

Los pisos de protección social en Costa Rica: *Propuestas para su fortalecimiento*

JACQUELINE PERAZA VALVERDE, PATRICIA ALLEN FLORES

OCTUBRE DE 2018

- El sector salud en Costa Rica consiste de un conjunto de instituciones en la construcción social de la salud y se realiza por sus competencias legales, funciones de rectoría, aseguramiento de la salud, provisión de servicios, investigación y enseñanza. Esta área incluye al Ministerio de Salud (MS) (rectoría), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), el Instituto Nacional de Seguros (INS), las Universidades (áreas de salud, subsector privado de salud y otros actores sociales, los cuales integran el Consejo Sectorial de Salud.
- Las reformas se han centrado en cambios financieros, estructurales e institucionales y se ha prestado menos atención al desarrollo del sistema, la reducción de inequidades y al ejercicio de la función rectora del Ministerio de Salud. Asimismo, el modelo de atención ha presentado una tendencia al incremento de costos y consumo de recursos. El sistema de salud ha tenido un enfoque curativo/hospitalario/especializado sobre el preventivo/social. Esto ha llevado al incremento de la carga de enfermedad, muertes prematuras y evitables en la población, y ha encarecido el costo de la prestación de los servicios de salud.
- La propuesta que se presenta enfatiza la salud como un bien público, su acceso como un derecho humano y una función esencial del Estado. Las propuestas se orientan a: a) Fortalecimiento de la rectoría, b) Fortalecimiento de la CCSS y del sistema de pensiones, c) Nutrición, desarrollo infantil y fortalecimiento de la Red de Cuido.

Contenido

■ Seguridad Social para Todos 2015-2018	5
■ La salud como bien público y función esencial del Estado	5
■ La salud como derecho humano y sus principios de acción.....	6
■ Propuestas por ejes vitales para el Sistema Nacional de Salud	6
Eje a) Fortalecimiento de la rectoría	6
<i>Propuestas eje a) Fortalecimiento de la rectoría.....</i>	<i>8</i>
Eje b) Fortalecimiento de la CCSS y de las pensiones	10
<i>Propuestas eje b) Fortalecimiento de la CCSS y de las pensiones.....</i>	<i>11</i>
Eje c) Nutrición, desarrollo infantil y fortalecimiento de la Red de Cuido para la implementación de estrategias institucionales y comunitarias de atención.....	13
<i>Alimentación y nutrición.....</i>	<i>14</i>
<i>Ejes para la atención de la primera infancia.....</i>	<i>15</i>
<i>Propuestas eje c) Nutrición, desarrollo infantil y fortalecimiento de la Red de Cuido para la implementación de estrategias institucionales y comunitarias de atención.....</i>	<i>16</i>





Seguridad Social para Todos 2015-2018

La Friedrich Ebert Stiftung (FES), con su sede central en Berlín estableció el proyecto *Seguridad Social para Todos* (*Social Security for All, 2015-2018*), el cual se realiza conjuntamente con la Organización Internacional de Trabajo (OIT), con su sede en Ginebra y en la que participan varios países del mundo.

En Costa Rica, el proyecto Seguridad Social para Todos ha realizado varios estudios, investigaciones y propuestas con diferentes actores sociales y políticos, a la vez que estableció una Plataforma Nacional de Seguridad Social, integrada por diferentes sujetos: sindicatos, partidos políticos, cooperativas, grupos de mujeres, migrantes organizados, trabajadoras domésticas, organizaciones de productores agrícolas, entre otros. De esta diversidad, se integraron los grupos de trabajo, orientados a formular propuestas específicas para su sector de competencia.

En el marco de la Plataforma, se conocieron las propuestas de los actores sobre la protección social y el estado de la cuestión sobre la Seguridad Social en Costa Rica. Asimismo, el mapeo de los programas que forman parte de la protección social como pisos básicos y la formulación de propuestas por sector, integrados en grupos de trabajo.

La propuesta, que aquí se presenta, es el resultado de uno de los cuatro grupos de trabajo, que se constituyeron para formular propuestas, desde su ámbito de interés y de acción política, interesados en la formulación de sugerencias. En particular, este grupo de trabajo estuvo integrado por personas vinculadas al sector salud del país, quienes durante 9 meses, trabajaron en el tema; realizaron un diagnóstico del sector, identificaron los principales nudos problemáticos y formularon las propuestas que aquí se presentan.

La salud como bien público y función esencial del Estado

La salud es un bien público y función esencial del Estado que se logra por la acción concertada, efectiva, oportuna y de calidad de diferentes sectores públicos como educación, vivienda, deporte, cultura,

ambiente y otros servicios de esta índole. Por esta razón, se debe asegurar la articulación de los diferentes actores, tanto públicos como privados. Es el Ministerio de Salud, como ente rector, el encargado de concertar las acciones, para la gestión de los procesos relacionados con la producción social de la salud y el gasto público.

El sector salud cubre un campo de acción muy amplio. Entre las instituciones que lo conforman el sector se encuentran: Ministerio de Salud y sus entes adscritos, de Planificación, de la Presidencia, la Caja Costarricense de Seguro Social¹, el Instituto Nacional de Seguros; los gobiernos locales², Acueductos y Alcantarillados, las ASADAS³ y las instancias de formación públicas y privadas.

Las necesidades de salud cambian según la longevidad de la población, la innovación tecnológica, modificaciones en determinantes de salud, desarrollo socioeconómico, entorno ambiental y patrones culturales. A su vez, las necesidades exceden la disponibilidad de recursos y tienden a ser infinitas. Para poder satisfacerlas es fundamental definir prioridades en políticas, programas, servicios, proyectos o actividades que respondan a estas mediante una gestión efectiva y fundamentadas en la evidencia científica, que permita alcanzar mayores beneficios y uso racional de los recursos.

El modelo de atención que ha prevalecido durante los últimos 40 años ha presentado una tendencia en el tiempo al incremento de costos y el consumo de recursos. El sistema actual de salud ha tenido un enfoque curativo/hospitalario/especializado, que se ha impuesto al preventivo/social. Esto ha llevado al incremento de la carga de enfermedad, muertes prematuras y evitables en la población, y ha encarecido, sustancialmente, el costo de la prestación de los servicios de salud.

