

La interinstitucionalidad como estrategia de atención ante los efectos del SARS-COV-2 COVID-19 en Costa Rica

Johanna K. Alarcón Rivera

Antecedentes

Surgimiento del COVID-19 en el mundo

El COVID-19 tuvo su epicentro en la ciudad Wuhan, en China, el 8 de diciembre del 2019 detectado por primera vez y para el 12 de diciembre del mismo año ya se había convertido en pandemia.

Entre el 22 y el 24 de diciembre, este virus se encontraba genéticamente secuenciado y publicados los primeros estudios clínicos de su evolución, llamado inicialmente 2019-nCov, luego SARS-CoV-2. Internacionalmente es más conocido como COVID-19, (acrónimo del inglés Corona virus disease 2019). El 31 de diciembre, la OMS recibió la primera alerta.

Entre las estrategias para mitigar la propagación del virus en sus inicios, consistió en el cierre de la ciudad y aislamiento de la población tal como sucedió en el caso de Wuhan, donde el 23 de enero del 2020, a los trenes y aviones desde dicha metrópoli no se les permitió salir de la localidad y las autopistas fueron bloqueadas, de esta forma, más de 11 millones de personas, fueron aisladas del mundo con la esperanza de detener la epidemia.

Actualmente, según datos de la Universidad Johns Hopkins del 31 de agosto del 2020, dicho virus se ha propagado en más de 188 países en el mundo con un total de 25 254 339 casos diagnosticados a nivel global y con 846 985 muertes asociadas a su causa. En el caso costarricense, según datos al 31 de agosto del 2020, se cuenta con 39 699 contagios y 418 muertes (CCSS, 2020).

El abordaje público de la salud en Costa Rica

En lo que a salud concierne, para el caso costarricense, según la Constitución política en su artículo número 73, “[se] establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)”. Asimismo, en término de financiamiento, “La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas” (empleadores, trabajadores y Estado) (Sáenz et al.,2011:161)

En esta línea, la Constitución política señala en el artículo 177 que “[para] lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución” (SCIJ, 1949).

En cuanto a la Ley general de Salud N.5395, en su artículo primero, se señala que “[la] salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”. Además, en su artículo segundo, consiste en una “...función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública...la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud” (SCIJ, 1973)

Por parte de la CCSS,) fue creada el 1° de noviembre de 1942 durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. En 1943 se constituye en una institución autónoma del Estado, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento, tal cual fue señalado. (CCSS, s.f).

Dicha institución presta sus servicios mediante una red organizada en tres niveles según su capacidad resolutive y con su propio personal de salud.

En el primer nivel se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), los cuales se crean en 1994 mediante el Decreto Ejecutivo No 30698-S como una unidad de primera línea en la prestación de servicios de salud (Sáenz et al.,2011).

En el segundo nivel, se encuentra una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos, y en el tercer nivel se cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica que se brindan en los hospitales nacionales (Sáenz et al.,2011).

En términos de la rectoría del sector salud, ésta recae en el Ministerio de Salud (MS). En la reforma del sector salud de 1993 se busca fortalecer su función rectora, no obstante, "...hasta 1998 cuando se concretó en la redefinición de los procesos de trabajo, capacitación y cambios de personal, de forma que las nuevas funciones del MS se organizaron en cuatro áreas:

- a) dirección y conducción;
- b) regulación del desarrollo de la salud;
- c) vigilancia de la salud, y
- d) investigación y desarrollo tecnológico.

En regulación se incluyen las normas y reglamentos en medio ambiente, alimentación y medicamentos" (Sáenz et al.,2011:163-164).

Tal como puede apreciarse, el sistema de salud público se encuentra concentrado y especializado en una red de servicios con condiciones particulares, según en el nivel de atención, servicios y especialización que se encuentren. Esto permite ciertas facilidades de coordinación, ejecución y abordaje durante la pandemia en la atención y tratamiento de pacientes, tal como se verá más adelante.

