

LA RESPONSABILITÉ DES GOUVERNEMENTS DU MONDE FACE À LA SANTÉ PUBLIQUE DE LEURS POPULATIONS

María del Rocío Sáenz Madrigal

Lorsque j'ai été invitée à collaborer à *Ethos Gubernamental* avec le présent article, la première chose que j'ai souhaitée a été de partager une vision du développement du système de santé costaricain, à partir de mon expérience dans le secteur public, en tant que médecin, avec un master en santé publique, avec une expérience d'enseignement, et une expérience dans des situations d'urgence et de catastrophes en Amérique latine, en particulier en Amérique centrale, et enfin, au cours des quatre dernières années, en tant que Ministre de la Santé.

Ainsi, je me propose de passer rapidement en revue les antécédents et la situation du système de santé costaricain, qui comprend le concept de santé-maladie et les aspects historiques du développement du système de santé costaricain qui permettront de montrer l'engagement éthique de la société costaricaine à la construction d'une société plus juste, plus équitable et plus saine; pari humaniste qui j'espère les motive à enrichir la gestion intégrale des politiques du développement (Kliksberg, 2003; Sacks, 2002). Dans le deuxième segment, je présente quelques-uns des enseignements tirés du point de vue de la perspective de la gouvernabilité, des ressources et des risques mondiaux. Dans la troisième section, je présente certains défis dans la formulation de politiques publiques avec une mention sur les défis des décideurs des politiques, les *policymakers* au 21^{ème} siècle, pour terminer par le rôle international. J'espère que ce premier effort de systématisation de l'expérience personnelle puisse servir à inciter d'autres, que ce soit dans les espaces politiques, académiques et de la société civile, à approfondir la réflexion sur les défis de la construction de la citoyenneté, de la démocratie, de la justice et de la paix sociale.

La responsabilité des gouvernements du monde face à la santé publique de leurs populations est, sans nul doute, un défi de

premier ordre. Dans la deuxième partie de cet article, je procéderai à une révision historique et normative, et également empirique du développement du système de santé costaricain. Ma prétention est de réussir à prouver que les succès en matière de santé exigent des actions continues, des engagements de l'État, la défense, la lutte et les contributions des citoyens et, évidemment, qu'il est souhaitable de reconnaître que les réussites ne se font pas par génération spontanée, mais qu'au contraire, l'action est nécessaire si l'on veut construire des sociétés plus justes et plus équitables.

I. Antécédents et situation actuelle du système de santé costaricain

A. La santé comme bien-être et le droit à la santé

Quand en 2005 l'OMS relance le concept de santé en tant que bien-être et droit et qu'il est approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé de 2003, la stratégie de soins primaires pour le 21^{ème} siècle se renouvelle. (Pls check dates 2005, 2003)

La santé est un thème social, économique et politique, mais par-dessus tout, un droit fondamental. L'inégalité, la pauvreté, l'exploitation, la violence et l'injustice sont à l'origine de l'absence de santé et de la mortalité des groupes vulnérables. Les efforts pour améliorer la santé doivent aborder de manière intégrée ses déterminants multiples (OMS).

Il se pose une révision des principes et des valeurs sur la façon dont travaillent les citoyens et les gouvernements pour être en bonne santé et non seulement ne plus être malades, dans laquelle il est nécessaire d'aborder les macro-déterminants sociaux de la santé (Frenk, 2004). Cette résolution reconnaît l'importance d'une économie saine, dans laquelle la formation de la richesse et sa distribution, à travers des emplois justes, l'assurance des ressources pour l'éducation et l'amélioration de l'infrastructure, conditionnent et déterminent la situation de la santé des personnes, des familles et des communautés, sans oublier la responsabilité des divers groupes dans la construction de leur propre santé, tant individuelle que collective.

Dans le cas du Costa Rica, en 1994, le processus santé-maladie s'est posé conceptuellement, et la santé a été définie comme un produit social dans lequel il faut aborder les déterminants biologiques, sociaux, économiques et environnementaux, tout en reconnaissant que pour le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques sanitaires, il faut un travail intersectoriel et interdisciplinaire.

Le nouveau concept de santé a modelé le système de santé, laissant d'un côté au Ministère de la Santé une fonction dirigeante, à savoir l'expression d'un État régulateur en matière sanitaire, et à la sécurité sociale la fonction de prestataire, à savoir la fonction opérative. Dans le cas du Ministère de la Santé, quatre fonctions stratégiques ont été identifiées : (1) gouvernance et conduite, (2) régulation, (3) surveillance de la santé et enfin, (4) investigation et développement technologique. Ces fonctions sont exprimées dans la structure organisationnelle et fonctionnelle actuelle. Dans le cas de la sécurité sociale, des progrès ont été réalisés en ce qui concerne la loi de déconcentration administrative, la création des comités de santé et le renforcement du modèle de soins réadapté, ainsi que dans l'élaboration des engagements de gestion. Les changements cités antérieurement peuvent être analysés en plus de profondeur dans les mémoires institutionnels et dans les rapports d'exécution des prêts octroyés au pays par la Banque mondiale.

En 2004, lorsque l'on procède à la relance des soins de santé primaires, le pays avait déjà réalisé sa réforme sectorielle plus de six ans auparavant. D'un côté, il affrontait le défi d'avoir augmenté la couverture des services de base, avec la saturation conséquente de certains services en raison du retard dans la construction de la nouvelle infrastructure qui répondrait aux nécessités détectées dans le niveau primaire; et de l'autre, un Ministère de la Santé qui avait transféré les ressources humaines aux soins directs et en consolidation de leur structure fonctionnelle, lesquelles avaient connu un développement faible, avec un cadre juridique encore insuffisant, et des ressources humaines disposées à assumer le défi de la gouvernance de la santé.

L'objectif primordial d'une focalisation de droit sur la politique publique est de favoriser une vision de développement institutionnel centré sur les personnes comme des sujets sociaux, auxquelles sont reconnus leurs droits spécifiques. Il convient de mentionner que lorsque je me réfère au concept de sujet social, je ne fais pas référence à des personnes individuelles, mais au contraire à des collectivités spécifiques qui possèdent une série d'éléments communs, que ce soit les intérêts, les besoins, les perspectives et les discours, qui leur permettent de construire une identité particulière.