Muchos retos permanecen hoy en día sin resolverse, tales como: sostenibilidad financiera de la CCSS y el Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (IVM), listas de espera, efectividad en la función rectora, articulación de los actores del sistema y del sector, disponibilidad oportuna de medicamentos, educa-

1 Único proveedor público de atención directa a la salud.

2 Patentes, manejo de residuos y acueductos.

3 Asociación Administradora de los Sistemas de Acueductos y Alcantarillados Comunal.



ción en el uso de los servicios. La corrupción ha debilitado nuestro sector salud. Se manifiesta en el uso de recursos del público para beneficio privado y el tráfico de influencias. Además se continúan observando prácticas tales como: cobrar por los servicios que prestan, trabajar en actividades privadas durante el tiempo laboral, búsqueda de beneficio personal con jornadas extraordinarias, subcontratación de terceros privados sin previo estudio costo-efectividad, en lugar de invertir en equipos y servicios para la CCSS sin previo estudio de costo-efectividad, buscar beneficio de laboratorios de fármacos patentados, de manera que obstaculizan la compra de genéricos, entre otros múltiples ejemplos en todas las instituciones.

La salud como derecho humano y sus principios de acción

El Estado debe garantizar la salud como un derecho humano. Asimismo debe de ser enfocada en los principios de la Atención Primaria Renovada. Se tiene el compromiso explícito y activo con la universalidad, solidaridad, inclusión, justicia, equidad⁴ y sostenibilidad donde deben concurrir cuatro actores fundamentales: el gobierno, las empresas públicas y privadas, los grupos sociales y los habitantes del país.

Gobernanza en este sistema que garantiza el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud en ejecución de las políticas, legislación, planes, programas y proyectos que tengan un efecto positivo sobre la salud, el bienestar, la protección y el mejoramiento del ambiente humano. Todo habitante de la República debe contar con el derecho efectivo de protección y estar cubierto por un sistema nacional de salud sólido, eficiente y humanizado. En el que se incorporen los principios de transparencia, participación y rendición de cuentas en la función pública.

La aspiración es que el Sistema Nacional de Salud continúe valorado positivamente por la población, que sea sostenible y responda a las necesidades del país. Asimismo, que cuente con una ciudadanía, cada vez más informada y comprometida, que reclama una participación informada en la toma de

⁴ Considera grupos más vulnerables y que incluye equidad de género en la gestión y prestación de servicios.

decisiones de su propia salud, la gestión basada en resultados y el respeto a los Derechos Humanos.

Propuestas por ejes vitales para el Sistema Nacional de Salud

Se formularon propuestas en tres grandes estrategias para el Sistema Nacional de Salud: a) Fortalecimiento de la rectoría, b) Fortalecimiento de la CCSS y las pensiones, y c) Nutrición, desarrollo infantil y fortalecimiento de la Red de Cuido para la implementación de estrategias institucionales y comunitarias de atención.

Eje a) Fortalecimiento de la rectoría

El ente rector, Ministerio de Salud,⁵ debe conducir la formulación, articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, los programas y los proyectos, así como la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que impactan los determinantes de la salud de la población. A pesar de la importancia, su rol rector se ha debilitado, así como su capacidad para ejecutar las funciones sustantivas para la operacionalización de la rectoría, reflejado en los resultados de las evaluaciones de las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).^{6,7}

Del análisis comparativo entre ambas mediciones, se determina una *“caída abrupta de la función 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud), así como cuatro funciones ubicadas en el cuartil de desempeño medio inferior, corresponden a: Aseguramiento de la participación social en salud, Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y control del cumplimiento en la salud pública, Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y conducción en salud pública y el Aseguramiento de la calidad en los servicios de salud individuales y colectivos (4, 5, 6 y 9).*

⁵ Decreto ejecutivo 34510-S y sus reformas: Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.

⁶ El concepto de salud pública que orienta a las FESP es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas.

⁷ FESP de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) realizadas por el Ministerio de Salud en los años 2001 y 2014.



En la organización se ha evidenciado débil capacidad institucional de gestión, de reglamentación, pero principalmente de fiscalización. Coadyuvada por: **1.** Falta de competencia del recurso humano (habilidades y destrezas para el puesto, carencia de perfiles), **2.** Congelamiento de plazas operativas por Directriz Presidencial, así como **3.** El traslado de plazas de los niveles locales y regionales al nivel central de la institución, de modo que se disminuye la capacidad operativa.

Según identificó la Dra. María Elena López⁸, la institución contaba con un proceso fraccionado de planificación, lo cual generaba duplicidades y traslapes entre las funciones de unidades organizativas, así como vacíos en otras áreas de trabajo. Además, mencionó que hay desarticulación entre la planificación operativa y estratégica institucional y la planificación de las acciones en salud con los actores clave y la comunidad. Persiste la desvinculación entre los procesos de programación de actividades y la presupuestación anual de estas. Por lo que los planes institucionales no cuentan con los recursos necesarios para su ejecución. Por un lado, la voz técnica queda invisibilizada, situación que incide directamente en el cumplimiento y la cobertura del desarrollo de las actividades asociadas a las funciones que les son encomendadas a las áreas rectoras. Por otro lado, la gestión de la información y los sistemas informáticos existentes no permiten el acceso oportuno a ella ni facilitan las acciones y decisiones⁹.

En relación con el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud, públicos y privados, ha existido un detrimento en el accionar del Ministerio de Salud. No solo por la ausencia de un marco orientado a la calidad de servicios en respuesta a las necesidades de los y las ciudadanos(as), sino por la baja capacidad para actualizar las normas de atención, falta de metodologías e instrumentos para la evaluación y acreditación de sistemas y servicios de salud individuales y colectivos, del sector público y del privado. Igualmente, no se ha logrado poner en funcionamiento la Auditoría General de Servi-

cios de Salud, por lo tanto, el seguimiento a la Ley 8239 y su reglamento para incidir efectivamente en la tutela de los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados con calidad.

Durante la Administración 2014-2018, se planteó un nuevo modelo de rectoría para la promoción de la salud con base en la participación ciudadana; el cambio de autoridades del Gobierno, así como la falta de claridad y compromiso de los gestores para consolidar el proceso, representan un riesgo alto para el logro y concreción del modelo. De igual manera existe la incertidumbre de dónde saldrán los recursos económicos para impulsar el modelo, dado el panorama fiscal del país.