La interinstitucionalidad como estrategia pública

La colaboración interinstitucional se ha constituido en un tema prioritario de los gobiernos en los países desarrollados, tales como Australia, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Canadá y en los países nórdicos, desde fines de la década de los 90, conocido como *Whole-of-Government* o *Joined-Up Government*, que para algunos ha sido calificada como la post Nueva Gestión Pública, como respuesta hacia la necesidad de atenuar los efectos del aumento de la especialización y de la proliferación organizacional (Cunill, 2014).

En América Latina, según Cunill et al. (2013), la colaboración intersectorial surge debido al reconocimiento de la multidimensionalidad de las causas que influyen en los problemas públicos que requieren ser abordados por los distintos sectores de la sociedad en su conjunto, tal como, la vulnerabilidad social, pobreza y exclusión, bajo un marco que comienza a considerar la protección social como derecho humano, y es aquí donde la emergencia sanitaria que plantea el COVID-19 y sus efectos en la salud, además en lo económico y social, requiere de ser analizado de manera integral y colaborativa.

Evolución y gestión interinstitucional de la pandemia en Costa Rica

El primer caso en el país de COVID19 se registró el 06 de marzo del 2020 y a partir de ahí el 09 de ese mes, el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) inició la coordinación en una primera sesión en Casa Presidencial, tras la decisión de elevar a alerta amarilla la alerta sanitaria vigente desde el 06 de enero del mismo año, declarada por la CNE.

La alerta amarilla, permite la activación de mesas operativas temáticas que permiten movilizar los recursos de manera interinstitucional, además se convoca al COE dos veces al día.

A partir de esta declaración, el Presidente Ejecutivo de la CNE, señala que “[desde] enero venimos trabajando de la mano con el Ministerio de Salud para la coordinación interinstitucional de acciones para la atención de la emergencia, en esa línea hoy tomamos la decisión de establecer la alerta amarilla, la cual faculta otros mecanismos de coordinación entre instituciones, vitales para el abordaje del virus” (MS, 2020).

Durante la primera reunión del COE del 09 de marzo, se contó con la participación interinstitucional de los jefes de los ministerios de Salud, Seguridad, Educación, Turismo, Relaciones Exteriores, Comunicación, Ministerio de Economía Industria y Comercio, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, Gobernación, Justicia, Trabajo, así como de la Comisión Nacional de Emergencias, la Caja Costarricense de Seguro Social, Acueductos y Alcantarillados, Benemérito Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja, 911, entre otros. Asimismo, representantes de la Organización Panamericana de la Salud.

Entre las estrategias del gobierno para enfrentar al COVID-19 en el país, surge la declaración de estado de emergencia nacional en todo el territorio de la República de Costa Rica, debido a la situación de emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19 que rige a partir del 16 de marzo de 2020, mediante el Decreto Ejecutivo, N° 42227 - MP - S.

En dicho decreto ejecutivo, se señala en su artículo 4: “[el] Ministerio de Salud junto con la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias serán los órganos encargados del planeamiento, dirección, control y coordinación de los programas y actividades de protección, salvamento, atención y rehabilitación de las zonas declaradas en estado de emergencia.

Se deberán emprender acciones inmediatas y coordinadas para la mejor atención de las fases de respuesta y rehabilitación; una vez aprobado el Plan General de la Emergencia se podrán designar unidades ejecutoras para los proyectos específicos.

En conjunto con la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias y el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social establecerá las medidas de contingencia necesarias para mantener operativos los servicios de salud de todo el país que garanticen la preservación de la salud y la vida de la población”. (Presidencia de la República, 2020).

Además en el artículo 2 del mismo decreto, se señalan las fases de la emergencia (de acuerdo al artículo 30 de la Ley Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias), en términos de los aspectos a abordar para el caso particular del COVID19, además de lo estipulado en la ley número 8488 del 22 de noviembre de 2005 (ver en anexo cuadro 1).

Como se puede apreciar, cada fase de la emergencia (respuesta, rehabilitación y reconstrucción), cuenta con una serie de acciones que se establecen para dar respuesta a las demandas y necesidades que cada etapa requiere, en términos de servicios, infraestructura, personal, entre otros.