La conception de politiques publiques tient compte des inégalités spécifiques et constitue un complément excellent des politiques de santé universelles. Pour garantir l'équité, comme je disais antérieurement, il faut perfectionner l'information disponible

et promouvoir la participation des secteurs sociaux exclus, à l'évaluation des services de santé qu'ils reçoivent.

De ce point de vue, la signification de l'élaboration d'une politique publique va au-delà des actions émanant de l'autorité pour répondre à des situations problématiques déterminées. L'élaboration d'une politique publique implique l'interaction de divers acteurs, facteurs et agents économiques, sociaux, politiques et, en général, elle doit être discutée dans différentes sphères de la société. Elle exige une redéfinition du rôle traditionnel de l'État, dans lequel les décisions sont prises depuis les hautes sphères du gouvernement en marge d'autres acteurs qui représentent des positions et des intérêts déterminés.

B. Construction politique publique : développement du système de santé au Costa Rica

Au Costa Rica, à partir de l'État libéral du dix-neuvième siècle, la nation a procédé à l'élargissement des pouvoirs publics sur la voie de la justice sociale – sans affecter la liberté ou la propriété. Depuis la fin du 19^{ème} siècle, et en particulier au début de la décennie des années quarante du siècle dernier, il a très bien été compris que le droit à la santé repose sur la défense du droit à l'éducation, au travail, au logement digne, à l'alimentation, à l'habillement approprié, et à l'accès opportun aux services de santé. Nos dignitaires de l'époque ont très bien compris l'intégrité des soins de santé et ont établi des mesures pour que les générations futures de Costaricains puissent atteindre une vie digne, et par conséquent, une vie saine.

Des lois et des institutions ont été créées pour la protection des accidents du travail, code du travail; garanties sociales, hygiène industrielle, importation officielle de graines et contrôle de leur prix, impôt sur le revenu, journée maximum de travail, comité de logement (maisons bon marché), comités ruraux de crédit, loi contre l'usure; monopoles des émissions monétaires, de l'essence, de la télégraphie et de la téléphonie sans fil, des assurances; protection des mères et des enfants, déjeuners scolaires, centres intégraux de soins de l'enfance, salaires minimums et assurance sociale obligatoire.

La législation sociale au Costa Rica constitue le point culminant d'un processus historique et social qui s'est cristallisé dans les années quarante. La Sécurité sociale, conçue initialement dans un sens *bismarkien* de protection des travailleurs, s'est élargie très rapidement aux familles et en 1961, 20 ans après sa naissance,

la Loi d'universalisation de la Sécurité sociale est approuvée, donnant un délai de 10 ans à la Sécurité sociale pour qu'elle se concrétise. Nous pouvons affirmer que cette étape confirme l'une des plus grandes transformations du système de santé costaricain qui s'établit dans la Loi, et qui se concrétise dans la réalité des années soixante-dix avec la formation d'un véritable système de sécurité sociale dans le pays.

C. Costa Rica et l'éthique publique : santé pour tous et pour toutes

Depuis la décennie des années cinquante, un nouveau modèle de développement dans le contexte international des importations a été adopté. Dans la décennie des années soixante-dix, le PIB augmente et la participation du secteur de la santé au PIB augmente également, passant de 5,1% en 1970, à 7,6% en 1980. Dans ce contexte s'est développée une politique de l'État, qui a eu un caractère intégral dans la conception de la « lutte contre la pauvreté » et qui s'est développée dans le cadre d'un Plan national de la santé se construisant en fonction de prémisses de base : (a) les soins de santé sont un droit de la population, (b) l'État a la responsabilité de la santé du peuple, (c) les soins de santé doivent être intégraux, (d) il faut qu'existe une intégration des services préventifs avec les services de guérison, (e) il faut qu'existe la régionalisation des services, pour améliorer l'offre et la couverture des prestations au public; et (f) il faut accorder la préférence aux soins ambulatoires.

Deux stratégies de base ont été développées : l'universalisation de la sécurité sociale; et celle de l'extension de la couverture des services aux populations rurales dispersées et aux populations urbaines marginalisées.

Dans les années soixante-dix, pour éviter les duplications, les hôpitaux du Ministère de la Santé sont transférés à la CCSS, de nouvelles formes d'assurance sont créées par loi, afin d'englober les populations qui en raison de leur insertion précaire dans l'emploi formel ne pouvaient pas bénéficier des formes traditionnelles d'admission dans le système. Ces nouvelles formes entrent en vigueur à l'époque de la grave crise économique qu'affronte le pays dans les années quatre-vingt, ainsi que les assurés couverts par l'État et par des conventions spéciales, destinées à la protection sociale en santé des groupes les plus défavorisés. Ceci a permis de faire passer l'extension des couvertures d'assurance de 42% de la population en 1968 à 84%

en 1990, et l'assurance de l'accès de toute la population à tout échelon de complexité du réseau de services publics.

Au début de la décennie des années quatre-vingt, le pays et le système de santé affrontent une des crises économiques les plus graves de leur histoire.

Quelques données suffisent pour comprendre l'ampleur de cette crise. La production qui avait augmenté à un taux moyen annuel de 6% au cours des trente années antérieures, a chuté à 10% entre 1980 et 1982. Le chômage, qui se situait traditionnellement en-dessous de 5%, avait pratiquement triplé en dépassant 14%. L'inflation dépassait 90% en 1982. Les salaires perdirent 40% de leur pouvoir d'achat. Les dépenses sociales chutèrent spectaculairement, en passant de 23% du PIB en 1980 à 16% à peine du PIB réduit de 1982. La pauvreté avait pratiquement doublé en conséquence de tout cela, de sorte qu'en 1982 – tout comme trente ans auparavant – plus de la moitié de la population costaricaine vivait sous le seuil de pauvreté (Garnier et Hidalgo: 1991).

Le secteur santé a affronté cette crise au moyen d'efforts de stabilisation financière qui cherchaient à éviter la faillite du système de sécurité sociale, mais sans provoquer une détérioration des progrès accomplis dans le sens de l'universalité des années antérieures. Ce fut l'époque de « l'intégration des services de santé » entre le Ministère de la Santé et la CCSS durant la période 1982-1986, période au cours de laquelle on s'est efforcé de réduire les dualités de soins au niveau ambulatoire et période qui marque également le début de l'intervention de la CCSS dans les activités de prévention et de santé publique.

