

# LA RESPONSABILIDAD DE LOS GOBIERNOS DEL MUNDO ANTE LA SALUD PÚBLICA DE SUS POBLACIONES

*María del Rocío Sáenz Madrigal*

---

Cuando fui invitada a participar con el presente artículo, lo primero que deseé fue compartir una visión del desarrollo del sistema de salud costarricense, basado en mi experiencia en el sector público, como médica, Máster en Salud Pública, con experiencia docente, y en situaciones de emergencias y desastres en Latinoamérica, especialmente Centroamérica, y finalmente en los últimos cuatro años, como Ministra de Salud.

Así, me propongo un rápido paso por los antecedentes y situación del sistema de salud costarricense, que incluye el concepto de salud-enfermedad y los aspectos históricos del desarrollo del sistema de salud costarricense que permitirán mostrar el compromiso ético de la sociedad costarricense en la construcción de una sociedad más justa, equitativa y saludable; apuesta humanista que espero les motive a enriquecer la gestión integral de las políticas del desarrollo (Kliksberg, 2003; Sacks, 2002). En el segundo segmento, presento algunas lecciones aprendidas desde la perspectiva de la gobernabilidad, los recursos y riesgos globales. En el tercer apartado, presento algunos desafíos en la construcción de políticas públicas con una mención sobre los desafíos de los hacedores de política *policymaker* en el siglo XXI, para concluir con el rol internacional. Espero que este primer esfuerzo por sistematizar la experiencia personal, pueda servir para provocar a otros, ya sea en los espacios políticos, académicos y de la sociedad civil, a profundizar sobre los desafíos en la construcción de ciudadanía, democracia, justicia y paz social.

La responsabilidad de los gobiernos del mundo ante la salud pública de sus poblaciones es, sin duda, un reto de primer orden. En la segunda parte de este artículo realizaré una revisión histórica-normativa, y también empírica del desarrollo del sistema de salud costarricense. Mi pretensión es lograr evidenciar que los logros en materia de salud requieren de acciones continuadas,

compromisos de Estado y de defensa, lucha y contribuciones por parte de la ciudadanía y, por supuesto, es deseable que se reconozca que los éxitos no son por generación espontánea, sino que la acción es necesaria hacia la construcción de sociedades más justas y equitativas.

## **I. Antecedentes y situación actual del sistema de salud costarricense**

### **A. La Salud como bienestar y el derecho a la salud**

Cuando en el 2005 la OMS relanza el concepto de salud como bienestar y derecho y es aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud del 2003, se renueva la estrategia de Atención Primaria para el siglo XXI.

La salud es un tema social, económico y político, pero sobre todo, un derecho fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia se encuentran en el origen de la falta de salud y la mortalidad de los grupos vulnerables. Los enfoques para mejorar la salud deben abordar de manera integrada sus múltiples determinantes (OMS).

Se plantea una revisión de los principios y valores de cómo los ciudadanos y los gobiernos trabajan para estar saludables y no sólo dejar de estar enfermos, donde se hace necesario el abordaje de los macro-determinantes sociales de la salud (Frenk, 2004). Esa resolución hace un reconocimiento de la importancia de una economía sana, en donde la generación de la riqueza y su distribución, a través de empleos justos, el aseguramiento de los recursos para educación y el mejoramiento de la infraestructura, condicionan y determinan la situación de salud de las personas, las familias y las comunidades, sin dejar de lado la responsabilidad de los diversos grupos en la construcción de su propia salud, tanto individual como colectiva.

En el caso de Costa Rica, en 1994, se planteó conceptualmente el proceso salud-enfermedad y se definió la salud como producto social, en donde se requiere abordar los determinantes biológicos, sociales, económicos y ambientales, reconociendo que para el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas sanitarias, se requiere de un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

El nuevo concepto de salud, moldeó el sistema de salud, dejando por un lado al Ministerio de Salud una función rectora, es decir, la expresión de un Estado regulador en materia sanitaria, y la seguridad social la función prestadora, es decir, la función operativa. En el caso del Ministerio de Salud, se identificaron cuatro funciones

estratégicas: (1) dirección y conducción, (2) regulación, (3) vigilancia de la salud y por último, (4) investigación y desarrollo tecnológico. Esas funciones se expresan en la estructura organizativa y funcional vigente. En el caso de la Seguridad Social, se han dado avances relacionados a la ley de desconcentración administrativa, creación de las juntas de salud y el fortalecimiento del modelo de atención readecuado, así como en la elaboración de los compromisos de gestión. Los cambios citados anteriormente, pueden ser analizados en mayor profundidad en las memorias institucionales y en los informes de ejecución de los préstamos otorgados al país por el Banco Mundial.

En el 2004, cuando se hace el relanzamiento de la atención primaria en salud, el país se encontraba ya a más de seis años de su reforma sectorial. Por un lado, enfrentando el reto de haber aumentado la cobertura de los servicios básicos y con la consecuente saturación de algunos servicios, dado el rezago en la construcción de nueva infraestructura que respondiera a esas necesidades detectadas en el nivel primario; y por otro, un Ministerio de Salud que había trasladado los recursos humanos para la atención directa y en consolidación de su estructura funcional, las cuales habían tenido un desarrollo débil, con un marco jurídico aun insuficiente, con un recurso humano dispuesto a asumir el reto de la rectoría en salud.

El propósito primordial de un enfoque de derecho en la política pública es propiciar una visión de desarrollo institucional centrado en las personas como sujetos sociales, a los cuales hay que reconocerles sus derechos específicos. Cabe mencionar, que cuando me refiero al concepto de sujeto social no me refiero a personas individuales, sino a colectividades específicas que tienen una serie de elementos comunes, ya sean intereses, necesidades, perspectivas y discursos, que les permiten construir una identidad particular.

El diseño de políticas públicas atiende las desigualdades específicas y constituye un excelente complemento de las políticas de salud universales. Para garantizar la equidad, como citaba anteriormente, se requiere perfeccionar la información disponible y fomentar la participación de los sectores sociales excluidos, en la valoración de los servicios de salud que reciben.