De acuerdo con ello, la CNE señala que Costa Rica aún se encuentra en la primera fase de la emergencia por COVID-19, es decir, la de respuesta. El decreto a la vez en su artículo 13, señala que de acuerdo a lo establecido en el artículo 37 de la Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo (Ley 8848), el Poder Ejecutivo declarará la cesación del estado de emergencia nacional cuando se cumplan las fases de la emergencia definidas en el artículo 30 de dicha Ley y el artículo 2 del presente Decreto Ejecutivo (el cual describe las fases de emergencia) y se cuente con el criterio técnico emitido por la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) que así lo respalde. Lo cual para ello, no se encuentra en el corto plazo.

Si bien el comportamiento del nivel de contagios en sus inicios en el país presentaba una curva “aplanada” este comportamiento ha ido cambiando de forma creciente, tal como se puede apreciar en el gráfico 1, donde a finales del mes de agosto, el nivel de contagios se encuentra alrededor de los 1000 casos diarios aproximadamente.

A nivel de la región centroamericana (sin considerar a Panamá), Costa Rica se ubica en el tercer país en el número de contagios, siendo el primer país Guatemala seguido por Honduras (ver gráfico 2)

Esquema de gestión de riesgo ante el nuevo coronavirus

La Comisión Nacional de Emergencias (CNE), cuenta con un “enfoque de gestión de riesgo que contribuye al desarrollo, como un acto planificado y con visión de largo plazo que busca intencionalmente reducir la vulnerabilidad, transformar la sociedad y fortalecerla, es decir, propiciar cambios sociales de capacidad, adaptación y cambio en previsión a circunstancias futuras probables” (CNE, 2015:16). Es precisamente bajo este esquema que Costa Rica enfrenta la emergencia sanitaria del COVID19.

Para ello, por un lado el Ministerio de Salud quien tiene la rectoría del sector salud, bajo la dirección del Ministro mantiene activo el Centro Coordinador de Operaciones Institucional (CCOI), quien además a través de la Dirección de Vigilancia de la Salud (DVS), sostienen reuniones diarias para darle seguimiento a la enfermedad COVID19, y a la vez con sesiones periódicas con representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para analizar las medidas y acciones ejecutadas.

Por parte de la CNE, se cuenta con el COE, la cual es la instancia permanente de coordinación, responsabilidad de preparar y ejecutar, mediante procedimientos preestablecidos, labores coordinadas de primera respuesta ante situaciones de emergencia.

Durante la emergencia del COVID 19, la CNE se reúne periódicamente con los integrantes del COE y en momentos de emergencia, es activado de forma permanente para el trabajo articulado a nivel nacional por parte de todas las instituciones públicas y los organismos no gubernamentales que conforman el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo.

Retos de la interinstitucionalidad como estrategia de atención ante los efectos del SARS-COV-2 COVID-19 en Costa Rica

En este punto de la pandemia al 31 de agosto del 2020, se puede señalar que existe un consenso general que plantea los retos de la recuperación económica de los países, a partir del acceso a la posible vacuna que se encuentra actualmente en desarrollo a nivel científico, con cierto nivel de avance pero aún no es determinante en sus efectos positivos en la salud de las personas y su alcance.

Además, por otra parte, la preparación en el fortalecimiento de las capacidades de respuesta de los sistemas de salud, ante las complicaciones que presenten los pacientes durante la enfermedad, hace que se generen retos para la gobernabilidad y la estrategia de mediano y largo plazo en términos económicos y sociales.

Asimismo, algunos de los retos de la interinstitucionalidad ante la realidad actual, consiste en lograr un debido balance entre las políticas y acciones generadas en términos de salud, economía, y lo social.

Si bien a nivel global, la estrategia general que han adoptado los países para mitigar los efectos del COVID-19 han sido en términos del distanciamiento social y los periodos de cuarentena, dichas medidas han tenido impactos en lo económico y social, principalmente, afectando por un lado, la producción, el empleo y el consumo y por otro lado, los actos de violencia, la discriminación y la desigualdad.