Le Costa Rica a développé un système public qui, selon différentes études, est l'un des instruments qui a permis d'atteindre un développement humain élevé avec une économie de pays sous-développé. Il s'agit d'un système universel, équitable et solidaire, construit autour d'un développement important de la santé publique et d'un schéma de sécurité sociale particulier, qui crée l'obligation d'adhésion des travailleurs et qui protège les groupes vulnérables, au moyen de l'adhésion de l'État et d'autres formes, pour universaliser sa couverture.

Les résultats de la politique sociale et la politique de la santé, qui sont suivies par le pays depuis les années soixante-dix, ont permis la réduction de la natalité, de la mortalité générale et infantile et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Ces réussites ont été paradigmatiques, la mortalité infantile a

diminué de 61,5 pour mille naissances vivantes en 1970 à un taux de 13,6 pour mille n.v. en 1991 et l'espérance de vie est passée de 65 ans en 1970 à 75 en 1991.

D. Services de qualité, équité et solidarité, le défi de la gouvernance en santé

Comme le dit Leonardo Garnier (2005) :

Avec la crise certaines autres choses ont changé. En termes de l'environnement international, le monde est passé de l'époque de la tendance à une croissance et une expansion économique à outrance nationaliste et de l'État bienfaiteur – dans un certain sens protégés par la guerre froide – à l'époque du 'consensus de Washington' qui, une fois dépassée la guerre froide, se hissait plutôt dans la réalité de la globalisation et la rhétorique du globalisme (Beck:1998) pour impulser un ensemble de réformes destinées à l'ouverture, la libéralisation, la déréglementation et la privatisation des économies dans l'hypothèse – apparemment économique, mais plutôt idéologique – selon laquelle les causes, que ce soit de la crise comme du faible rendement des économies nationales, étaient toutes liées aux excès de l'interventionnisme étatique des décennies précédentes.

Au Costa Rica, la réforme du secteur de la santé, initiée en 1994, a cherché à améliorer la qualité et l'opportunité de l'accès pour toute la population. Contrairement à d'autres processus de réforme en Amérique latine, celle-ci renforçait la planification, le financement et la prestation publique (directe ou indirecte) des services. Dix années après son début, la couverture d'assurance de la population est de 88%, le taux de mortalité infantile est passé à moins de 10 (9,8 pour mille n.v. en 2005) et l'espérance de vie est de plus de 80 ans. De ce point de vue, la réforme proposée et développée « au style costaricain » a été une réussite, et elle place le système de santé costaricain parmi ceux de qualité très élevée.

La réussite en matière de santé publique implique nécessairement la nécessité d'affronter les problèmes qui émergent et qui deviennent des défis pour l'avenir. Citant Juliana Martínez (2005), chercheuse qui a documenté les effets de la réforme en matière sanitaire...

Dans la décennie des quatre-vingt-dix, la Caisse a cessé d'investir dans les services et l'équipement propre; elle a mené à bien une politique d'expansion du recrutement privé de services malgré qu'elle ne disposait pas d'un système de comptabilité des coûts actualisé qui lui permettrait de comparer ses résultats avec

les coûts des services privés qu'elle embauche (Herrero et Durán, 2001). Quand des estimations ont été disponibles, l'achat de services privés s'est avéré systématiquement plus cher que la prestation directe des services (Assemblée législative, 2001) ...la qualité des services privés assurés à travers la sécurité sociale a laissé beaucoup à désirer et, en général, les accidents n'ont été évalués que quand ils ont été déclarés ou qu'ils se sont produits.

Dans ce contexte, on a observé une augmentation des dépenses privées en santé (Acuña; Picado, 2003) qui sont passées de 23% en 1991 à 30% en 2001, même si ceci concerne principalement les quintiles de revenu plus élevé: le quintile de revenu plus élevé représente 58,2%, alors que le quintile le plus pauvre de la population ne représente que 2,4% du total des dépenses privées. Ces dépenses sont essentiellement destinées à la consultation médicale ambulatoire, à la médecine dentaire, à l'achat de médicaments, et à la réalisation d'examen de laboratoire et de cabinet médical. Les quintiles de revenus élevés et moyennement élevés, résolvent leurs besoins de soins en payant directement de leur poche, alors que le reste des secteurs de revenus moyens et faibles attend d'être soigné dans les services publics.

Au moyen de l'aménagement de services de santé, le Ministère de la Santé a réalisé l'évaluation de normes structurelles d'un étage de base de soins de tous les hôpitaux publics du pays au cours des années 2004 et 2005. Les résultats indiquent des déficiences importantes au niveau des étages physiques, mais plus particulièrement des problèmes au niveau de la dotation des ressources humaines directement liées aux soins directs. Il existe une surcharge de fonctions et une surcharge de travail; situation qui a un impact négatif sur la motivation et l'exercice des activités du personnel. En dépit de tous ces problèmes et d'autres qui ont été détectés, il faut ajouter que la sectorisation a considérablement contribué à l'amélioration de l'accès aux services des populations à plus haut risque.

Dans ce contexte, il est nécessaire de discuter de ces problèmes, et, en tant que pays, initier une discussion qui ne se limite pas aux critères actuariels, ou purement technocratiques, car pour avoir des conséquences sérieuses sur la santé et le bien-être des costaricains, cette discussion doit être éminemment politique et démocratique. De même, dans la construction d'un agenda pour la santé avec le secteur privé, prestataire des services, qui part de la reconnaissance du caractère commercial de ces services, peuvent prévaloir les normes éthiques d'accès, d'universalité, d'équité et de qualité. Il convient de mentionner que cette discussion a connu trois événements

importants: l'un convoqué par une organisation non gouvernementale, à la suite de la campagne politique pour les élections présidentielles, l'autre convoqué par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Ministère de la Santé et l'État de la Nation entre autres, et le dernier organisé par l'Académie de Médecine sur les défis de la sécurité sociale au Costa Rica (Académie de Médecine, Costa Rica, 2006). Je suis cependant convaincue qu'il faut une analyse plus approfondie de la part de la citoyenneté.

E. Droits collectifs et viabilité financière, défi et opportunités

Lorsque l'on analyse l'évolution de certains pays d'Amérique latine après les réformes d'État qui ont commencé à la fin des années quatre-vingts et pendant la décennie des années quatre-vingt-dix du siècle dernier, un fait dominant apparaît: l'ouverture de leurs économies a coïncidé avec une réduction du poids de l'État et du système de l'assurance sociale (Rodrik, 1998). Ainsi, même si d'un côté le niveau d'exposition de ces économies aux « chocs » extérieurs augmentait, dans le même temps, le niveau d'assurance collective offerte par la démocratie diminuait.