Si bien existe una nueva legislación para el empleo de la investigación de salud y se han realizado esfuerzos en la definición de prioridades, la capacidad institucional es insuficiente para la legitimación social del rol rector. Entre otras razones, por no existir presupuesto y una escasa coordinación con el Sistema Nacional de Salud, que permitan la divulgación y el uso compartido de los resultados de la investigación, así como la adecuada ejecución para fomentar e incentivar las mejores prácticas y experiencias.

8 Ministra de Salud 2014-2015. Informe primeros 100 días. Administración 2014-2018 Solís Rivera.

9 Informe DFOE-SOC-IF-13-2012, sobre el ejercicio de la función de rectoría del Ministerio de Salud. Contraloría General de la República, División de Fiscalización Operativa y Evaluativa.



Propuestas eje a) Fortalecimiento de la rectoría

Eje temático	Propuestas de acción	Responsables
<p>Fortalecimiento de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, así como la garantía del acceso universal a servicios de calidad.</p>	<p>Formulación concertada de la Política Nacional de Salud y Protección del Ambiente que responda a las necesidades, y enfoques y principios rectores que se enuncian.</p> <p>Fortalecer el proceso de planificación del Consejo Sectorial de Salud Ampliado y el modelo de Rectoría de Promoción de la Salud de manera que ambos procesos se vinculen, basados en un análisis de la situación de salud elaborado con participación de actores sociales y con un respaldo legal.</p> <p>Metas:</p> <p>Contar con una Política Nacional de Salud y Protección del Ambiente que responda a las necesidades, y enfoques y principios rectores enunciados.</p> <p>Contar con el plan estratégico sectorial ampliado que responda al análisis de la situación nacional de la salud, actualizado desde los determinantes sociales, que permita la operacionalización durante la gestión gubernamental. Con la distribución de los recursos financieros necesarios.</p> <p>Implementación y seguimiento del modelo de Rectoría de la Promoción de la Salud establecido en el Decreto correspondiente.</p> <p>El presupuesto institucional responderá a la planificación de acciones sustantivas de forma que permita ejecutar las funciones rectoras en forma articulada entre niveles de gestión.</p>	<p>Ministerio de Salud (MS), por medio de la Secretaría Técnica, Sector Salud, (Vigilancia de la Salud, Promoción de la Salud, Planificación Institucional), Sistema Nacional de Salud, Organizaciones no gubernamentales, comunales, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y Consejo Sectorial.</p>
	<p>Consolidación y fortalecimiento de las instancias de coordinación a nivel local y regional, por el ente rector correspondiente, como estrategia de participación social y ciudadana para la ejecución del plan estratégico Sectorial Ampliado.</p> <p>Meta: planes operativos y estratégicos institucionales, que integren acciones establecidas en el Plan Estratégico Sectorial Ampliado.</p>	<p>Entes rectores competentes.</p>
	<p>Formulación e implementación de una política nacional concertada para regular y formar recursos humanos en salud, centrada en la promoción del derecho a esta (Ley 8239) y el resguardo de la calidad de los servicios que se prestan e incluya contratación de puestos de gestión con plazos definidos, nuevas modalidades de evaluación del desempeño e incentivos.</p> <p>Metas:</p> <p>Política innovadora de recursos humanos, que permita el compromiso con el derecho a la salud y la calidad de los servicios.</p> <p>Realizar y evaluar al menos un proyecto piloto en el MS y la CCSS con modalidades novedosas de contratación, evaluación e incentivos.</p>	<p>Ministerio de Salud, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Colegios profesionales, Universidades, Instituciones de educación, Instancias políticas y normativas: Asamblea Legislativa, Consejo Sectorial, Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria (CONESUP), Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y Sindicatos.</p>
	<p>Transparencia en la gestión pública que permita la información clara y oportuna al(a) ciudadano(a), simplificación de trámites y con procesos de contratación y selección de recurso humano en mandos superiores y medios, realizados bajo los criterios de idoneidad técnica y probidad.</p> <p>Meta: generalización de la plataforma “Gobierno abierto”. (Incluye el Indicador No. 1 anterior).</p>	<p>Ministerio de Economía Industria y Comercio (MEIC), Ministerio de Salud (MS), Consejo Sectorial Ampliado, MIDEPLAN, Contraloría General de la República (CGR), Servicio Civil, CCSS, Sindicatos.</p>



	<p>Definir estrategias, metodologías e instrumentos para la evaluación y acreditación de sistemas y servicios de salud individual y colectiva, tanto pública como privada, que brinden información pertinente y oportuna para la toma de decisiones.</p> <p>Meta: servicios de salud públicos y privados evaluados y con planes de mejora por la Red de Atención cuando corresponda.</p>	<p>Ministerio de Salud, CCSS, Sector privado.</p>
	<p>Mejorar la gestión de servicios y la calidad de su prestación en las instituciones del Sector Salud, de manera que potencien las buenas prácticas y promuevan la extensión de ellas para que sean innovadoras, efectivas y eficientes.</p> <p>Meta: observatorio que identifique buenas prácticas de gestión y prestación, su divulgación y extensión a otros servicios.</p>	<p>Ministerio de Salud</p>
	<p>Consolidar la integración de los sistemas de información del sector, de forma que permita la producción y análisis de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud para la toma de decisiones.</p> <p>Metas:</p> <p>Sistema de información rediseñado para que integre y complemente la información existente en los diferentes sistemas actuales.</p> <p>Uso de la información que brindan otros sistemas georeferenciados tales como: “Visor de Mapas Sociales” MIDEPLAN-INEC, Sistema Integrado Nacional de Beneficiario Único (IMAS), Observatorio de la Salud, entre otros; para apoyar la toma de decisiones que garanticen el acceso a servicios de salud con equidad.</p>	<p>Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).</p>
<p>Saneamiento básico.</p>	<p>Ampliar y fortalecer los programas de control estatal para la vigilancia de servicios de salud de protección al ambiente (actualmente: calidad de agua residual, emisiones a la atmósfera, agua para consumo humano).</p> <p>Meta: Centro de Investigación en Tecnologías Alternativas de Servicios de Salud de Protección y Mejoramiento al Ambiente Humano, acordes a las necesidades crecientes del país consolidado.</p>	<p>MS, Universidades y otras instituciones relacionadas.</p>
		<p>MS, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), Municipalidades, ASADAS, Universidades Ministerio de Ciencia y Tecnología (MICIT).</p>
<p>Regulación de productos de interés sanitario.</p>	<p>Fortalecimiento de la regulación de la comercialización y el control de calidad de medicamentos a nivel nacional.</p> <p>Formular una política para la regulación de precios de medicamentos a nivel nacional.</p> <p>Metas:</p> <p>Crear un laboratorio para el control de calidad de medicamentos.</p> <p>Simplificar trámites para el registro de medicamentos, alimentos, cosméticos, equipo y material biomédico.</p>	<p>Ministerio de Salud.</p>
<p>Investigación y Desarrollo Tecnológico (IDT) en salud.</p>	<p>Fortalecimiento y coordinación de las instancias para la investigación y desarrollo tecnológico en salud.</p> <p>Meta: conducción nacional fortalecida en el campo de la investigación IDT con un plan nacional gradual y progresivo, que incluya la coordinación y articulación de esfuerzos interinstitucionales, y la efectiva divulgación e intercambio de resultados alrededor de una agenda nacional.</p>	<p>Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud, Universidades, Ministerio de Ciencia y Tecnología (MICIT)</p>
	<p>Fondo Nacional Concursable para la Investigación en Salud y Desarrollo Tecnológico, señalando prioridades para el Sistema Nacional de Salud que estimulen el desarrollo de la salud pública y el campo clínico.</p>	<p>MS, Sistema Nacional de Salud, Universidades.</p>