Así visto, la elaboración de una política pública es algo más que acciones emanadas por la autoridad para dar respuesta a determinadas situaciones problemáticas. Implica la interacción de varios actores, factores y agentes económicos, sociales, políticos y,

por lo general, debe ser discutido en diferentes esferas de la sociedad. Exige una redefinición del rol tradicional del Estado, en donde las decisiones son tomadas desde las altas esferas del gobierno al margen de otros actores que representan posiciones e intereses determinados.

### **B. Construcción política pública: desarrollo del sistema de salud en Costa Rica**

En Costa Rica, a partir del Estado Liberal Decimonónico, la nación procedió a ensanchar las potestades públicas en la ruta de la justicia social -sin desmedro de la libertad o de la propiedad-. Desde finales del siglo XIX, y especialmente al inicio de la década de los cuarenta del siglo pasado, se entendió muy bien, que el derecho a la salud se asienta en la defensa del derecho a la educación, al trabajo, a la vivienda digna, a la alimentación, al vestido adecuado, y al acceso oportuno a los servicios de salud. Nuestros próceres interpretaron muy bien la integridad de la atención en salud y establecieron las medidas para que las futuras generaciones de costarricenses alcanzaran una vida digna y, por tanto, saludable.

Se crearon leyes e instituciones para la protección de los accidentes de trabajo, código de trabajo; garantías sociales, higiene industrial, importación oficial de granos y control de sus precios, impuesto sobre la renta, jornada máxima de trabajo, junta de habitación (casas baratas), juntas rurales de crédito, ley contra la usura; monopolios de la emisión monetaria, de la gasolina, de la telegrafía y la telefonía inalámbricas, de los seguros; protección a madres y niños, desayunos escolares, centros integrales de atención a la infancia, salarios mínimos y seguro social obligatorio.

La legislación social en Costa Rica es la culminación de un proceso histórico y social que se cristalizó en los años cuarenta. La Seguridad Social, inicialmente concebida en un sentido *bismarkiano* de protección a los trabajadores, muy pronto se extendió a las familias y en 1961, 20 años después de su nacimiento, se aprueba la Ley de Universalización de la Seguridad Social, dándose 10 años de plazo a la Seguridad Social para su concreción. Podemos afirmar que este paso confirma una de las mayores transformaciones del sistema de salud costarricense que se establece en la Ley, primero, y se concreta en la realidad en los años setenta con la formación de un verdadero sistema de seguridad social en el país.

### **C. Costa Rica y la ética pública: salud para todos y todas**

Desde la década de los años cincuenta se adoptó un nuevo modelo de desarrollo en el contexto internacional de importaciones. En la década de los setenta el PIB crece y aumentó la participación del Sector Salud en el mismo, pasando de un 5,1% en 1970, a un 7,6% en 1980. En ese contexto se desarrolló una Política de Estado, que tuvo un carácter integral dentro de la concepción de “lucha contra la pobreza” y que se desarrolló en el marco de un Plan Nacional de Salud que se construyó con base en un conjunto de premisas básicas: (a) la atención de la salud es un derecho de la población, (b) el Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo, (c) la atención de la salud debe ser integral, (d) debe existir integración de los servicios preventivos con los de recuperación, (e) debe existir regionalización de los servicios, para mejorar la oferta y cobertura de las prestaciones al público; y (f) debe darse preferencia a la atención ambulatoria.

Se desarrollaron dos estrategias básicas: la universalización de la Seguridad Social; y la de extensión de cobertura de los servicios a poblaciones rurales dispersas y urbano marginadas.

En los años setenta, para evitar duplicaciones, se realiza el traspaso de los Hospitales del Ministerio de Salud a la CCSS, se crean por ley nuevas formas de aseguramiento, para abarcar aquellas poblaciones que por su precaria inserción al empleo formal no podían ser beneficiarios de las formas tradicionales de ingreso al sistema. Estas nuevas formas inician su vigencia en la grave crisis económica que enfrentara el país en los años ochenta, como son los asegurados por cuenta del Estado y por convenios especiales, dirigidos a la protección social en salud de los grupos poblacionales en mayores desventajas. Esto permitió la extensión de las coberturas de aseguramiento de un 42% de la población en 1968 a un 84% en 1990, y el aseguramiento del acceso de toda la población a cualquier escalón de complejidad de la red de servicios públicos.

A inicios de la década de los ochenta el país y el sistema de salud, enfrentan una de las crisis económicas más severas de su historia.

Unos cuantos datos bastan para comprender la magnitud de aquella crisis. La producción, que había crecido a una tasa promedio anual del 6% durante los treinta años previos, cayó en un 10% entre 1980 y 1982. El desempleo, que tradicionalmente se había ubicado por debajo del 5%, casi se triplicó al superar el 14%. La inflación sobrepasó el 90% en 1982. Los salarios

perdieron un 40% de su capacidad adquisitiva. El gasto social cayó dramáticamente, pasando de ser un 23% del PIB en 1980 a ser, apenas, un 16% del reducido PIB de 1982. La pobreza prácticamente se duplicó como resultado de todo esto, de manera que en 1982 –igual que treinta años antes– más de la mitad de la población costarricense estaba viviendo bajo la línea de pobreza (Garnier e Hidalgo: 1991).

El sector salud enfrentó esta crisis con esfuerzos de estabilización financiera que buscaban evitar la quiebra del sistema de seguridad social, pero sin provocar un deterioro en los avances hacia la universalidad de los años anteriores. Fue la época de la “integración de servicios de salud” entre el Ministerio de Salud y la CCSS en el período 1982-1986, período donde se trató de reducir las duplicidades de atención en el nivel ambulatorio y es el periodo que señala, el inicio de la intervención de la CCSS en las actividades de prevención y de salud pública.

Costa Rica desarrolló un sistema público, que diferentes estudios señalan como uno de los instrumentos que han permitido alcanzar un alto desarrollo humano con una economía de país subdesarrollado. Es un sistema universal, equitativo y solidario, edificado en torno a un gran desarrollo de la salud pública y un esquema de seguridad social peculiar, que crea la obligación de afiliación a la población trabajadora y que protege a grupos vulnerables, por medio de la afiliación por el Estado y otras formas, para universalizar su cobertura.

Los resultados de la política social y de salud, seguidas por el país desde los setenta, permitieron la reducción de la natalidad, de la mortalidad general e infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Estos logros fueron paradigmáticos, se disminuyó la mortalidad infantil de 61,5 por mil nacimientos en 1970 a una tasa de 13,6 por mil n.v. en 1991 y la esperanza de vida ascendió de 65 años en 1970 a 75 en 1991.