Les résultats en Amérique latine de ces politiques, dans des pays avec un niveau plus élevé de tolérance envers les inégalités que celui qu'indique l'histoire du Costa Rica – les valeurs sociales sont déterminantes – sont que la croissance de l'insécurité économique renferme le risque de diminuer l'adhésion des populations à la démocratie et, par conséquent, arrive à mettre en doute le régime politique et le système économique. Les exemples de ces réactions abondent.

Le droit à la santé et la satisfaction de ce droit sont traditionnellement un principe de forte cohésion sociale. Rien n'a plus d'effet sur la conscience citoyenne que les inégalités devant la maladie et la mort. Dans un moment de crise, de changements possibles dans le système de santé, nous devons en appeler à la solidarité traditionnelle de la population et exiger l'intervention d'un État qui participe davantage à son renforcement.

De plus, il n'y a aucune preuve qui soutient l'idée que la recherche de la cohésion sociale, - comprise comme une condition nécessaire pour la perpétuation des systèmes sociaux face aux défis du culturalisme multiple de leurs agents, la concentration des ressources, l'exclusion de personnes et l'inégalité entre personnes – soit un obstacle à l'efficacité économique. Au contraire, partout la démocratie a su imposer des institutions de solidarité. Et les

sociétés les plus solidaires sont loin d'être celles qui obtiennent le moins de résultats.

Dans le contexte de la mondialisation, l'ouverture des pays aux échanges internationaux, au-delà des considérations idéologiques, peut ou non constituer une menace. Les sociétés qui sont capables de concevoir, d'exécuter et d'évaluer des mesures spécifiques pour empêcher les effets négatifs et potentialiser les opportunités, produit d'échanges de biens, de services et groupes de population, sont celles qui ont réussi à progresser dans le développement humain. Les enseignements tirés sont nombreux et la mise de l'être humain au centre du développement, par rapport aux ressources naturelles et la construction de scénarios de paix et de justice sociale, sont le rêve et le but des dirigeants de ce siècle. Il ne fait pas de doute que c'est là le but qu'a atteint la déclaration des objectifs pour le millénaire. Dans un système de santé qui dépend des politiques de l'emploi, l'incorporation des populations mobiles dans la population active par les diverses modalités, est une nécessité pour des raisons de droits, de justice et de solidarité, sans oublier leur contribution potentielle à la viabilité financière du système.

Stiglitz affirme que la politique sociale doit être guidée par quatre principes de base : universalité, solidarité, efficacité et intégralité, - qui se sont confondues au cours des dernières années – en promouvant les instruments de la focalisation; critères d'équivalence entre contributions et bénéfices; décentralisation, participation du secteur privé, qui ont supplanté les principes dans les réformes du secteur social. Les instruments doivent passer avant les principes, la focalisation doit se visualiser comme un instrument pour améliorer l'accès et la couverture des services et jamais comme substitut de l'universalité (Stiglitz, 1973).

Cette approche des droits citoyens est partagée avec des approches contemporaines sur le développement, comme l'est la théorie du « développement humain » (PNUD, 1994) ou l'approche du développement comme liberté, de A. Sen (1999), qui centre l'objet du développement économique dans l'être humain et non l'être humain en fonction du marché; c'est là la dimension de la discussion contemporaine.

D'une perspective plus pratique, je me propose dans la section suivante de réviser ma contribution au développement d'un système de santé plus juste, plus équitable et plus solidaire. De plus, j'espère que vous réussissez vous aussi à identifier les défis et les obstacles, de la perspective éthique.

II. Quelques enseignements tirés

A. Réflexions sur la gouvernabilité

La construction de politiques publiques sanitaires requiert nécessairement une analyse de la gouvernabilité dont on dispose ou dont on devrait disposer; pour cela, nous devons connaître en profondeur la condition ou la situation que l'on souhaite consolider, changer ou modifier, et la systématisation des preuves scientifiques. Bien comprendre la direction et le but, une organisation de base – simple et efficace – qui comme condition incontournable est le respect à la divergence, la reconnaissance des intérêts divers, la capacité de négociation et la bonne communication institutionnelle et interpersonnelle, ainsi que la capacité de suivre les accords et de les assumer avec responsabilité. La motivation dépend, le plus souvent, de l'accès à toute l'information disponible; sans oublier que la participation des divers groupes doit être considérée depuis le début, c'est-à-dire, depuis l'identification du problème, condition ou situation dans laquelle nous souhaitons intervenir, car c'est de cela que dépendent les résultats, qui ne sont rien de plus que la construction de politiques sanitaires durables.

La représentation d'individus et de groupes publics et privés, d'institutions, de la société civile, des moyens de communication, des universités et des chercheurs, ainsi que les visions locales, sous-nationales, régionales et mondiales, sont fondamentales, tant de ceux qui bénéficient de la politique comme de ceux qui sentent, perçoivent et en réalité voient leurs intérêts affectés, sans oublier ceux qui dirigent cette construction. Les possibilités de maintenir l'adhésion des divers acteurs sociaux, comme mentionné antérieurement, exigent des règles claires, l'accès à l'information, la possibilité d'exprimer des idées et des positions, ainsi que d'être en désaccord. Les règles claires, où allons-nous ?, que cherchons-nous ?, qu'attendons-nous ?, quels sont les instruments ou mécanismes dont on dispose pour assurer un produit de qualité ? C'est-à-dire, l'établissement de termes de référence auxquels en tant que groupe nous nous engageons.

Une fois que le défi est assumé, celui qui dirige le processus doit comprendre clairement que son propre défi est d'arriver à identifier les nécessités des divers groupes, d'utiliser les meilleurs outils pour la notification et de développer la crédibilité dans le processus. De même, il doit disposer des ressources financières, techniques, technologiques et logistiques, sans oublier de laisser

place à la créativité. Dans le contexte politique, évaluer le capital politique, à savoir, quel est le degré de liberté dont on dispose pour exposer des thèmes stratégiques et de changements de comportements collectifs; et comme si ce n'était pas suffisant - la construction des politiques sanitaires -, doivent être une opportunité de consolider le leadership et non d'usure personnelle, familiale, institutionnelle et du Gouvernement. Le processus de la mesure des fonctions essentielles en santé publique aux niveaux national et sous-national (FESP), offre une perspective de conduite, une évaluation qualitative de l'accomplissement des fonctions du système sanitaire, pouvant se convertir en une opportunité pour faire une évaluation tactique de la compétence dont dispose le pays pour répondre aux différentes nécessités, qui requièrent des politiques, plans ou programmes, sans doute, une expérience positive dans le pays.