Fuente: elaboración propia



Eje b) Fortalecimiento de la CCSS y de las pensiones

En el Diálogo Nacional para el Fortalecimiento del Seguro de Salud Costarricense en el Contexto de la Salud Pública¹⁰, se manifiestan cuestionamientos sobre la calidad y productividad de la prestación de los servicios, además de factores internos y externos que han afectado la situación financiera de la institución, listas de espera, falta de una real integración de la red de servicios y la insatisfacción de las personas usuarias. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión de Notables señalan la sostenibilidad financiera de la CCSS como “la punta del iceberg” de los problemas sistémicos y estructurales que incluyen el modelo de atención, el modelo de gestión de recursos humanos, la gestión tecnológica, la recaudación y la gestión financiera entre otros (Ministerio de Salud, 2013).

Entre los años 2010-2014, se realizó la “Sistematización y análisis de propuestas de la sociedad civil a la seguridad social”¹¹ y se identificaron 6 causas que tienen a la CCSS en crisis: **1)** Pérdida de autonomía, pues se dio paso al interés partidario con la designación de personas nombradas en altos puestos por los partidos políticos; **2)** Ausencia de participación de las personas usuarias. Esta se encuentra limitada a las Juntas de Salud, con integrantes, poco conscientes de sus responsabilidades y desarticulados, además de las Contralorías de Servicios; **3)** Pérdida de valores¹² en el campo de la salud y la economía del país, de manera que contribuye a la informalidad laboral y la mercantilización de la salud. Además de algunas prácticas culturales que se han instaurado en el personal, dado que se ha orientado al interés individual y han llevado al deterioro de la calidad de los servicios y la atención, como las listas de espera; **4)** Falta e insuficiencia del aporte estatal; **5)** Deuda acumulada de algunas grandes empresas, estrechamente relacionada a intereses de grupos y favores partidarios. En adición a la evasión del pago de cargas sociales y la insuficiente recaudación; **6)** Manejo de recursos ineficiente, lo cual abre espacio a la corrupción.

10 Ministerio de Salud, 2013.

11 Coordinación de Héctor Ferlini Salazar y la Friedrich Ebert Stiftung (FES).

12 Solidaridad, equidad, universalidad, obligatoriedad y subsidiariedad.

El proyecto de fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud se inicia como respuesta a los retos que se presentan con el cambio generacional, de modo que se estima que para el 2035 un 23% de la población serán personas menores de 15 años y un 47% mayores de 45 años, con el correspondiente aumento de las personas jubiladas, quienes requerirán una oportuna y eficiente atención del sistema de salud, de acuerdo a sus necesidades. El perfil epidemiológico del país se inclina hacia las enfermedades crónicas. Los datos demuestran que entre 1990 y 2013 las enfermedades crónicas pasaron de representar un 67% a un 79% de la carga de enfermedad; mientras que las enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales disminuyeron de 21% a 10%.¹³

La prestación en la oferta de servicios se caracteriza por centrarse en hospitales, con énfasis en la atención aguda de las enfermedades o las complicaciones por condiciones crónicas. La integralidad e integración asistencial se ven restringidas, con las consecuentes limitaciones en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación de la comunidad en actividades de la prestación.¹⁴

El análisis de situación en la CCSS señala que: 1) Limitados procesos de coordinación asistencial, de los servicios de salud, afectan la continuidad de la atención. 2) La planificación de la prestación adolece de estudios técnicos actualizados que hagan frente a los retos de esta última y a la organización en red de los servicios. 3) Existe desigualdad en la conformación y distribución de los recursos en la red de prestación de servicios de salud institucional, lo cual no obedece a diferencias en necesidades de la población.