Es en este contexto de complejidad e incertidumbre es que la colaboración interinstitucional, consiste en una estrategia de diseño e implementación de acciones por parte del gobierno, que requiere en primera instancia de una visión compartida de los efectos de la problemática por parte de los distintos sectores de la sociedad costarricense, lo cual para el país no ha resultado sencillo, debido a los debates pendientes antes de la pandemia en terminos del financiamiento y gasto público, relación Estado-Mercado.

Para el caso particular de Costa Rica, los desafíos que el país enfrenta ante los efectos del COVID19 en lo económico, ha requerido por parte del gobierno del Presidente Carlos Alvarado que se generen una serie de acciones tales como: la contracción histórica del gasto público (alrededor de €355 mil millones), la gestión con organismos multilaterales (gestionado un “apoyo total” de organismos multilaterales), negociación con el FMI (sobre un acuerdo financiero, conocido como “Stand-By Arrangement” (SBA), indispensable para mantener la estabilidad económica del país en los próximos años).

Finalmente el estímulo a la producción nacional, tal como, el plan de infraestructura en carreteras, puentes, escuelas, acueductos y hospitales, que genera bienestar, empleo y mayor competitividad productiva. Todo ello aún en debate por parte de las instituciones políticas del país.

Bibliografía

- Caja Costarricense de Seguro Social, (s.f), Cultura organizacional, <https://www.ccss.sa.cr/cultura#memorias>, 31-08, 2020.
- CCSS (2020), Coronarivurs, <https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/>, 31-08, 2020.
- Comisión Nacional de Emergencias (2015), Política Nacional de Gestión de Riesgo 2016-2030, <http://politica.cne.go.cr/index.php/politica/politica-nacional-de-gestion-del-riesgo-2016-2030>, 31-08, 2020.
- Cunill- Grau, Nuria, Fernández, Margarita, Thezá, Marcel (2013), La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales: lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile, https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-65682013000300013&lng=es&nrm=iso, 31-08, 2020.
- Cunill-Grau, Nuria (2014), “Resistencias a La Colaboración Interinstitucional. Aprendizajes Para La Implementación De Las Nuevas Políticas Sociales”, en Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal, N. 23, pp. 7-32.
- Ministerio de Salud (2020), Ante casos de COVID-19, CNE y Salud elevan alerta sanitaria a alerta amarilla, <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1558-ante-casos-de-covid-19-cne-y-salud-elevan-alerta-sanitaria-a-alerta-amarilla>
- Observatorio de Desarrollo (2020), COVID-19 en Costa Rica. <https://oddapp2.shinyapps.io/CoronavirusCostaRica/>
- Presidencia de la República (2020), Decreto Ejecutivo, N° 42227 - MP - S. <https://www.presidencia.go.cr/bicentenario/wp-content/uploads/2020/03/Decreto-Ejecutivo-42227-Emergencia-Nacional.pdf>, 31-08-2020
- Sáenz, María del Rocío, Acosta, Mónica., Muiser, Jorine, Bermúdez, Juan Luis (2010), Sistema de Salud de Costa Rica.

https://www.researchgate.net/publication/51604997_Sistema_de_salud_de_Costa_Rica_The_health_system_of_Costa_Rica, 31-08, 2020.

Sánchez González, José Juan (2009), "La dimensión ciudadana en las reformas de la administración pública", en Estado, Gobierno, Gestión Pública, N° 13, junio, pp. 87-105

Sistema Costarricense de Información Jurídica (1949). Constitución política de Costa Rica.

https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871, 31-08-2020.

Sistema Costarricense de Información Jurídica (1973). Ley General de Salud. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC, 31-08-2020.

Reseña biográfica

Johanna K. Alarcón Rivera. Es Administradora Pública por la Universidad de Costa Rica y Máster en Asentamientos Humanos y Medio Ambiente por el Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente se encuentra realizando estudios doctorales sobre Gobierno y Políticas Públicas en la Universidad de Costa Rica.

Es docente e investigadora de la Escuela de Administración Pública y del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP) de la Universidad de Costa Rica. Se interesa por temas públicos, políticos y urbanos a nivel nacional y latinoamericano. Actualmente desarrolla investigaciones sobre cambio institucional y fortalecimiento institucional.