Le dialogue actif, dans des conditions d'égalité et d'échange permanent entre porteurs de différentes cultures, est fondamental pour assurer une élaboration des politiques. En fait, dans divers processus qu'a menés le Ministère de la Santé, il y a un dialogue permanent avec des groupes sociaux d'autres cultures. Dans ce dialogue, nous devons recueillir les connaissances et pratiques que nous ressentons comme étrangères et les comparer à celles qui nous sont propres, et dans cet échange et dans cette rencontre, nous devons être ouverts à des pratiques et des connaissances novatrices qui se concrétisent dans les politiques, programmes et projets destinés à des groupes spécifiques ayant des besoins spécifiques.

L'analyse des forces, surtout la façon dont s'expriment ces forces nécessite attention et dévouement. Ces forces peuvent être visibles et s'exprimer de manière transparente ou, au contraire, être amorphes, mais elles sont suffisamment fortes pour ralentir ou, ce qui est pire, changer un but. Les forces peuvent également provenir d'individus (personnes qui perçoivent un bénéfice ou un préjudice), de groupes de pression (travailleurs, corporations professionnelles, syndicats), d'entreprises (qui voient leurs objectifs affectés ou menacés), de moyens de communication (qui forgent l'opinion publique et voient dans la controverse une opportunité de gains), sans oublier les résistances institutionnelles internes et externes. Enfin, ces forces s'expriment parfois comme des résistances en conséquence de vanités institutionnelles, personnelles, de genre, intergénérationnelles, allant même jusqu'à des vanités idéologiques.

L'élaboration de politiques spécifiques est une démarche qui fait incursion le plus souvent dans l'expression de résistances socioculturelles, d'idées, de croyances et de pratiques. Parmi les plus controversées se trouvent celles se rapportant à la sexualité, où convergent des croyances, des théories et des pratiques, ainsi que la réalité et la responsabilité, dans les niveaux distincts de la société. Ce domaine-système de santé a diverses responsabilités, dont l'une est de réduire les lacunes des connaissances et de l'information en santé, pour que les personnes et les groupes prennent des décisions en connaissance de cause, en fonction de leurs propres besoins. L'usage du préservatif par exemple, a provoqué des positions diverses, certaines d'ordre moral, qui gênent ou retardent ce que ces groupes et ces individus cherchent à prévenir et à éviter, la maladie et la mort comme dans le cas du SIDA. Existe-t-il d'autres moyens de protection ?, qui est responsable et qui sont les responsables ?, où commence et où se termine cette responsabilité ?, est-ce que les considérations morales ou religieuses doivent prévaloir ?, quels sont les arguments ?, ces arguments sont-ils rationnels ou relèvent-ils de croyances ?, quel est celui ou qui sont ceux qui assument devant la collectivité la responsabilité de progresser ou non en matière sanitaire ? L'éducation de la sexualité depuis l'enfance n'est pas une responsabilité directe du secteur santé, mais le secteur peut-il attendre alors que se produisent des cas et des décès potentiellement évitables ?

Poursuivant le thème de la sexualité, un autre exemple est celui de l'introduction de médicaments pour éviter la grossesse à la suite de relations sexuelles. Au cours des dernières années, ce thème a attiré l'attention du public, de l'académie, de groupes religieux, de gynécologues et de groupes qui luttent pour les droits. En ce sens, on peut trouver des articles, des reportages et des sessions de discussion portant sur les effets possibles sur la conception. Certains groupes s'appuient sur les croyances religieuses, d'autres sur des arguments scientifiques et d'autres encore sur les droits de la femme à décider. Il faut noter que tout médicament pour être vendu dans le pays exige un registre sanitaire similaire à celui qui est utilisé dans d'autres pays, le fait concret est qu'au jour d'aujourd'hui, ce processus n'a pas commencé et la controverse passe par des moments critiques et ensuite par des moments de silence. Les questions qui se posent sont les suivantes : comment surgissent ces controverses ?, qui est chargé de cette responsabilité ?, qui bénéficie de cette situation, qui

en subit les préjudices ?, les groupes de femmes et ceux qui luttent pour les droits poursuivront-ils cette lutte ?, les entreprises privées, les producteurs et les distributeurs ont-ils assumé un rôle socialement responsable vis-à-vis de la société ?

B. Réflexions sur les ressources

On entend fréquemment qu'il faut des ressources supplémentaires pour maintenir les réussites et affronter les nouveaux défis sanitaires, et il en est ainsi. Cependant, le fait d'obtenir une augmentation du budget est directement lié à la solidité des arguments employés pour cette augmentation, ils doivent être convaincants sur son impact. Il est prioritaire de rendre visible l'impact d'une forme concrète et convaincante pour les niveaux stratégiques et pour la population. La diminution des décès, l'augmentation des couvertures, le plus grand nombre d'années à vivre pour les prochaines générations et l'amélioration de la qualité des services sont des impacts sur le long terme, l'alternative par conséquent est l'établissement d'indicateurs intermédiaires qui peuvent potentiellement être atteints et qui sont ressentis comme une réussite par les travailleurs de la santé et la population.

La recherche de nouvelles ressources fait également apparaître des considérations politiques, stratégiques et éthiques. Les sources de financement peuvent être structurelles ou conjoncturelles. Les changements structurels comme une augmentation dans le pourcentage des contributions ou l'incorporation de nouveaux groupes sont les actions les plus saines pour le système, du fait que l'endettement doit être suffisamment justifié pour les ouvrages d'infrastructure. Le pays dispose d'une réforme fiscale qui cherche des ressources supplémentaires pour augmenter l'investissement social, étant donné que la majeure partie des ressources sont destinées au remboursement de la dette. Cependant, après cinq ans, il n'a pas encore été possible qu'elle soit approuvée par l'Assemblée législative. Dans le cas des secondes, à savoir, les sources de financement conjoncturelles, on peut identifier : (1) l'utilisation de ressources oisives; (2) la mobilisation de ressources dans le même secteur; (3) l'amélioration des recettes ; (4) la participation des gouvernements locaux, (5) des alliances stratégiques avec l'académie, des groupes organisés, des entreprises privées; (6) l'appui international; toutes stratégies qui dans la réalité sont complémentaires du fait qu'aucune d'entre elles ne peut à elle seule résoudre la limitation des ressources. Un

système solidaire et universel comme le système costaricain affronte des défis liés au profil de santé – maladie de la population, vieillissement de la population, les handicaps et les coûts des soins, ce qui fait qu'assurer les recettes et éviter les mauvais payeurs, parmi eux l'État lui-même, sont des actions stratégiques permanentes.