#### **D. Servicios de calidad, equidad y solidaridad el reto de Rectoría en Salud**

Como señala Leonardo Garnier (2005):

Con la crisis cambiaron algunas otras cosas. En términos del entorno internacional, el mundo pasó de la época del desarrollismo nacionalista y el Estado Benefactor –en algún sentido protegidos por la guerra fría– a la época del ‘consenso de Washington’ que, superada la guerra fría, se montaba más bien en la realidad de la globalización y la retórica del

globalismo (Beck:1998) para impulsar un conjunto de reformas dirigidas a la apertura, la liberalización, la desregulación y la privatización de las economías, bajo el supuesto -aparentemente económico, pero más bien ideológico- de que las causas, tanto de la crisis como del bajo rendimiento de las economías nacionales, estaban todas vinculadas a los excesos del intervencionismo estatal de las décadas precedentes.

En Costa Rica, la reforma del sector salud, iniciada en 1994, intentó mejorar la calidad y la oportunidad del acceso a toda la población. Al contrario de otros procesos de reforma en América Latina, ésta fortalecía la planificación, financiamiento y provisión pública (directa o indirecta) de los servicios. Diez años después de su inicio, la cobertura de aseguramiento de la población es de un 88%, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido por debajo de 10 (9,8 por mil n.v. en el 2005) y la esperanza de vida es de más de 80 años. Desde este punto de vista, la reforma planteada y desarrollada “al estilo costarricense” ha sido un éxito, y coloca al sistema de salud costarricense en uno de los de más alto desempeño.

El éxito en materia de salud pública, necesariamente lleva a la necesidad de enfrentar problemas que emergen y se constituyen en desafíos para el futuro. Citando a Juliana Martínez (2005), investigadora que ha documentado los efectos de la reforma en materia sanitaria...

En la década de los noventa la Caja dejó de invertir en servicios y equipo propio; llevó a cabo una política de expansión de la contratación privada de servicios a pesar de carecer de un sistema de contabilidad de costos actualizado que le permitiera comparar sus resultados con los costos de los servicios privados que contrata (Herrero y Durán, 2001). Cuando hubo estimaciones, la compra de servicios privados fue sistemáticamente más cara que la prestación directa de los servicios (Asamblea Legislativa, 2001) ...la calidad de los servicios privados brindados a través de la Seguridad Social dejó mucho que desear y, en general, sólo fueron evaluados cuando se denunciaron o produjeron accidentes.

En este contexto, se ha observado un incremento del gasto privado en salud (Acuña; Picado, 2003) que pasó de representar el 23% en 1991 al 30% en el 2001, aunque es principalmente realizado por los quintiles de mayor ingreso: el 58,2% lo efectúa el quintil de mayor ingreso, mientras que sólo el 2,4% del total del gasto privado lo realiza el quintil más pobre de la población. Este gasto va dirigido principalmente a la consulta ambulatoria médica, odontológica, a la compra de medicamentos y a la realización de exámenes de

laboratorio y gabinete. Los quintiles alto y medio alto de ingresos, resuelven sus necesidades de atención por medio del pago directo de bolsillo, mientras que el resto de los sectores medios y bajos esperan por una oportunidad de atención en los servicios públicos.

El Ministerio de Salud, por medio de la habilitación de servicios de salud, ha realizado la evaluación de estándares estructurales de un piso básico de atención de todos los hospitales públicos del país durante los años 2004 y 2005. Los resultados señalan deficiencias importantes en planta física, pero especialmente problemas en la dotación del recurso humano directamente relacionado con la atención directa. Existe recargo de funciones y sobrecarga de trabajo; situación que impacta negativamente en la motivación y el desempeño del personal. A pesar de todos éstos y otros problemas detectados, se hace necesario indicar que la sectorización ha contribuido significativamente a la mejora del acceso a los servicios de las poblaciones de mayor riesgo.

En este contexto, es necesario discutir estos problemas, y como país, iniciar una discusión que no se circunscribe a criterios actuariales, o meramente tecnocráticos, pues por tener serias consecuencias en la salud y bienestar de los costarricenses, esta discusión debe ser eminentemente política y democrática. Así mismo, la construcción de una agenda por la salud con el sector privado, prestador de servicios, que parta del reconocimiento del carácter comercial de éstos; puedan prevalecer los estándares éticos de acceso, universalidad, equidad y calidad. Cabe mencionar que, esta discusión ha tenido tres momentos importantes: uno convocado por una organización no gubernamental, a raíz de la campaña política para la elecciones presidenciales, otro convocado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud y el Estado de la Nación entre otros, y el último organizado por la Academia de Medicina sobre los Retos de la Seguridad Social en Costa Rica (Academia de Medicina, Costa Rica, 2006). Sin embargo, estoy convencida de que se requiere de mayor análisis por parte de la ciudadanía.

### **E. Derechos colectivos y sostenibilidad financiera, reto y oportunidades**

Cuando se analiza la evolución de algunos países de América Latina después de las reformas de Estado que se iniciaron a finales de los ochenta y en la década de los noventa del siglo pasado, aparece un hecho dominante: la apertura de sus economías coincidió con una reducción del peso del Estado y del sistema del seguro

social (Rodrik, 1998). Así, aun por un lado el grado de exposición de estas economías a “shocks” exteriores aumentaba y, a la vez, el nivel de seguro colectivo ofrecido por la democracia disminuía.

Los resultados en América Latina de estas políticas, en países con mayor grado de tolerancia hacia las desigualdades que lo que la historia de Costa Rica señala -los valores sociales son determinantes- es que el crecimiento de la inseguridad económica encierra el riesgo de disminuir la adherencia de las poblaciones a la democracia y, por ende, llevan a poner en tela de juicio al régimen político y al sistema económico, abundan los ejemplos de estas reacciones.

El derecho a la salud y su satisfacción, es tradicionalmente, un principio de alta cohesión social. Nada mueve más a la conciencia ciudadana que las inequidades ante la enfermedad y la muerte. En un momento de crisis, de posibles cambios en el sistema de salud, debemos apelar a la solidaridad tradicional de la población y a exigir la intervención de un Estado más participativo para su fortalecimiento.