13 CCSS. Plan Estratégico Institucional, 2016.

14 CCSS. Plan Estratégico Institucional, 2016.



Propuestas eje b) Fortalecimiento de la CCSS y de las pensiones

Eje temático	Propuestas de acción	Responsables
Gobernanza.	<p>Seleccionar y designar a las personas que integran la Junta Directiva, mandos superiores y medios, al menos conforme a los siguientes criterios: a) una visión de la Seguridad Social acorde a la Constitución Política, b) un perfil básico de idoneidad técnica-política, c) probidad, d) equidad de género, e) rendición de cuentas, f) cumplimiento de metas según el Plan Nacional de Desarrollo (PND), Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y acorde al derecho humano a la salud. Meta: perfil básico redactado antes de la selección de personas que ocuparan esos puestos.</p>	<p>Poder Ejecutivo, organizaciones de trabajadores(as) y empresarios(as) de JD / Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).</p>
Control de la gestión.	<p>Fortalecer y aumentar la cobertura en la implementación del expediente electrónico, en todos los niveles de atención (Expediente Digital Único en Salud (EDUS/ programa ARCA).</p> <p>Meta: fortalecer EDUS, alcanzar el 100% en ambos y que estén absolutamente integrados, incluyendo los servicios brindados por los contratos a terceros. Debe estar enlazado con el Sistema Nacional de Información en Salud.</p>	<p>MS, CCSS, Defensoría de los habitantes</p>
	<p>Aplicar la Ley No. 8239 Deberes y derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, con el fin de fortalecer las contralorías de servicios y los mecanismos de control interno.</p> <p>Meta: Contralorías de Servicios de Salud, de manera que respondan a los lineamientos del Ente Rector y realizando encuestas de satisfacción de la persona usuaria.</p>	<p>MS y CCSS. Defensoría de los Habitantes (DH).</p>
	<p>Mejorar la gestión mediante la universalización del expediente electrónico como parte de una política de mejora de la calidad, incluyendo el control de horarios, la productividad, la atención integral, de calidad y equitativa para toda la población.</p> <p>Meta: la calidad de la información que permitirá disminuir las listas de espera, cumplimiento de horarios y de protocolos de atención, planificación de recursos, proyección de demanda y optimización del uso de los recursos.</p>	<p>MS, CCSS, Gerencias correspondientes</p>
	<p>Aplicar los mecanismos más adecuados para optimizar el uso de los recursos de la Institución. Esto involucra un cambio en la cultura organizacional en todos los niveles.</p> <p>Meta: rendición de cuentas, gestión y evaluación por resultados, medición de brechas de ejecución y de eficacia-efectividad.</p>	
	<p>Resolver las deficiencias en la definición de las capacidades resolutorias y responsabilidades de los niveles de salud y la falta de coordinación inter e intraniveles, para responder a las demandas de las personas usuarias.</p> <p>Meta: fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención junto con redes integradas. Rediseño del proceso en las especialidades médicas y transformación de las horas extra en un segundo y tercer turno de atención en áreas estratégicas.</p>	<p>MS, CCSS, Junta Directiva, Gerencias y Direcciones.</p>
	<p>Ordenar la inversión en los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) de acuerdo con las necesidades de la población y mediante soluciones basadas en la evidencia.</p> <p>Meta: proceso continuo y paulatino de modificación de la inversión en los niveles de atención.</p>	



Saneamiento y sostenibilidad financiera.	<p>Todas las inversiones de la CCSS de los fondos administrados deben manejarse con base en índices que maximicen el rendimiento financiero y la seguridad de ellos.</p> <p>Meta: índices deben estar definidos en el primer año de gobierno e institucionalizarlos.</p>	Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Gerencia Financiera y Auditoría.
	<p>Establecer el carácter imprescriptible de las deudas con la CCSS y facilitar el establecimiento de acuerdos de pago.</p> <p>Meta: nuevo acuerdo entre Poder Ejecutivo, MS y la CCSS donde se reconozcan los intereses acumulados y al 2022 el Estado cubra al menos un 60% de sus obligaciones con la institución.</p>	Poder Ejecutivo, MS, CCSS, Junta Directiva.
	<p>Aplicar mecanismos de control que permitan la no adjudicación o suspensión de contratos de aquellos patronos morosos con la CCSS (Art. 74 Ley Orgánica CCSS) así como la obligatoriedad del pago de patronos (grandes o pequeños) de las cuotas a la CCSS.</p>	Poder Ejecutivo, Legislativo, CCSS.
	<p>Fortalecer y mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. Aquí se puede resolver el 80% de los problemas de salud a un bajo costo y disminuir la atención en niveles de mayor complejidad y mayor costo, garantizando siempre la calidad e integralidad de la atención.</p>	MS, CCSS.
	<p>Establecer mecanismos nacionales y regionales que mejoren la eficiencia en la compra y uso de los medicamentos y otros insumos. OPS y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (COMISCA) y otros.</p>	Poder Ejecutivo, MS, CCSS.
	<p>Facilitar, mediante un sistema centralizado de recaudación, que varios empleadores/empleadoras contribuyan de manera complementaria al aseguramiento de sus trabajadores y trabajadoras de tiempo parcial.</p> <p>Meta: aumentar la cobertura de trabajadores y trabajadoras informales, con énfasis en mujeres jefas de hogar.</p>	CCSS.
Aumentar cobertura de aseguramiento.	<p>Ampliar la cobertura de servicios del Régimen de Enfermedad y Maternidad (REM) y del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (RIVM), especialmente en los grupos del Régimen No Contributivo (RNC) y trabajo informal, con énfasis en las mujeres jefas de hogar.</p> <p>Meta: crear nuevos mecanismos o modalidades en el seguro voluntario y garantizar el aseguramiento obligatorio de aquellos grupos que tienen situaciones especiales como la estacionalidad y la variabilidad de los ingresos. Mejorar el pago de cuotas con estrategias de pago colectivo.</p>	MS, CCSS, Juntas de Salud, contralorías de servicios.
Aumentar cobertura de servicios de atención directa a las personas.	<p>Coordinar con las instituciones del sistema y crear estrategias conjuntas que permitan mejorar el acceso y la atención integral de la población en estado de vulnerabilidad. (personas adultas mayores, adolescentes, escasos recursos). Debe haber énfasis en la prevención y la promoción, especialmente en enfermedades crónicas, mentales y otras.</p>	MS, CCSS, IMAS, Gobierno Local, INEC.
	<p>Impulsar el programa de salud y educación bucodental desde la niñez, en coordinación con el Ministerio de Educación Pública (MEP). Realizar y revisar las guías de promoción y prevención.</p>	
	<p>Desarrollar, fortalecer e incrementar los programas de salud sexual, sensibilizar a las personas funcionarias en la atención de esta. Incorporar en la formación del personal los Derechos Humanos y la no discriminación.</p>	MS, CCSS, MEP.