Les ressources économiques sont une condition nécessaire mais non suffisante pour obtenir de bons résultats en matière sanitaire, c'est-à-dire, pour diminuer la mortalité infantile, garder sous contrôle les maladies transmissibles et affronter les nouveaux problème de santé; il faut en outre des instruments et des mécanismes d'efficacité, de qualité et de chaleur humaine des systèmes de santé, ainsi que des systèmes permettant aux citoyens de mesurer l'accomplissement des fonctions du système, ainsi que la transparence dans l'utilisation des fonds publics. Les efforts réussis en matière d'efficacité sont ceux qui, sans abandonner les objectifs sanitaires, font un usage adéquat des ressources disponibles, qu'elles soient humaines, physiques, technologiques ou informatiques.

La conception, la mise en œuvre et l'évaluation des instruments destinés à améliorer l'efficacité doivent tenir compte du fait que la réduction des coûts basés sur la réduction du personnel peut se convertir en effet pervers pour l'administration. Dans la gestion des ressources humaines sanitaires, il est indispensable de tenir compte des aspects de sécurité, des salaires, des compensations et incitations, ainsi que des mécanismes de régulation et de reconnaissance, pour obtenir la collaboration et l'engagement dans des thèmes aussi sensibles pour la population que ceux consistant à éviter la maladie ou rétablir la santé.

Un autre aspect auquel je souhaite dédier une mention spéciale est celui de la distribution des ressources économiques, technologiques, d'infrastructure et humaines en fonction des besoins de santé des divers groupes de population, à savoir la distribution par tranches d'âge, zone géographique, genre ou ethnie. Dans divers documents publiés entre le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'Organisation panaméricaine de la Santé, et des groupes techniques du pays, il est avéré que les populations autochtones ont une espérance de vie à la naissance de 20 ans de moins que le reste de la population (Ministère de la Santé, 2004), et il est également avéré qu'il y a une plus grande concentration des ressources humaines stratégiques (médecins par habitants) dans les zones urbaines que dans les zones de plus grande pauvreté du pays (27 médecins pour chaque 10.000 habitants en zone

métropolitaine, par rapport à sept médecins pour chaque 10.000 habitants dans les zones de plus grande pauvreté); et qu'il se pose également une carence de certaines professions et spécialités médicales. La recherche d'une distribution des ressources plus juste et plus équitable a pour but de garantir que les bénéfices sont conformes aux nécessités et particularités culturelles des différents groupes sociaux. Un principe d'équité fondé sur le respect de la diversité et un accès compris au-delà de la disponibilité comme opportunité, fonctionnalité, distance-temps, coûts et aspects socioculturels, est directement lié à la gestion des ressources humaines en santé.

Dans le thème des ressources humaines, j'aimerais également partager la préoccupation d'étudiants, de pères de famille, du secteur éducation, du secteur santé et des citoyens en général concernant la carence de certaines ressources stratégiques telles que des anesthésistes, et l'explosion de carrières universitaires qui ne répondent pas aux besoins de la population, ni à ceux du système de santé, comme les 17 carrières universitaires publiques et privées pour la formation de psychologues; les huit carrières pour la formation de médecins, huit carrières pour la formation d'infirmières entre autres, pour un pays avec une population totale de 4,2 millions d'habitants (OPS-OMS, 2006, 2003) et le fait en plus que la majorité de ces professionnels préfèrent les zones urbaines où l'offre de travail est plus importante.

Le système de santé du Costa Rica s'appuie depuis ses origines sur des principes qui orientent les tâches institutionnelles et sociales, comme celui de la solidarité. Les orientations politiques, destinées à être opérationnalisées, sont l'une des préoccupations et l'une des occupations des faiseurs des politiques. Il est un fait que certaines stratégies réussies au Costa Rica et dans le monde comme les soins de santé primaires, indiqués dans la déclaration d'Alma Ata et dans la dernière résolution de l'OMS, permettent une fois de plus de consolider les systèmes sanitaires, du fait que dans leurs stratégies se trouvent le travail intersectoriel, multidisciplinaire, l'usage de la technologie appropriée et la participation de la communauté pour une consolidation des principes de solidarité; à savoir, comment la société s'organise pour offrir des services de qualité à la population qui habite le territoire national. À ce point, il existe une opportunité de revitaliser à nouveau les soins de santé primaires, pour rechercher inlassablement les programmes et les stratégies destinés à maintenir la population en bonne santé, à éviter les maladies

infectieuses, à parvenir à une vie saine, à éviter les décès prématurés et à réduire les handicaps.

Comme je l'ai mentionné dans la première partie de cet article, les ressources économiques allouées aux soins intégrés en santé constituent une limitation qui a existé dans le passé et qui sans nul doute continuera à prévaloir; il faut alors rechercher et identifier de nouvelles ressources, être plus efficaces, mais par dessus tout, être plus effectifs en matière sanitaire. Si les problèmes de santé qui ont le plus de prévalence dans le pays sont ceux liés aux maladies chroniques, au cancer et aux possibilités d'accidents, de quelle manière répond le système sanitaire. Les budgets mettent en évidence cette priorité; la priorité est donnée de forme résiduelle, ce sont les autorités de la santé qui luttent et qui obtiennent les ressources ou alors celles-ci sont prises dans un autre contexte, dont la responsabilité politique est la stabilité macroéconomique et non la santé. Devant ces alternatives, les politiques doivent progresser, mais alors, quel est le rôle du leader sanitaire, dans le premier cas, être efficaces, effectifs et transparents; dans le second cas, il nécessitera une plus grande capacité de négociation pour convaincre que pour obtenir les résultats nécessaires, il faudra davantage de ressources et le fait de ne pas les obtenir posera des responsabilités également devant le questionnement public.