Además, no se tiene ninguna evidencia que soporte la idea de que la búsqueda de la cohesión social, -entendida como una condición necesaria para la perpetuación de los sistemas sociales frente a los retos de la multiculturalidad de sus agentes, la concentración de los recursos, la exclusión de individuos, y la desigualdad entre los mismos- sea un obstáculo para la eficacia económica. Por el contrario, en todas partes la democracia ha sabido imponer instituciones de solidaridad. Y las sociedades más solidarias están lejos de ser las que obtienen menores resultados.

En el contexto de la globalización, la apertura de los países a los intercambios internacionales, más allá de consideraciones ideológicas, pueden o no ser una amenaza. Las sociedades que son capaces de diseñar, ejecutar y evaluar medidas específicas para prevenir los efectos negativos y potencializar las oportunidades producto de intercambios de bienes, servicios y grupos poblacionales, son aquellas que han logrado avanzar en el desarrollo humano. Las lecciones aprendidas son muchas y el colocar al ser humano en el centro del desarrollo, con respeto a los recursos naturales y construyendo escenarios de paz y justicia social, es el sueño y meta de los gobernantes de este siglo. Sin duda, esa es la meta que logró la declaración de los objetivos del milenio. En un sistema de salud que depende de las políticas de empleo, la incorporación de las poblaciones móviles a la fuerza de trabajo por las diversas modalidades, es una necesidad por razones de

derechos, justicia y solidaridad, sin dejar de lado su potencial contribución a la sostenibilidad financiera del sistema.

Stiglitz afirma que la política social debe guiarse por cuatro principios básicos: universalidad, solidaridad, eficiencia e integralidad, - que se han confundido en los últimos años- al promoverse los instrumentos de la focalización; criterios de equivalencia entre contribuciones y beneficios; descentralización, participación del sector privado, que han suplantado los principios en las reformas del sector social. Los instrumentos deben estar supeditados a los principios, la focalización debe visualizarse como instrumento para mejorar el acceso y la cobertura de los servicios y nunca como sustituto de la universalidad (Stiglitz, 1973).

Este enfoque de derechos ciudadanos, es compartido con enfoques contemporáneos sobre el desarrollo, como es la teoría del “desarrollo humano” (PNUD, 1994) o el de desarrollo como libertad, de A. Sen (1999), cuyos enfoques centran el objeto del desarrollo económico en el ser humano y no el ser humano en función del mercado; de ese tamaño es la discusión contemporánea.

Desde una perspectiva más práctica, me propongo en el siguiente apartado, repasar mi contribución en el desarrollo de un sistema de salud más justo, más equitativo y más solidario. Espero, además, que ustedes logren también la identificación de los retos y los desafíos, desde la perspectiva ética.

## **II. Algunas lecciones aprendidas**

### **A. Reflexiones sobre gobernabilidad**

La construcción de políticas públicas sanitarias requiere necesariamente de un análisis de la gobernabilidad con la que se cuenta o que se debería de contar; para lo cual debemos de conocer a profundidad la condición o situación que se desea consolidar, cambiar o modificar, y la sistematización de la evidencia científica. Tener claro el rumbo y la meta, una organización básica -sencilla y eficiente- que como condición ineludible es el respeto a la divergencia, reconocimiento de los diversos intereses, capacidad de negociación y buena comunicación institucional e interpersonal; así como la capacidad de seguimiento a los acuerdos y asumirlos con responsabilidad. La motivación depende, la mayor parte de las veces, del acceso a toda la información disponible; sin olvidar que la participación de los diversos grupos debe considerarse desde el inicio, es decir, desde la identificación del problema, condición o situación que deseamos intervenir, ya que de ello dependen los

resultados, que no es más que la construcción de políticas sanitarias sostenibles.

La representación de individuos y grupos públicos y privados, instituciones, sociedad civil, medios de comunicación, academia e investigadores, así como las visiones, locales, subnacionales, nacionales, regionales y globales; son fundamentales, tanto de los que se benefician de la política como de aquellos que sienten, perciben y en realidad ven afectados sus intereses, sin olvidar los que lideran esa construcción. Las posibilidades de mantener la adherencia de los diversos actores sociales, como se mencionó anteriormente, requieren de reglas claras, acceso a la información, posibilidad de expresar ideas y posiciones, así como de disentir. Las reglas claras, ¿hacia dónde vamos?, ¿qué buscamos?, ¿qué esperamos?, ¿cuáles son los instrumentos o mecanismos de que se dispone para asegurar un producto de calidad? Es decir, el establecimiento de términos de referencia a los que como grupo nos comprometemos.

Una vez, asumido el reto, el líder del proceso, tiene que tener claro que su propio reto es lograr identificar las necesidades de los diversos grupos, hacer uso de las mejores herramientas para la convocatoria y desarrollar credibilidad en el proceso. Así mismo, contar con los recursos financieros, técnicos, tecnológicos y logísticos, sin olvidar dejar espacio para la creatividad. En el contexto político, evaluar el capital político, es decir, cuál es el grado de libertad con el que se cuenta para plantear temas estratégicos y de cambios de comportamientos colectivos; y como si fuera poco -la construcción de las políticas sanitarias-, tienen que ser una oportunidad de consolidar el liderazgo y no de desgaste personal, familiar, institucional y del Gobierno. El proceso de la medición de las funciones esenciales en salud pública a nivel nacional y subnacional (FESP), brinda desde la perspectiva de conducción una valoración cualitativa del desempeño del sistema sanitario, pudiendo convertirse en una oportunidad para hacer una valoración táctica de la competencia con la que cuenta el país para responder a las diferentes necesidades, que requieren de políticas, planes o programas, sin duda, una experiencia positiva en el país.

El diálogo activo, en condiciones de igualdad y permanente intercambio entre portadores de diferentes culturas, es básico para asegurar una construcción de las políticas. De hecho, en varios procesos que ha conducido el Ministerio de Salud se está en permanente diálogo con grupos sociales de otras culturas. En este

diálogo debemos recoger los conocimientos y prácticas que sentimos como ajenos y cotejarlos con los que nos son propios, y en ese intercambio y encuentro, estar abiertos a generar prácticas y conocimientos novedosos que se plasmen en las políticas, programas y proyectos dirigidos a grupos específicos con necesidades específicas.

