Agosto de 1988 se firmó el contrato que dio como resultado el nacimiento del modelo de administración cooperativa, en las que se modifica la relación contractual entre el trabajador y el Estado. Este último, representado por la CCSS y el Ministerio de Salud le compra servicios a un grupo de profesionales constituidos en una cooperativa autogestionaria.

Si bien es cierto, como mencionamos, estos esfuerzos no son en sí modelos de atención de la salud, sino nuevas formas de gestión administrativas, los mismos promotores de esas iniciativas se han basado en una crítica al modelo de atención vigente, al cual califican de biológico, curativo, fármaco - céntrico e inequitativo, entre otros de sus problemas.

Todos estos hechos, aunados a los enunciados, y a la oferta de fondos por donación del gobierno japonés para proponer proyectos al BID y al BM, dieron como resultado la formulación del Proyecto de Reforma del Sector Salud.

Inicialmente el proyecto enunciado ha centrado su atención en la reforma de la CCSS y del Ministerio de Salud menciona posibles alcances para otras instituciones del

tecnología y la organización y la forma en que se presta el servicio, entre otros factores, pero que van más allá’; a propiamente de los asuntos administrativos - gerenciales.

Los modelos de atención dentro de esta perspectivas pueden ser: el de la medicina tradicional (homeopatía, herbolaria, acupuntura, mágico - religiosa), el médico - biológico, el multicasual y el integral. Este último es emergente y propugna el reconocimiento de las variables múltiples implicadas en la génesis del proceso salud- enfermedad, dentro de un marco histórico - cultural, lo que implica una respuesta social que involucra equipos multidisciplinarios, trabajando con una perspectiva inter o transdisciplinaria, intersectorial e interorganizacional.

sector, tales como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, que en la actualidad cuentan con una propuesta inicial.

Para el Ministerio de salud, la reforma contempla que esta institución ejerza un papel de rectoría, abarcando algunas acciones en el campo del ambiente, la promoción de la salud y la nutrición humana.

Para la CCSS, el proyecto le delega la responsabilidad de la atención integral de la salud de las personas, dentro de un modelo de atención integral, financieramente sostenible, en el que esta institución, mediante los equipos básicos de atención integral (EBAIS), cubrirá a grupos de población, sobre todo aquellas que por su vulnerabilidad fisiológica o social está más expuesta a los riesgos de enfermar y morir. Asimismo, tanto el componente de rectoría como el de modelo de atención, se ha dado importancia a los sistemas de información para la gestión y a la capacitación de los recursos humanos necesarios para alcanzar lo propuesto.

Como mencionamos al inicio, este proceso se daba casi al unísono en otros países de América Latina, por lo que los determinantes internos sólo sirvieron de excusa para conducir y dar direccionalidad al proceso.

El Proyecto se empieza a formular en 19923 culminando ese proceso un año después y se aprueba a principios de 1994. En la actualidad se están implantando algunos de sus componentes.

4. Algunos alcances de la reforma en salud.

Algunos alcances del proceso de Reforma se han planteado implícitamente y ni dan elementos para una valoración de este

proceso ; sin embargo, conviene enunciar algunos que consideramos importantes :

1. Se reformula el modelo de atención de la salud, trascendiendo de las acciones médicas a las acciones con base comunitaria. Se pretende crear más de 800 equipos Básicos de Atención Integral de la Salud, constituidos por un médico, una auxiliar de enfermería y una asistente de atención primaria, los cuales estarían a cargo del estado de salud de unas 4000 personas.
2. Se crean las áreas de salud, que equivalen básicamente a los cantones sanitarios (con similar distribución a la geográfica en la mayoría de los casos). En estas áreas habrá un equipo de apoyo profesional y técnico, junto con un Consejo de Area que se pretende que sea interinstitucional e involucre a la comunidad.
3. Se ofrece un paquete básico mínimo de atención, que tiene una serie de consultas médicas programadas.
4. Una gran mayoría del personal de campo del Ministerio pasa a la CCSS.
5. Se plantea al funcionario de la CCSS una nueva forma de prestación de servicios, aún cuando la perspectiva vigente en muchos establecimientos de esa institución apunta a un enfoque médico y fármaco - céntrico de corte biólogo.²¹