C. Réflexions sur les risques mondiaux

J'ai l'intention d'aborder dans cette section des aspects divers tels que les catastrophes naturelles, la mobilisation de la population, les menaces mondiales telles que le SRAS et la grippe aviaire.

Les événements adverses ou catastrophiques toujours plus fréquents et plus sévères dans la Région de l'Amérique centrale, ajoutent également un ingrédient de complexité à l'analyse des besoins en santé des populations, qui dans de nombreuses occasions ont réussi à investir dans le développement au moyen de gros efforts et qui, en quelques secondes, perdent, non seulement cette opportunité, mais repartent jusqu'à 50 ans en arrière, comme c'est le cas de l'ouragan Mitch (OPS, 2000).

Les capacités que le pays doit développer vont au-delà du système de santé et de la préparation à une catastrophe éventuelle, elles sont liées au fait d'éviter et de diminuer les possibilités de tomber malade, de se blesser ou de mourir en conséquence d'un événement naturel; de transcender la phase de réponse et d'intervenir dans des aspects de réduction de la vulnérabilité, elles

sont liées au développement humain, à savoir, aux personnes, et elles sont un engagement vis-à-vis de la société. Une société qui historiquement a privilégié l'éducation, la santé, le logement digne, le respect de la nature, la cohabitation pacifique et sans armée, se trouve également dans la possibilité de construire un avenir moins vulnérable.

Dans divers documents de la Stratégie internationale pour la réduction des catastrophes naturelles, il a été avéré que la vulnérabilité aux catastrophes naturelles n'est pas seulement liée à la vulnérabilité sociale avec ou sans pauvreté. Elle est liée aux possibilités réelles qu'ont les populations vivant dans des zones de menace naturelle ou anthropique à être informées, avec capacité de s'organiser, possibilité de mobiliser des ressources, d'agir sur leur environnement communautaire. Dans ce sens, le fait de faire fonctionner le système de santé est interdépendant des autres secteurs de la société, par conséquent les programmes et les plans devront être intégraux et intégrés pour ne pas faire les efforts en double et pour éviter le gaspillage des ressources. Comment et qui aborde les aspects éthiques dans des situations de catastrophe ?, la construction de logements et d'édifices publics dans les zones à risque est-elle évidente?, les communautés ont-elles les possibilités de proposer des mesures correctives ?

Un deuxième aspect que je souhaite traiter dans ces réflexions est celui de la mobilisation de personnes et de groupes humains, pour des raisons de tourisme ou d'exclusion sociale. Un coup d'œil rapide à ces mouvements de personnes pourrait en arriver à la conclusion qu'elles n'ont rien en commun et cependant les deux consomment des biens et des services spécifiques, et les deux génèrent des changements socioculturels, de travail et commerciaux. Les deux phénomènes font face aux sociétés en faisant des exposés de leurs propres réussites et valeurs socioculturelles, ainsi que des limitations qui s'identifient pour les propres habitants. Le traitement de ces deux réalités permettra sans aucun doute des sociétés plus tolérantes, plus justes et plus équitables.

Dans le cas de la mobilisation pour des raisons touristiques, on a réussi dans divers pays à documenter la nécessité de réglementations strictes dans l'usage des ressources naturelles : comme la ressource de l'eau et la protection des bassins face à diverses sources de contamination, et la protection de plages et de forêts, pour citer quelques exemples. Les réglementations sur la protection des valeurs socioculturelles ne sont pas rares telles que : la

langue, les édifices et le patrimoine historique, sans oublier les nécessités d'infrastructure et les nécessités logistiques que requiert cette activité économique pour fonctionner de manière satisfaisante. Les possibilités de modification de modèles de consommation, comme conséquence de l'exposition à des modes de vie différents, s'expriment dans les changements dans l'alimentation, l'habillement, le confort et les changements sur sa propre réalité, à savoir, les possibilités ou non de ressembler aux autres et de s'en approcher culturellement.

Les soins de santé répondant aux besoins des groupes qui se mobilisent en conséquence de l'exclusion sociale, requièrent des adaptations spécifiques, ainsi que la reconnaissance de la part du pays récepteur de la contribution et des droits de ces groupes. Ces mouvements peuvent avoir lieu à l'intérieur d'un pays, d'une sous-région (comme l'Amérique centrale), ou ils peuvent être régionaux comme les Latino-américains vers les États-Unis d'Amérique du Nord (USA) ou intercontinentaux comme la mobilisation de l'Afrique et de l'Équateur vers l'Espagne. Un aspect que je souhaite souligner, est l'absence d'information sur le concept de santé, les pratiques et les habitudes que les personnes apportent avec elles à leurs nouveaux destins et la façon dont ces derniers rétroalimentent les services de santé, et quelles sont les normes interpersonnelles acceptées ou non. De la perspective du pays récepteur se produisent également des réactions distinctes qui vont de l'allocation de ressources communautaires ou institutionnelles pour l'accueil, jusqu'à la déportation pour manque de documents; de l'incorporation au marché du travail jusqu'à l'informalité; des soins intégraux jusqu'à l'ignorance de ces droits. Quelles sont les possibilités de faire profiter les nouveaux venus des bénéfices que la société récepteur a construits tout au long de son histoire ?, la réponse que doit élaborer un pays développé pour la réception des populations exclues n'est pas la même que dans un pays en voie de développement ?, quelles seraient les exigences minimums que la société internationale est disposée à prétendre du pays qui expulse ?

D'autre part, de nouvelles menaces apparaissent également pour les populations comme le SRAS et la grippe aviaire; les effets produits par les cas de SRAS au Canada, en Chine et dans d'autres pays d'Asie ont dépassé le système de santé et, de plus, ont mis en évidence certaines faiblesses à divers niveaux gouvernementaux. L'alerte qu'a lancée l'Organisation mondiale de la Santé sur le risque

d'une pandémie de grippe aviaire a également introduit dans les préoccupations publiques la nécessité d'une préparation face à une maladie dont on ne connaît pas encore l'agressivité. Cependant, des ressources ont été assignées au niveau mondial pour l'élaboration de vaccins, de médicaments, de fournitures médicales, le personnel de santé a été formé, des plans de réponse ont été élaborés pour les secteurs public et privé au niveau national et régional. Certaines discussions sur ce thème se sont focalisées sur la concentration de ressources devant un risque que certains perçoivent comme lointain, alors que les pays en développement n'ont pas réussi à résoudre les problèmes des maladies transmissibles et des maladies de la mère et de l'enfant. Cependant, le secteur de la santé doit être préparé et doit en même temps être en mesure de gérer l'information disponible de telle manière que la population puisse avoir accès à l'information officielle. Les possibilités de semer la panique devant ce type de risque imposent une gestion prudente, axée sur les preuves et transmise avec sérénité, sans toutefois minimiser les conséquences.