El análisis de las fuerzas, sobre todo, cómo se expresan esas fuerzas, requieren de atención y dedicación. Esas fuerzas, pueden ser visibles y expresarse transparentemente o, por el contrario, amorfas, pero son lo suficientemente fuertes como para detener o, lo que es peor, cambiar de meta. Las fuerzas, también pueden provenir de individuos (personas que perciben un beneficio o perjuicio), de grupos de presión (trabajadores, gremios profesionales, sindicatos), de las empresas (que ven lesionados o amenazados sus objetivos), de los medios de comunicación (que construyen opinión pública y ven en la controversia una oportunidad de ganancias), sin olvidar las resistencias institucionales internas y externas. En fin, esas fuerzas, algunas veces se expresan como resistencias como consecuencia de vanidades institucionales, personales, de género, intergeneracionales y hasta ideológicas.

La elaboración de políticas específicas es un paso que incursiona la mayoría de las veces en la expresión de resistencias socioculturales: ideas, creencias y prácticas. Dentro de las más controversiales, se encuentran las relacionadas a la sexualidad, donde convergen creencias, teorías y prácticas; así como realidad y responsabilidad, en los distintos niveles de la sociedad. Este campo-sistema de salud tiene varias responsabilidades, una de ellas es disminuir la brecha de conocimiento e información en salud, para que los individuos y grupos tomen decisiones informadas, con base a sus propias necesidades. El uso del condón, por ejemplo, ha provocado diversas posiciones; algunas de orden moral que entorpecen o retrasan el que esos grupos e individuos logren prevenir y evitar enfermedad y muerte como en el caso del SIDA. ¿Existen alternativas de protección?, ¿quién y quiénes son los responsables?, ¿dónde empieza y dónde termina esa responsabilidad?, ¿son las consideraciones morales o religiosas las que tienen que prevalecer?, ¿cuáles son los argumentos?, ¿se encuentran esos argumentos en el plano racional o en el de las creencias?, ¿quién o quiénes asumen ante los colectivos la responsabilidad de avanzar o no en materia sanitaria? El lograr la educación de la sexualidad desde la infancia no es una responsabilidad directa del sector salud,

pero, ¿puede el sector esperar, mientras ocurren casos y muertes potencialmente evitables?

Continuando con el tema de la sexualidad, otro ejemplo, es la introducción de medicamentos para evitar el embarazo, posterior a las relaciones sexuales. En los últimos años este tema ha llamado la atención del público, academia, grupos religiosos, ginecólogos, y grupos que luchan por los derechos. En este sentido, se pueden encontrar artículos, reportajes y sesiones de discusión relacionados con los posibles efectos sobre la concepción. Unos grupos se apoyan en las creencias religiosas, otros en argumentos científicos y otros en los derechos de las mujeres a decidir. Llama la atención que cualquier medicamento para su venta en el país requiere de un registro sanitario similar al que se utiliza en otros países, el hecho concreto es que al día de hoy, ese proceso no ha dado inicio y la controversia pasa por momentos críticos y luego de silencios. La pregunta es ¿cómo surgen esas controversias?, ¿a quiénes se les está cargando esa responsabilidad?, ¿quién o quiénes se benefician de esa situación, quién o quiénes se perjudican?, ¿los grupos de mujeres y los que luchan por los derechos continuarán con esta lucha?, ¿la empresa privada, productores y distribuidores han asumido un rol socialmente responsable ante la sociedad?

## **B. Reflexiones sobre los recursos**

Se escucha frecuentemente que se requieren recursos extras para mantener los logros y enfrentar los nuevos retos sanitarios, y así es. Sin embargo, lograr un incremento en el presupuesto está directamente relacionado a la solidez de los argumentos para ese incremento, tienen que ser convincentes sobre su impacto. Visibilizar el impacto en una forma concreta y convincente para los niveles estratégicos y para la población, es una prioridad. La disminución de muertes, el aumento de coberturas, mayor cantidad de años a vivir para las próximas generaciones y mejoramiento en la calidad de los servicios, son impactos de largo plazo, la disyuntiva, entonces, es el establecimiento de indicadores intermedios, que sean potencialmente alcanzables y percibidos por parte de los trabajadores de la salud y la población como logro.

En la búsqueda de nuevos recursos también surgen consideraciones políticas, estratégicas y éticas. Las fuentes de financiamiento pueden ser estructurales o coyunturales. Los cambios estructurales como incremento en el porcentaje de las contribuciones o la incorporación de nuevos grupos, son las acciones más sanas para el sistema, ya que el endeudamiento debe estar lo suficientemente justificado

para obras de infraestructura. El país cuenta con una reforma fiscal que busca recursos extras para incrementar la inversión social, dado que la mayor parte de los recursos se destinan al pago de la deuda. Sin embargo, después de cinco años, aún no ha sido posible que se apruebe en la Asamblea Legislativa. En el caso de las segundas, se pueden identificar: (1) utilización de recursos ociosos; (2) movilización de recursos dentro del mismo sector; (3) el mejoramiento en la recaudación; (4) participación de gobiernos locales, (5) alianzas estratégicas con academia, grupos organizados, empresa privada; (6) apoyo internacional; estrategias que en la realidad son complementarias, ya que ninguna de ellas, por sí solas, puede solventar la limitación de recursos. Un sistema solidario y universal como el costarricense, enfrenta retos relacionados al perfil de salud-enfermedad de la población, el envejecimiento de la población, las discapacidades y los costos de la atención, por lo que el asegurar la recaudación y evitar morosos, entre ellos al propio Estado, son acciones estratégicas permanentes.

Los recursos económicos son una condición necesaria, pero no suficiente para lograr buenos resultados en materia sanitaria, es decir, para disminuir la mortalidad infantil, mantener las enfermedades transmisibles controladas, y enfrentar los nuevos problemas de salud; se requiere, además, de instrumentos y mecanismos de eficiencia, calidad y calidez de los servicios de salud, así como sistemas de medición del desempeño del sistema por parte de la ciudadanía, y transparencia en el uso de los fondos públicos. Los esfuerzos exitosos en eficiencia son aquellos, que sin abandonar los objetivos sanitarios, hacen un uso adecuado de los recursos disponibles, sean estos humanos, físicos, tecnológicos o informáticos.