Ha desarrollado proyectos de investigación y capacitación hacia los gobiernos locales desde la Universidad de Costa Rica, así como en la Unión Nacional de Gobiernos Locales (UNGL) a través del Programa Identificación y Promoción de las Buenas Prácticas Municipales de Costa Rica.

Ha cursado e impartido seminarios de postgrado en Evaluación de Impacto con el Programa de Fomento de Capacidades en Evaluación en Centroamérica (FOCEVAL) de la Cooperación Alemana (GIZ) y CICAP. Ha participado en evaluaciones a nivel nacional en el Poder Judicial y Gobiernos Locales.

Dirección postal: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio 2060 San José - Costa Rica. Teléfono (506) 2511-5660, Fax (506) 2234-1767. Email: johanna.alarcon@ucr.ac.cr Página web. www.eap.ucr.ac.cr

Cuadros, tablas y gráficos

Cuadro 1. Fases de la emergencia		
Fase de respuesta	Fase de rehabilitación	Fase de reconstrucción
Incluye las acciones de contención y control de los brotes, el reforzamiento de los servicios de salud, el aprovisionamiento de agua, la compra y distribución de suministros de limpieza y desinfección, las acciones de limpieza profunda en edificaciones, la protección del personal sanitario, personal de primera respuesta y de la Cruz	Incluye la ampliación de las capacidades de los servicios para la atención de pacientes, incluido sin que se limite a: la sostenibilidad de los servicios de salud y la ampliación de las unidades especializadas y laboratorios requeridos para la reducción de la morbilidad de la población.	Incluye las acciones a mediano plazo orientadas a establecer las condiciones normales de operación de los servicios de salud, así como eventuales tratamientos y procedimientos médicos disponibles según el nivel de los impactos determinados. Todas las acciones deben de realizarse de conformidad con los debidos reportes generados para el Plan

<p>Roja Costarricense, vigilancia epidemiológica, necesidades de diagnóstico y abordaje de la enfermedad en todas sus fases, y la asistencia humanitaria requerida para la adecuada atención de la emergencia. En el marco de sus competencias las instituciones velarán por evitar el desabasto, acaparamiento, condicionamientos en la venta y la especulación en bienes y servicios.</p>		<p>General de la Emergencia.</p>
<p>Fuente: Presidencia de la República (2020).</p>		