Listas de espera.	El sistema de atención directa a las personas debe organizarse de acuerdo con redes integradas de servicios, fundamentadas en los principios de la Atención Primaria renovada y que garanticen la respuesta a las necesidades de la población, bajo principios de equidad, sostenibilidad y solidaridad. Meta: redes integradas en el ámbito nacional.	MS, CCSS, Contraloría de Servicios de Salud, Auditoría de SS, Juntas de Salud.
	Cada centro de atención a la salud debe tener una única lista de espera, real y depurada. Se debe permitir que cada persona conozca su lugar en la fila y que sean accesibles a la ciudadanía en los diferentes niveles de gestión. Meta: filas de espera son transparentadas y depuradas en todos los establecimientos de atención directa a la salud.	
Investigación.	Todas las investigaciones con datos poblacionales deben ser desagregadas por sexo, edad, geográfica. Además de planteadas desde una perspectiva de la salud como derecho humano y considerando la corporalidad.	MS, MICIT, Academia, CCSS.
	Fortalecer la investigación en salud, en particular en la biotecnología, la bioinformática, tecnologías en salud y medicamentos, así como énfasis en cursos de sensibilización en Derechos Humanos y no discriminación.	
Pensiones.	Se debe cumplir con el Art. 73 de la Constitución Política, donde se establece que debe haber un sistema único de pensiones. Este debe tener un aporte del Estado igual para todas las personas, un tope de pensión máxima y una edad de pensión igual para todas las personas, excepto la diferencia de edad de pensión entre hombres y mujeres.	Poder Ejecutivo, Asamblea Legislativa, Ciudadanía.
	Es un gran tema de decisión país, debe ser ampliamente discutido y negociado por todos los sectores involucrados.	
Participación ciudadana.	La Junta de Salud debe asegurar, en cada EB AIS, área de salud, clínica y hospital, la capacidad de diálogo y resolución directa con las autoridades de ese nivel y la comunidad. Entre ellas, debe contemplarse el papel de promover foros abiertos para el control y la participación ciudadana. Meta: Ley y reglamento redactados en primer año de gobierno con definición de las competencias y atribuciones claras y efectivas.	Poder Ejecutivo. MS, CCSS, Contraloría de Servicios, Juntas de Salud.
	El MS debe aplicar la Ley No. 8239 Deberes y derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, con el fin de fortalecer las contralorías de servicios. Asimismo hacer efectivos los mecanismos que facilitan la participación ciudadana con prioridad en el fortalecimiento de los derechos y satisfacción de los usuarios/as de los servicios de salud.	

Fuente: Elaboración propia

Eje c) Nutrición, desarrollo infantil y fortalecimiento de la Red de Cuido para la implementación de estrategias institucionales y comunitarias de atención.

La atención de la primera infancia es un tema prioritario en la agenda política y social en América Latina. Invertir en este período, fortalece la formación de capital humano, garantiza los derechos de los niños y las niñas, reduce niveles de desigualdad y pobreza y promueve sociedades más justas, equitativas e incluyentes. Investigaciones han evidenciado

que los primeros años constituyen un período crítico, pues es la época de mayor crecimiento físico y desarrollo cerebral, donde se establecen bases para procesos que permiten al ser humano su desarrollo cognitivo, psicolingüístico y socio-afectivo.

Según lo señalado,¹⁵ es durante los primeros 8 años de vida, y particularmente los primeros tres, en los cuales se establecen los fundamentos para el aprendizaje de casi todas las habilidades, destrezas y actitu-

¹⁵ Política para la Primera Infancia 2015-2020.



des requeridas para desenvolverse como persona. La etapa en donde el cerebro infantil se desarrolla con mayor rapidez son los primeros 2-3 años, incluyendo el período de gestación¹⁶. Carecer de nutrición, estimulación y protección adecuadas en la primera infancia tiene efectos nocivos que pueden repercutir a largo plazo en las familias y las comunidades.

La forma en que los niños y las niñas son criados o atendidos por sus padres, madres y otros cuidadores en los primeros años de vida influye en el funcionamiento cerebral y el aprendizaje por el resto de la vida e incluso en futuras generaciones. El sector salud tiene un papel decisivo sobre las intervenciones para la primera infancia, particularmente, en apoyo de una atención sensible a las necesidades de los niños y las niñas¹⁷. La capacidad del sector para acceder a las niñas y los niños durante el período denominado *ventana de oportunidades*, desde la concepción hasta los primeros años, representa una oportunidad para integrar intervenciones de bajo costo, para mejorar la calidad de la atención materna y el desarrollo general de niños(as), al tiempo que contribuyen al bienestar de los cuidadores^{18,19}.

En el 2016,²⁰ se instó a gobernantes a acelerar medidas e inversiones en nutrición y programas para el desarrollo en la primera infancia, como base fundamental del progreso equitativo y del crecimiento económico. Se insiste en la promulgación de políticas, programación y gasto público a favor de la primera infancia, con el fin de ofrecer a los niños y las niñas acceso a servicios de calidad que mejoren su salud, nutrición, capacidad de aprendizaje y bienestar emocional²¹.

16 Victora C., 2012, Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales: de la concepción a los dos años de vida. *Arch Argent Pediatr*, 110(4):311-317.

17 Serie The Lancet's new Series, Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale.

18 UNICEF/OMS/Banco Mundial, Comunicado de Prensa "Invertir en el desarrollo en la primera infancia es esencial para que más niños, niñas y comunidades prosperen"

19 Nueva serie de The Lancet", octubre 2016 disponible <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/investing-early-childhood/es/>

20 Jim Yong Kim, Presidente del Grupo Banco Mundial, y el Director Ejecutivo de UNICEF, Anthony Lake.

21 Comunicado de Prensa, El grupo del Banco Mundial y UNICEF piden una mayor inversión en el desarrollo de la Primera Infancia, abril 2016.

El retorno a la inversión en capital humano declina en forma exponencial durante el ciclo de vida, al estar en su pico más alto al comienzo de este. Los resultados sociales y económicos a inversiones en primera infancia son altos. Las pruebas sugieren que cada dólar adicional invertido en programas de desarrollo de calidad en la primera infancia produce un retorno de entre 6 y 17 dólares. El Índice de Pobreza Multidimensional en Costa Rica en su dimensión Protección Social, define como *población específica y prioritaria* la primera infancia en donde el Estado y actores sociales deben en forma oportuna atender y aminorar condiciones de vulnerabilidad.

Alimentación y nutrición

Los problemas nutricionales por exceso o deficiencia de estos son una constante en nuestro país. La doble carga de la malnutrición se presenta principalmente en los sectores más vulnerables, así como deficiencias de micronutrientes como: zinc, hierro y vitaminas, por lo que la anemia continúa siendo un problema de salud²², pero el problema del sobrepeso y obesidad se presenta en todos los grupos de edad de la población, independientemente de su condición socioeconómica. En la encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, se muestra la disminución de la desnutrición, mientras que el sobrepeso y obesidad se incrementa conforme se avanza en edad, en todos los grupos: 8% de las personas menores de cinco años, 21,4% de los 5 a 12 años, 20% adolescentes, 59.7% mujeres durante la edad reproductiva y 77% en las mujeres de 45 a 64 años²³.