El diseño, ejecución y evaluación de los instrumentos para mejorar eficiencia, deben tomar en cuenta que la reducción de los costos basados en la reducción del personal puede convertirse en perverso para la administración. En la gestión de los recursos humanos sanitarios es indispensable tomar en cuenta los aspectos de seguridad, salarios, compensaciones e incentivos, así como mecanismos de regulación y reconocimiento; para lograr la colaboración y el compromiso en temas tan sensibles para la población como el evitar o recuperar la salud.

Otro aspecto al que quisiera dedicar una mención especial, es la distribución de los recursos económicos, tecnológicos, de infraestructura y humanos, con base en las necesidades en salud de los diversos grupos poblacionales, ya sea esta distribución por grupos de edad, área geográfica, género o etnia. En varios

documentos publicados entre el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud, y grupos técnicos del país, se ha documentado que las poblaciones indígenas tienen una esperanza de vida al nacer 20 años menos que el resto de la población (Ministerio de Salud, 2004), también se ha documentado una mayor concentración de los recursos humanos estratégicos (médicos por habitantes) en áreas urbanas que en las zonas de mayor pobreza del país (27 médicos por cada 10.000 habitantes en área metropolitana, mientras 7 médicos por cada 10.000 habitantes respectivamente); carencia de ciertas profesiones y especialidades médicas. La búsqueda de una distribución de los recursos más justa y equitativa, es para garantizar que los beneficios sean acordes con las necesidades y particularidades culturales de los diferentes grupos sociales. Un principio de equidad basado en el respeto a la diversidad y un acceso entendido más allá de la disponibilidad como oportunidad, funcionalidad, distancia-tiempo, costos y aspectos socioculturales, está directamente ligado a la gestión de los recursos humanos en salud.

En el tema de recursos humanos, también, quisiera compartir la preocupación de estudiantes, padres de familia, sector educación, sector salud y ciudadanía en general, ante la carencia de ciertos recursos estratégicos como anestesiólogos, y explosión de carreras universitarias que no responden a las necesidades de la población, ni del sistema de salud, como las 17 carreras universitarias públicas y privadas para la formación de psicólogos; 8 carreras para la formación de médicos, 8 carreras de enfermería, entre otras, para un país con un total de población de 4.2 millones de habitantes (OPS-OMS, 2006, 2003) y que, además, la mayor parte prefieren las zonas urbanas en donde la oferta laboral es mayor.

El sistema de salud de Costa Rica, cuenta desde sus orígenes con principios que orientan el quehacer institucional y social, como el de la solidaridad. Las orientaciones políticas, dirigidas a operacionalizar es una de las preocupaciones y ocupaciones de los hacedores de políticas. Es un hecho, que algunas estrategias exitosas en Costa Rica y en el mundo como la Atención Primaria en Salud, dada en la declaración de Alma Ata y en la última resolución de la OMS, permiten una vez más consolidar los sistemas sanitarios, ya que dentro de sus estrategias se encuentran: el trabajo intersectorial, multidisciplinario, uso de tecnología apropiada y participación de la comunidad para una consolidación de los principios de solidaridad; es decir, cómo la sociedad se organiza para brindar servicios de calidad a la población que habita

el territorio nacional. En este punto, existe una oportunidad nuevamente de revitalizar la atención primaria en salud, para buscar incansablemente los programas y estrategias para mantener a la población sana, evitar enfermedades infecciosas, lograr una vida saludable, evitar muertes prematuras y disminuir la discapacidad.

Tal y como mencioné en la primera parte de este artículo, los recursos económicos asignados para la atención integral en salud son una limitación que ha existido en el pasado y, sin duda, prevalecerá; entonces, se requiere buscar e identificar nuevos recursos, ser más eficientes, pero sobre todo, en materia sanitaria ser más efectivos. Si los problemas de salud que tienen mayor prevalencia en el país son los relacionados a las enfermedades crónicas, cáncer y accidentabilidad, de qué manera responde el sistema sanitario. Los presupuestos evidencian esa prioridad; la prioridad es dada en forma residual, son las autoridades de salud las que luchan y logran los recursos o éstos son tomados en otra instancia, cuya responsabilidad política es la estabilidad macroeconómica y no la salud. Ante estas disyuntivas, las políticas tienen que avanzar, pero entonces, cuál es el rol del líder sanitario, en el primer caso ser eficientes, efectivos y transparentes; en el segundo caso, va a requerir mayor capacidad de negociación para convencer que para lograr los resultados necesarios, se requieren más recursos y de no lograrlo, dejar sentadas responsabilidades también ante el cuestionamiento público.

### **C. Reflexiones sobre riesgos globales**

En este apartado tengo la intención de abordar aspectos diversos como: los desastres naturales, la movilización de la población, las amenazas globales como el SARS y la Fiebre Aviaria.

Los eventos adversos o catastróficos, cada vez más frecuentes y más severos en la Región Centroamericana, colocan también un ingrediente de complejidad en el análisis de las necesidades en salud de las poblaciones, las cuales en muchas ocasiones con gran esfuerzo han logrado inversiones para el desarrollo, y que en unos cuantos segundos pierden, no solo pierden esa oportunidad, sino que retroceden hasta 50 años, como es el caso del Huracán Mitch (OPS, 2000).

Las habilidades que tiene que desarrollar el país van más allá del sistema de salud y de la preparación para un eventual desastre, está relacionado a evitar y disminuir las posibilidades de enfermar,

lesionar o morir como consecuencia de un evento natural; trascender la fase de respuesta e incursionar en aspectos de reducción de la vulnerabilidad, está ligado al desarrollo humano, es decir, a la gente, y es un compromiso ante la sociedad. Una sociedad que históricamente ha privilegiado educación, salud, vivienda digna, respeto a la naturaleza, convivencia pacífica y sin ejército, también está en la posibilidad de construir un futuro menos vulnerable.