²¹ En este sentido es necesario apuntar el peligro que existe de que los programas básicos que tradicionalmente ha manejado el Ministerio de Salud, como es el de inmunización tenga algunos problemas y por lo tanto empiecen a disminuir las coberturas con el esquema básico de vacunación, lo que traería como consecuencia un acúmulo de susceptibles y por lo tanto la reactivación de algunas enfermedades infectocontagiosas.

6. Se reafirman los principios de equidad, calidad, solidaridad y cobertura universal que han venido rigiendo a las instituciones.
7. Asumir el Ministerio de Salud un papel de rectoría sectorial, esta situación exige a esa institución que le provea al Sector Salud la “inteligencia sectorial”, lo que quiere decir que debe contar con los funcionarios más capacitados del país para tal efecto.
8. La estrategia de EBAIS se inicia por lo local. Ello posibilita enfrentar la problemática de salud desde la base, propiciando la posibilidad de actuar con una perspectiva de atención integral desde la óptica que ya hemos mencionado.
9. Para el sector Educativo, este proceso tendrá repercusiones en dos niveles. El primero, en términos de los contenidos en todos los espacios del sistema de educación²² y el segundo,, relacionado con la formación de profesionales que de una forma u otra forma se vincularán con el campo de la salud en el momento de su incorporación laboral. Este último nivel, sin duda, fomenta la necesidad de que las diferentes instituciones formadoras de

recursos humanos redireccionen sus planes de estudio, así como sus estrategias y técnicas didácticas.²³

5. Unas consideraciones finales

Como ya lo he mencionado en otras publicaciones, en términos generales podemos decir que la Reforma en Salud debe llegar a ser eso : “una reforma en salud” que abarque desde los aspectos conceptuales hasta los operativos. Esta transformación debe estar inscrita dentro de un ámbito mayor que cambie la organización, funcionamiento y relaciones de poder del Estado en su más amplia acepción.

Asimismo, el sector gubernamental debe propiciar una concertación entre todos los sectores de la sociedad con el fin de trascender los enfoques tradicionales : centralistas, inequitativos, cortoplacistas y de calculismo político,, que han primado en las relaciones dentro del Estado Contemporáneo.

De lo contrario, este tipo de procesos sólo estarían recordándonos aquel refrán popular : “más vino viejo en toneles nuevos”.



²² He propuesto en algunas reuniones la necesidad de promover un espacio a nivel de posgrado en el que accedan los docentes, en el campo de la educación y la promoción de la salud, con el fin de que se establezcan estrategias que incluyan contenidos didácticos y actividades de promoción de la salud dentro del sector educativo formal e informal. De esta manera, se podría lograr un abordaje en el que la salud no se vea como una actividad “accesorio” o un “recargo de funciones” dentro del quehacer del Sector Educación. Si esta propuesta tomara fuerza, estaríamos asistiendo a una verdadera revolución en el campo de la salud colectiva y la educación, Asimismo,, se desmistificarían una serie de enfoques hasta ahora vigentes, en los que el patrimonio de una actividad recae sólo sobre un determinado sector. De esa manera, contaríamos con educadores salubristas y por ende, con salubristas educadores ...

²³ En este sentido, por ejemplo, he planteado la necesidad de buscar estrategias de formación conjunta (una especie de interfase curricular) en algunos tramos del plan de estudios, que permitan poner en operación “actividades multidisciplinarias de formación integrada” con el fin de que cuando el profesional labore en una determinada instancia, el concepto de trabajo en equipo - con una perspectiva integral- deje de ser un mito para pasar a ser un hecho cotidiano. En otras palabras : así como se globaliza la economía y las comunicaciones, creemos que ese hecho también se estará presentando en el campo de la información profesional y en ese sentido, las Universidades deben de actuar de manera proactiva y no reactiva.