Los problemas nutricionales son causados por una combinación de factores: bajo ingreso familiar y nivel educativo, condiciones ambientales, prácticas alimentarias no saludables, sedentarismo, tamaño del grupo familiar, seguridad alimentaria, además, están relacionadas con el incremento de las enfermedades crónicas. Esto obliga a la identificación de programas y políticas públicas que respondan a esas necesidades nutricionales y protejan a la población más vulnerable como: las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, niños y niñas de cero hasta los

22 CCSS, Dirección Compra de servicios de salud, 2016, Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015, Gerencia Médica.

23 Ministerio de Salud, 2010, Fascículo Antropometría: Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, San José Costa Rica.



12 años y adolescencia. En el 2013,²⁴ se resaltó la importancia de la inversión de los gobiernos en la nutrición materna infantil y se mostró que con la implementación de programas específicos y sensibles a la nutrición, se puede lograr potenciar un crecimiento óptimo durante el ciclo de vida de modo que se integró a los compromisos de los ODS.

Los programas de comedores escolares, que atienden más de 500.000 estudiantes en el país, además de brindar alimentación complementaria, deben convertirse en programas integrales en adopción de prácticas alimentarias más saludables y de vigilancia nutricional. Los servicios de la Dirección Nacional de CEN-CINAI, que atiende cerca de 120.000 grupos familiares en condición de pobreza y más de 10.000 niños y niñas con malnutrición²⁵, deben ser robustecidos en estrategia extramuros, para que evolucionen a programas de atención integral a las familias con un mayor acceso y calidad.

Ejes para la atención de la primera infancia.

- La estrategia se desarrolla en el marco de cumplimiento de los derechos de niños y niñas y en la calidad de servicios, de acceso público, universal y de financiamiento solidario con cobertura a nivel nacional.
 - Las acciones son lideradas por el Estado (coordinación, rectoría en primera infancia, regulación, asesoría, supervisión).
 - Trabajo continuo e integrado entre instituciones-comunidades-hogares para favorecer el conocimiento y el uso de herramientas que beneficien la oportunidad en la promoción del crecimiento, desarrollo y asertividad en los patrones de crianza.
 - Alianza estratégica permanente pública-privada en el desarrollo de políticas establecidas.
- Fortalecimiento y apertura de servicios del cuidado institucional, familiar y comunitario como sistema de protección y desarrollo, con estrategias de pago solidario, con estándares de calidad requeridos. Es decir, con personas cuidadoras sensibles y capacitadas, quienes laboren en un ambiente donde se facilite la evaluación y monitoreo de los servicios y se evidencie el beneficio a grupos familiares y al desarrollo del país.
 - El sistema de red de cuidado debe impulsar estrategias de apoyo a los grupos familiares, de manera que responda a los nuevos contextos de tipos de familia y necesidades sociales, afectivas, educativas y económicas. Desarrollo de estrategias incluidas en la Política de Empleo y Alfabetización para el fortalecimiento de calidad de vida.
 - Municipalidades fortalecidas en su rol de promotores de políticas de atención y protección a la infancia, de modo que contribuya al funcionamiento con calidad de los servicios de cuidado.
 - Trabajo local integrado de Asistente Técnico de Atención Primaria de Salud (ATAPS), funcionarios Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Equipos PANI, Municipalidades y Universidades.

24 Black RE, Victora CG, Walker SP, et al and the Maternal and Child Nutrition Study Group, 2013, Maternal and Child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 382(9890):427-51, Publicación serie *Lancet* 2013 disponible en traducción al español en: http://www.incap.org.gt/index.php/es/publicaciones/cat_view/751-publicaciones/785-publicaciones-incap/789-eventos/766-the-lancet-serie-2013-sobre-nutricion-materno-infantil.

25 Dirección Nacional de CEN-CINAI, Ministerio de Salud, 2017, Informe Datos Básicos 2015, San José Costa Rica.



Propuestas eje c) Nutrición, desarrollo infantil y fortalecimiento de la Red de Cuido para la implementación de estrategias institucionales y comunitarias de atención.

Eje temático	Propuestas de acción	Responsables
<p>Coordinación y rectoría en primera infancia.</p>	<p>Rectoría en nutrición y neurodesarrollo infantil fortalecida en el rol rector del Ministerio de Salud.</p>	<p>Consejo Niñez y Adolescencia asume coordinación y seguimiento de plan estratégico interinstitucional y fortalecerá las políticas de inversión en primera infancia.</p> <p>Comisión Consultiva de la REDCUDI vela por el cumplimiento de programación del desarrollo de la Red de Cuido.</p> <p>Consejo Social evalúa rendimiento y cumplimiento de metas y emite directrices para fortalecimiento de la coordinación y logro de objetivos.</p>
	<p>Educación Inicial bajo la rectoría de Ministerio de Educación, Educación Preescolar.</p>	
	<p>Protección y cuidado bajo rectoría de PANI fortaleciendo acciones de apoyo y empoderamiento del grupo familiar en el rol parental y crianza democrática, y favoreciendo la promoción, sostenibilidad, calidad y acceso con equidad de servicios de la Red de Cuido.</p>	
	<p>Este planteamiento conlleva a analizar lo estipulado en la Ley 9220 y en lo referente al rol del Consejo de Atención Integral (CAI).</p>	
	<p>Equidad de género y corresponsabilidad en el cuidado, bajo rectoría del INAMU.</p>	
	<p>Política Inclusiva de Discapacidad bajo CONAPDIS, rector en discapacidad, responsable de promover y fiscalizar el cumplimiento de los Derechos Humanos de la población con discapacidad.</p>	
	<p>Instituto Mixto de Ayuda Social garante de conducir equidad en asignación de beneficios.</p>	
	<p>Metas:</p> <p>Servicios de Atención Integral a la infancia, de 0 a 8 años, brindados con calidad bajo los principios de universalidad, equidad y solidaridad. Consolidándose en forma progresiva con una rectoría de infancia coordinada durante los cuatro años de administración.</p> <p>Establecer un proceso de rendición de cuentas, evaluación por resultados, medición de brechas de ejecución y de eficacia-efectividad para el logro de calidad de servicios y extensión de cobertura en el período.</p> <p>Unidad organizativa de rectoría en nutrición y neurodesarrollo infantil operando fortalecida dentro de la función rectora del Ministerio de Salud.</p>	