En varios documentos de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, se ha documentado que la vulnerabilidad a desastres naturales, no está solo relacionada a la vulnerabilidad social con o sin pobreza. Está relacionado a las posibilidades reales que tienen las poblaciones ubicadas en zonas de amenaza natural o antrópica a estar informados, con capacidad de organización, posibilidad de movilizar recursos, actuar sobre su entorno comunitario. En este sentido, el accionar del sistema de salud es interdependiente de los otros sectores de la sociedad, por tanto los programas y planes tendrán que ser integrales e integrados para no duplicar esfuerzos y evitar el desperdicio de recursos. ¿Cómo y quiénes abordan los aspectos éticos en situaciones de desastre?, ¿la construcción de viviendas y edificios públicos en zonas de riesgo, se evidencia?, ¿tienen las comunidades los espacios para proponer medidas correctivas?

Un segundo aspecto que deseo tratar en estas reflexiones, es la movilización de las personas y grupos humanos, por razones turísticas o de exclusión social, una mirada rápida a estos movimientos de personas podría caer en la conclusión de que no tienen nada en común, sin embargo, ambas consumen bienes y servicios específicos, y ambas generan cambios socioculturales, laborales y comerciales. Ambos fenómenos, enfrentan a las sociedades a hacer lecturas de sus propios logros y valores socioculturales, así como de las limitaciones que se identifican para los propios habitantes. El manejo de estas dos realidades permitirá, sin duda alguna, sociedades más tolerantes, más justas y equitativas.

En el caso de la movilización por razones turísticas, se ha logrado documentar en distintos países la necesidad de regulaciones estrictas en el uso de los recursos naturales: como el recurso agua y la protección de las cuencas ante diversas fuentes de contaminación, protección de playas y bosques, por citar algunos ejemplos. No son escasas las regulaciones alrededor de la protección de los valores socioculturales como: el idioma, los edificios y el patrimonio histórico; sin olvidar las necesidades en infraestructura y logísticas que requiere esa actividad económica para operar

satisfactoriamente. Las posibilidades de modificación de patrones de consumo, como consecuencia de la exposición a modos de vida diferente, se expresan en cambios en la alimentación, vestuario, confort y sobre su propia realidad, es decir, las posibilidades o no de parecerme y acercarme culturalmente a los otros.

La atención en salud de las necesidades de los grupos que se movilizan como consecuencia de la exclusión social, requiere de adaptaciones específicas, así como del reconocimiento por parte del país receptor de la contribución y los derechos de esos grupos. Estos movimientos pueden darse a lo interno de un país, de una sub-región (como la Centroamericana), regionales como los latinoamericanos hacia Estados Unidos de Norteamérica (USA) o intercontinentales como la movilización de África y Ecuador hacia España. Un aspecto, al que deseo referirme, es la ausencia de información sobre el concepto de salud, las prácticas y las costumbres que las personas llevan a sus nuevos destinos y cómo éstas retroalimentan a los servicios de salud, cuáles son las normas interpersonales aceptadas o no. Desde la perspectiva del país receptor también surgen distintas reacciones, desde la asignación de recursos comunitarios o institucionales para la acogida hasta la deportación por falta de documentos; desde la incorporación al mercado laboral hasta la informalidad; desde la atención integral hasta desconocer esos derechos. ¿Cuáles son las posibilidades de cobijar a los recién llegados a los beneficios que la sociedad receptora ha construido a lo largo de su historia?, ¿la respuesta que tiene que elaborar un país desarrollado para la recepción de poblaciones excluidas no es la misma que en un país en vías de desarrollo?, ¿cuáles serían los requerimientos mínimos que la sociedad internacional está dispuesta a solicitar al país expulsor?

Por otro lado, también surgen nuevas amenazas para las poblaciones, como el SARS y la fiebre aviaria; los efectos que produjeron los casos de SARS en Canadá, China y otros países de Asia rebasaron al sistema de salud y, además, pusieron en evidencia algunas debilidades en diversos niveles gubernamentales. La alerta que lanzó la Organización Mundial de la Salud sobre el riesgo de una pandemia de fiebre aviaria, también ha colocado en la preocupación pública la necesidad de preparación ante una enfermedad que aún se desconoce su agresividad. Sin embargo, se han colocado recursos a nivel mundial para la elaboración de vacunas, medicamentos, insumos médicos, se ha capacitado al personal de salud, se han elaborado planes de respuesta para los sectores público y privado a nivel nacional y regional. Algunas discusiones alrededor de este

tema, se han centrado en la concentración de recursos ante un riesgo que algunos perciben lejano mientras los países en desarrollo no han logrado resolver los problemas de enfermedades transmisibles y los materno-infantiles. Sin embargo, el sector salud tiene que estar preparado y, a la vez, hacer un manejo de la información disponible de tal manera que la población pueda tener acceso a la información oficial. Las posibilidades de generar pánico de este tipo de riesgo hace necesario un manejo cuidadoso, basado en evidencia y transmitido con serenidad, sin minimizar las consecuencias.

Los riesgos globales son sólo un ejemplo de las contradicciones a las que se enfrentan los líderes sanitarios. Los efectos sobre la salud de las personas, las economías y sobre la seguridad de las poblaciones aún están por documentarse.

### **III. Desafíos en la construcción de políticas públicas**

- Se requieren más recursos para mantener los logros alcanzados por el sistema de salud costarricense y para enfrentar los retos, una reforma fiscal es inevitable.
- No olvidar que los logros en salud, son el axioma para enfrentar nuevos retos y nuevas formas de organización, construcción de alianzas con los sectores académicos, privados, públicos y la ciudadanía, en donde los códigos de ética de estas relaciones, tienen que estar explicitados en documentos y asumidos por las partes.
- Se requieren nuevos esquemas de cooperación técnica y financiera, entre países de ingreso medio, para romper el círculo vicioso de a mayor desempeño del sistema sanitario menor cooperación técnica y financiera. Es decir, una nueva ética internacional en donde se coloquen también recursos para los sistemas de salud, basados en su desempeño —es decir, en sus logros— y abandonar la clasificación de los países por el producto interno bruto.
- Las decisiones en salud tienen que ser basadas en evidencia científica y empírica, disminuir la brecha de conocimiento y colocar éstos a disposición de la población, permitirán tomar las mejores decisiones ante la amplia oferta de bienes y servicios.
- El reconocimiento de los intereses de los diversos grupos, en donde el Estado Regulador, además de reconocer ese escenario,

activamente vela porque los beneficios en salud lleguen a todos respetando y atendiendo la diversidad.