Les risques mondiaux ne sont qu'un exemple des contradictions auxquelles se heurtent les leaders sanitaires. Les effets sur la santé des personnes, sur les économies et sur la sécurité des populations restent encore à être documentés.

III. Défis dans la construction de politiques publiques

- Il faut davantage de ressources pour maintenir les bons résultats obtenus par le système de santé costaricain et pour affronter les défis, une réforme fiscale est inévitable.
- Il ne faut pas oublier que les réussites en santé sont l'axiome servant à affronter de nouveaux défis et de nouvelles formes d'organisation, à construire des alliances avec les secteurs académiques, privés, publics et la citoyenneté, alliances dans lesquelles les codes d'éthique de ces relations doivent être explicités dans des documents et assumés par les parties.
- Il faut de nouveaux schémas de coopération technique et financière entre pays à revenu moyen, pour rompre le cercle vicieux selon lequel plus l'accomplissement du système sanitaire est grand, moins il y a de coopération technique et financière. C'est-à-dire, une nouvelle éthique internationale dans laquelle sont affectées également les ressources pour les systèmes de santé, en fonction de leurs accomplissements – à savoir, leurs

réussites – et il faut abandonner la classification des pays par le produit interne brut.

- Les décisions en santé doivent se fonder sur les preuves scientifiques et empiriques, elles doivent réduire la brèche des connaissances et mettre ces dernières à disposition de la population et elles permettront de prendre les meilleures décisions face à l'importante offre de biens et de services.
- La reconnaissance des intérêts des divers groupes, où l'État régulateur, outre reconnaître ce scénario, veille activement à ce que les bénéfices en santé atteignent tous en respectant la diversité et en la tenant en compte.
- Des alliances sociales et politiques capables de transformer les conflits distributifs en accords de base de l'agenda et les politiques de développement sont une priorité, en dépit de leur complexité.
- Développement de mécanismes et d'instruments pour le dépôt de plaintes et établissement de sanctions pour les délits contre la fonction publique.
- Augmentation des garanties en matière de liberté de la presse et information pour la promotion et la défense des droits de ceux qui en ont le plus besoin.

« On ne résout pas les choses avec moins d'État, mais avec un État plus actif ».

IV. Conclusion

La situation actuelle oblige à repositionner la protection sociale dans le cadre d'une solidarité intégrale, dans laquelle se combinent des mécanismes contributifs et non contributifs. La concertation d'un nouveau pacte social se pose comme une nécessité, pacte qui considère les droits sociaux et le droit à la santé comme horizon normatif, et les inégalités et les limitations budgétaires comme des problèmes sociaux à résoudre collectivement pour affronter ces droits et en faire une réalité. Les progrès en santé de tous les habitants du pays au milieu des contradictions, sont le défi du passé, du présent et du futur des leaders sanitaires qui assument la responsabilité de la construction des politiques publiques.

La démocratisation du savoir et des technologies place la population dans une position de demande et de dénonciation plus grande, ainsi que d'une plus grande participation aux soins de sa propre santé, aux soins familiaux et communautaires. Elle oblige les leaders en santé à se tenir informés, à savoir intégrer, à savoir communiquer et à pratiquer l'auto-évaluation constante, ainsi qu'à réussir à former un groupe de référence ou d'évaluateurs extérieurs. Certaines des nouvelles compétences de ces leaders en santé pour le 21^{ème} siècle se rapporteront à la possibilité d'intégration des connaissances, de travail dans des environnements agrestes, de travail en équipe, de leadership, de flexibilité, d'exposés et de contact avec les agents de santé et la population aux niveaux sous-national, national et mondial. C'est ainsi que les intelligences analytiques, intuitives, cognitives, de genre et technologiques doivent converger sur la prise de décisions.

L'histoire du Costa Rica en matière sanitaire donne la preuve empirique que le système de santé signifie davantage que la prestation de services pour le rétablissement de la santé, du fait qu'il constitue un élément de base dans la construction de l'identité costaricaine, c'est-à-dire que la population a une culture de santé publique de droits, d'équité et de justice sociale qui s'est construite dans un contexte économique et social distinct. L'avenir sera médiatisé par la capacité des leaders politiques à renforcer les réussites, à affronter les défis tout en ne perdant pas les valeurs qui ont donné vie à la société costaricaine actuelle. Pour terminer, les gouvernements ont également la responsabilité de rechercher des alliances avec d'autres gouvernements et de réussir à ce que la coopération internationale veille, appuie et contribue à assigner davantage de ressources aux pays pauvres faisant état d'accomplissements élevés et de preuves de l'amélioration des conditions et de la qualité de la vie, si des politiques publiques sanitaires justes et équitables sont mises en œuvre.

RÉFÉRENCES

- 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, Jeffrey. 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.

DONNÉES BIOGRAPHIQUES DE L'AUTEUR

María del Rocío Sáenz Madrigal, obtient le diplôme de médecine et de chirurgie de l'Université La Salle, District fédéral du Mexique, une maîtrise en santé publique de l'Université de Costa Rica, et des études du troisième cycle à l'Université de Pittsburg. Elle a travaillé au niveau national et sous-national du Costa Rica, comme médecin Directrice du domaine de la santé, Directrice régionale, Programme de préparation aux catastrophes, Direction du développement de la santé; Coordinatrice du Programme de préparation aux catastrophes de l'OPS-OMS en Amérique centrale. Elle a été enseignante du diplôme dans la carrière de gestion environnementale à l'Université nationale; enseignante d'épidémiologie pour la maîtrise en épidémiologie; enseignante de maîtrise en santé publique à l'Université de Costa Rica, enseignante des cours de formation en épidémiologie des CDC post Mitch. Depuis les quatre dernières années, elle est Ministre de la Santé et Coordinatrice du Cabinet social au Costa Rica.