Servicios operativos.	<p>CCSS: fortalece servicios de promoción y control de crecimiento y desarrollo en consulta periódica hasta los 4 años, en centros de cuidado de acuerdo con la normativa para escenario educativo y en visitas a hogares bajo estrategia de Atención Primaria. Asimismo amplía acción educativa para lograr cambios en las prácticas saludables de la población, en especial en la infancia.</p>	<p>Se apoyará el trabajo coordinado en la organización existente para la atención de infancia.</p> <p>Sistema Intersectorial, desarrollo de la Niñez y Salud Escolar (MS, MEP, CEN-CINAI, CCSS, UCR, UNED, UNA).</p> <p>Comisión Técnica Interinstitucional de la Red de Cuido y Desarrollo Infantil</p> <p>Secretaría Técnica de REDCUDI</p> <p>Consejos locales en temas específicos: Mesoamérica sin Hambre, Prevención del Embarazo Adolescente, Coordinación para planificar servicios de Cuido.</p>
	<p>CEN-CINAI: brinda servicios de nutrición y desarrollo infantil entra y extramuros definiendo formas alternativas de distribución y control del servicio de Alimentos para el Hogar, a fin de que personal técnico se dedique a labores profesionales en actividades de seguridad alimentaria y promoción del desarrollo infantil en comunidades y atención domiciliar con equipos locales interdisciplinarios fortalecidos. Continúa expansión de servicios de Atención y Protección Infantil.</p>	
	<p>PANI e IMAS subvencionan centros privados y ONGs en cuidado.</p>	
	<p>PANI y CEN-CINAI asesoran y supervisan la calidad de atención de Centros de Cuido y estrategias comunitarias con apoyo de Comités Tutelares.</p>	
	<p>MEP imparte educación inicial obligatoria desde los 4 años y acredita docentes profesionales de servicios infantiles afines para impartir nivel de transición.</p>	
	<p>MEP brinda servicios de cuidado, priorizando niños y niñas desde período de transición, primero, segundo y tercer grado cuando se requiera y existan condiciones.</p>	
	<p>Municipalidades brindan servicios de cuidado y apoyan prestaciones a favor de la infancia ubicados en el área geográfica a su cargo.</p>	
	<p>Municipalidades incorporan presupuesto propio, de modo que fortalecen la subvención estatal actual en servicios de Cuido y Desarrollo Infantil.</p>	
	<p>Instituto Nacional de Aprendizaje financia y ejecuta la capacitación técnico-laboral, elaborada en coordinación con la Secretaría Técnica de la Redcudi para la formación de personal de los Centros de Cuido y con el Ministerio de Trabajo para formación de padres y madres inscritos(as) en la Red.</p>	
	<p>Hogares Comunitarios brindan servicios de Cuido apoyados por funcionarios públicos y privados y en espacios físicos con acondicionamiento mínimo para tal fin.</p>	
<p>Centros Privados de Cuido incorporan niños y niñas subvencionados(as) por el Estado y son supervisados y asesorados por instituciones estatales.</p>		
<p>DINADECO e IFAM promueven la participación organizada de la comunidad en Políticas y proyectos de atención a la infancia.</p>		
	<p>Metas:</p> <p>Al año 2022, obtener un incremento de 16.000 niños y niñas menores de 8 años en estrategias de cuidado institucional, familiar o comunitario.</p> <p>Instituciones y organizaciones de atención a la infancia insertas en el Plan de Acción de la Estrategia de educación alimentaria nutricional para la promoción de la salud y la prevención de la malnutrición.</p> <p>Instituciones públicas, comunitarias y empresa privada con plan integrado de sensibilización y capacitación a funcionarios(as), líderes comunales y grupos familiares en corresponsabilidad en la atención y cuidado infantil.</p>	

Fuente: Elaboración propia



Autoras

Patricia Allen Flores

Es médica y politóloga, con especialidad en neonatología, pediatría, salud pública y economía de la salud. Experiencia en VIH Sida con estudios de financiamiento, efectividad, consejería, gasto y brechas. Conocimiento del sector salud por su trabajo en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud. Ha incursionado en la calidad y procesos de acreditación en servicios de salud. Docente en la Universidad Estatal a Distancia (UNED), el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) y la Universidad de Costa Rica (UCR).

Jacqueline Peraza Valverde

Es odontóloga salubrista. Licenciada y doctora en odontología por la Universidad de Costa Rica (UCR). Máster en salud pública con énfasis en epidemiología por la Universidad Santa Lucía. Diplomado en Auditoría en Salud Pública por la Universidad Incca (UNINCCA-Colombia). Coordinó el Centro Nacional de Referencia Salud Oral del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). Actual suplente de la Ministra de Salud, como Presidenta del Consejo Nacional para la Investigación en Salud (CONIS).

Pié de Imprenta

Fundación Friedrich Ebert
San José | Costa Rica

Hansjörg Lanz
Representante Fundación Friedrich Ebert
para Costa Rica, Nicaragua y Panamá
E-Mail: costarica@fesamericacentral.org
Tel.: +506 2296 0736
<http://www.fesamericacentral.org>

En 1965 la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES, Fundación Friedrich Ebert) abre en Costa Rica su primera oficina en la región centroamericana. El 23 de julio de 1965 se firma el Convenio de Cooperación entre el Gobierno de Alemania y el Gobierno de Costa Rica. El 1° de setiembre de 1980 se aprueba la Ley no. 6454 que lo ratifica.

Por más de 50 años la Fundación Friedrich Ebert en Costa Rica ha desarrollado sus actividades como plataforma de diálogo, análisis político y de asesoría política. La participación de múltiples actores y el fortalecimiento de la democracia social son bases de la cooperación realizada con instituciones sociales y políticas costarricenses.

En la actualidad, la Fundación Friedrich Ebert, a través de su oficina en Costa Rica, desarrolla los ocho campos de trabajo regional de la FES en América Central. El concepto de planificación en red de las seis oficinas centroamericanas consiste del trabajo nacional con intercambio regional y seguimiento nacional.

Las actividades permiten una cooperación con múltiples actores progresistas en los seis países centroamericanos y en los campos de la justicia social, la democracia, el cambio climático, la economía sostenible y la seguridad. Destaca además, en lo nacional y lo regional el trabajo sindical, de género y con jóvenes - agentes de cambio.

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la Friedrich-Ebert-Stiftung.