- Alianzas sociales y políticas capaces de transformar conflictos distributivos en acuerdos básicos de agenda y las políticas de desarrollo, pese a su complejidad, son una prioridad.
- Desarrollo de mecanismos e instrumentos para la denuncia y establecimiento de sanciones de delitos contra la función pública.
- Aumento de las garantías en materia de libertad de prensa e información para la promoción y defensa de los derechos de quienes más lo necesitan.

“No se resuelve con menos Estado, sino con un Estado más activo”.

#### **IV. Conclusión**

La situación actual obliga a replantear la protección social en el marco de una solidaridad integral, en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos. Se hace necesaria la concertación de un nuevo pacto social, que tenga los derechos sociales y el derecho a la salud como horizonte normativo, y a las desigualdades y limitaciones presupuestarias como problemas sociales a resolver colectivamente para enfrentar y hacer realidad estos derechos. El avanzar en salud de todos los habitantes del país en medio de las contradicciones, es el reto del pasado, del presente y del futuro de los líderes sanitarios que asumen la responsabilidad de construir políticas públicas.

La democratización del conocimiento y de las tecnologías colocan a la población en una posición de mayor demanda y denuncia, así como de una mayor participación en el cuidado de su propia salud, cuidado familiar y comunitario, obligan a los líderes en salud a estar informados, saber integrar, saber comunicar y estar en constante auto evaluación, así como lograr conformar un grupo de referencia o evaluadores externos. Algunas de las nuevas competencias de estos líderes en salud para el siglo XXI estarán relacionadas a la posibilidad de integración de conocimientos, laborar en escenarios agrestes, trabajo en equipo, liderazgo, flexibilidad, lecturas y contacto con los agentes de salud y la población a nivel subnacional, nacional y global. Es así como las inteligencias

analíticas, intuitivas, cognoscitivas, de género y tecnológicas tienen que converger para la toma de decisiones.

La historia de Costa Rica en materia sanitaria, da la evidencia empírica de que el sistema de salud es más que la prestación de servicios para recuperación de la salud, ya que es un elemento básico en la construcción de la identidad costarricense, es decir, la población tiene una cultura de salud pública de derechos, equidad y justicia social, que se construyó en un contexto económico y social distinto. El futuro va a estar mediatizado por la capacidad de los líderes políticos para fortalecer los logros, enfrentar los retos y, a la vez, no perder los valores que le dieron vida a la sociedad costarricense actual. Por último, también es responsabilidad de los gobiernos, buscar alianzas con otros gobiernos y lograr que la cooperación internacional vea, apoye, y contribuya en asignar más recursos en los países pobres con alto desempeño y con evidencia del mejoramiento de las condiciones y calidad de vida, si se asumen políticas públicas sanitarias justas y equitativas.

## **REFERENCIAS**

- Academia de Medicina Costa Rica. 2006. Memoria, se encuentra en edición. Celebrada en Costa Rica en abril.
- Frenk, Julio. 2004. Reporte de la Comisión Macroeconomía y Salud. Cuernavaca.
- Garnier, Leonardo. 2005. El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso. Ponencia preparada para el Seminario “Crecimiento, equidad y ciudadanía: hacia un nuevo sistema de protección social”, organizado por el Doctorado en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 19-21 de noviembre.
- Klisberg, Bernardo. 2003. Nuevas ideas en política social y concertación para el desarrollo social. En VII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 26-31 Oct.
- Martínez Franzoni, Juliana. 2005. Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de servicios. Documento presentado en la conferencia “Latin American Perspectives on Public Health”, Universidad de Toronto, mayo.
- Ministerio de Salud. 2004. Defensoría de los Habitantes, Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social. Situación de Salud de la Poblaciones Indígenas. Costa Rica.
- OIT. 1999. Decimocuarta Reunión Regional de los Estados Americanos miembros. Lima, Perú, entre el 24 y el 27 de agosto.
- OMS 46 Asamblea Mundial de la Salud. Hacia la Salud para todos en el Siglo XXI.
- OPS. 2000. Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, Huracán Mitch Una mirada a algunas tendencias para la reducción del riesgo. América Central, Costa Rica.
- OPS-OMS. 2003. Ministerio de Salud, Análisis del Sector Salud. Costa Rica.

- OPS-OMS. 2006. Ministerio de Salud, Recursos Humanos en Salud en Costa Rica. Informe actual y desafíos para una década. Costa Rica.
- OPS-Ministerio de Salud de Costa Rica, Estado de la Nación, Asociación de Seguridad Social.
- Picado, Gustavo, Acuña, E. y Santacruz, J. 2003. El Financiamiento en Salud en Costa Rica. Ministerio de Salud, OPS.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 2004. Informe Desarrollo Humano.
- Rodrick, Dani (1998). Why do More Open Economies Have Bigger Governments. *Journal of Political Economy*.
- Sacks, Jefry. 2002. Disertación sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Cooperación Internacional. Disertación en la conmemoración de los 100 años de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, diciembre.
- Sen, A. 1999. On Ethics and Economics. xv, 131 p.
- Stiglitz, Joseph. 1973. Approaches to the Economics of Discrimination. *American Economic Review*, 63.
- Stiglitz, Joseph A. 2003. El mundo de las reformas: hacia una nueva agenda para América Latina, *Revista de la CEPAL* No. 80, pp. 7-40, agosto.

## **DATOS BIOGRÁFICOS DE LA AUTORA**

*María del Rocío Sáenz Madrigal*, obtiene el grado en Medicina y Cirujana en la Universidad La Salle, en México Distrito Federal, Grado de Master en Salud Pública en la Universidad de Costa Rica, estudios de postgrado en la Universidad de Pittsburg. Ha laborado en el nivel nacional y subnacional de Costa Rica, como Médico Director de Área de Salud, Director Regional, Programa de Preparativos para Desastres, Dirección de Desarrollo de la Salud; Coordinadora del Programa de Preparativos para Desastres de la OPS-OMS en Centroamérica. Ha sido docente del grado en la carrera de Gestión Ambiental, en la Universidad Nacional; docente de epidemiología de Maestría en Epidemiología; docente en la Maestría en Salud Pública en la Universidad de Costa Rica, docente en los cursos de Entrenamiento en Epidemiología del CDC post Mitch. En los últimos cuatro años se ha desempeñado como Ministra de Salud y Coordinadora del Gabinete Social en Costa Rica.