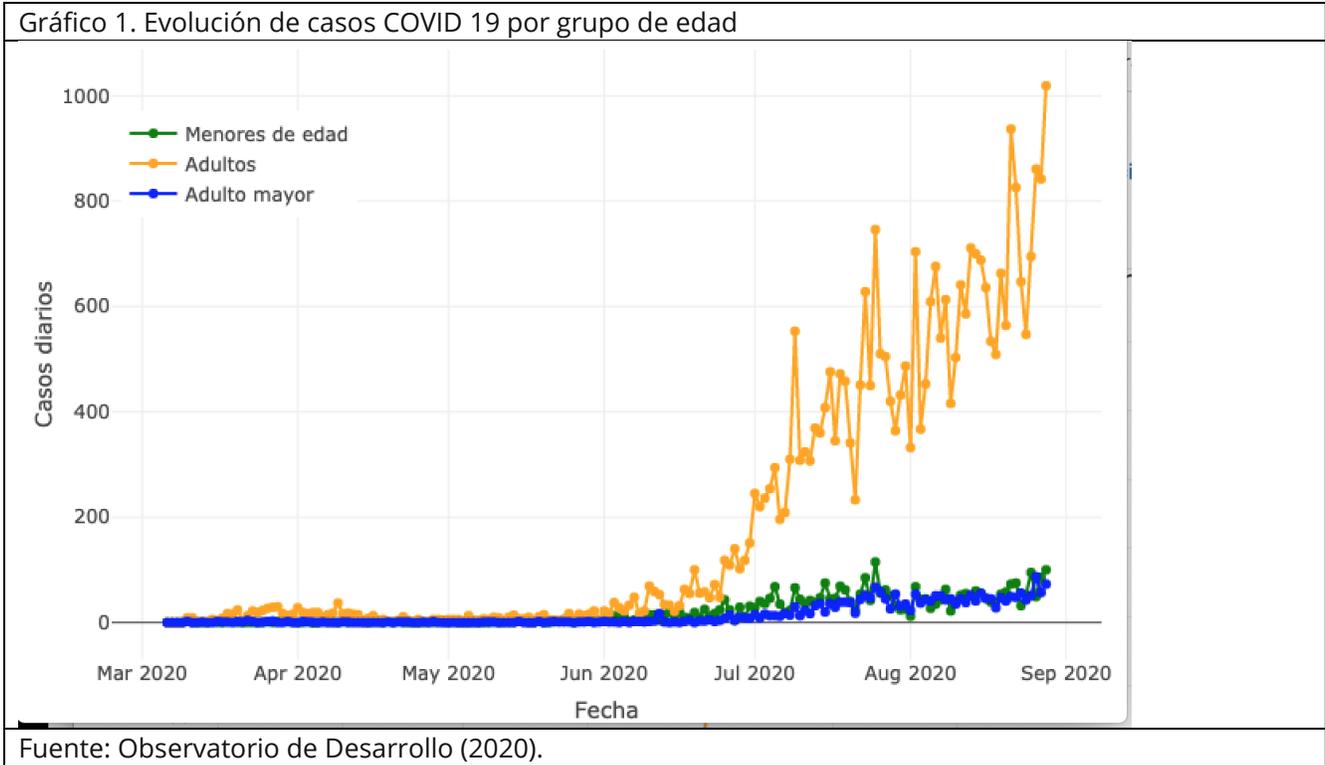
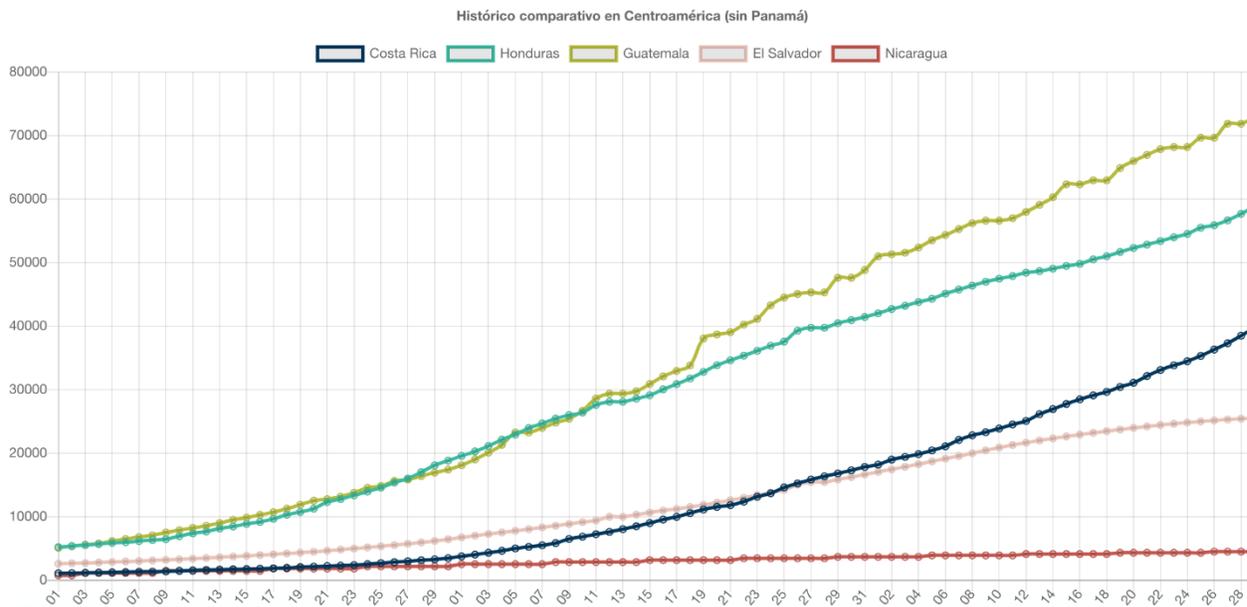


Gráfico 2. Histórico comparativo en Centroamérica (sin Panamá) al 28 de agosto del 2020



Fuente: CCSS (2020).