

CAPITULO TERCERO

LA IMPLEMENTACION GLOBAL DEL PROGRAMA DE REESTRUCTURACION

Entre diciembre de 1986 y noviembre de 1987, se procedería a la firma de contratos para la elaboración de planos de reestructuración para cinco inmuebles de la Caja: el Hospital Nacional de Niños; el Hospital Monseñor Sanabria; el Hospital México; el Hospital de Ciudad Neily y las Oficinas Centrales de la Caja.

Como tendremos oportunidad de analizar detenidamente, la incorporación de estas unidades en una primera fase no obedeció nunca a un proceso deliberado, programado y comprensivo de priorización y selección. Más bien e independientemente de la bondad de la selección en términos de los niveles de vulnerabilidad que experimentaban estas unidades y de su importancia en la estructura hospitalaria, el proceso fue ad hoc, producto de hechos y criterios parciales, y determinado esencialmente al interior de la Dirección de Ingeniería y Arquitectura en una relación directa con la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Médica de la Institución. Fue una decisión centralizada en los órganos técnicos de la Institución, en la cual la Junta Directiva, esencialmente, se limitaba a avalar e impulsar sin estorbos las recomendaciones técnicas de Ingeniería y Arquitectura.

3.1 La Selección de las Unidades Objeto del Programa

3.1.1 El Hospital Nacional de Niños

El caso del Hospital Nacional de Niños ha sido ya ampliamente comentado. El impulso para el análisis de esta unidad y de su posible reestructuración obedecieron, primordialmente, a la insistencia y perseverancia del Dr. Edgar Mohs; primero, en su capacidad de Director del Hospital y, posteriormente, como Ministro de Salud. Este impulso fue avalado, promovido y seguido también por el Dr. Elías Jiménez, quien asumió la Dirección del hospital en el primer semestre de 1986, siguiendo en su cargo hasta 1990, cuando asumió la Presidencia Ejecutiva de la Caja, con el nuevo Gobierno Social Cristiano de Rafael Angel Calderón. Las autoridades centrales de la Caja se limitaron, en este caso, a dar seguimiento a un proceso ya impulsado "externamente".

En este contexto de "fait accompli", cualquier criterio adicional que posteriormente justificara la incorporación de la

unidad en una primera fase de reestructuraciones reviste características de una racionalización ex post. Así, por ejemplo, en el curso de nuestras entrevistas se insistía, en varios casos, en que la racionalización atrás del impulso del Hospital Nacional de Niños como primer caso de estudio se debía a su característica como "el único Hospital especializado de pediatría en el país", además de sus particulares características en términos de la preparación y especialización de cuadros médicos en pediatría; características que hacían prioritaria su seguridad estructural.

3.1.2 El Hospital México

En el caso del Hospital México, en el momento en que se tomaba la decisión formal de impulsar un programa de reestructuración, en diciembre de 1986, el estudio impulsado por la Facultad de Ingeniería de la U.C.R. estaba ya a punto de completarse en su primera fase. Los informes preliminares del estudio, presentados en octubre de 1986, ya indicaban serios problemas en la estructura que lo hacían vulnerable aún al impacto de sismos de moderada intensidad. El informe final, completado en diciembre de 1986, era contundente en sus afirmaciones. En las conclusiones generales del estudio se estableció, por ejemplo, que:

"La estructura, tal como está, sufriría serios daños en paneles y tiene alta posibilidad de falla de columnas cortas con sismos moderados" (modelos con paneles);

"una situación de daño general y colapsos en las estructuras para aceleraciones mayores de .25 g" (modelos sin paneles);

"serios problemas por acoplamiento y torsión en planta de los modos en las estructuras" (comportamiento dinámico);

"riesgo de choque violento entre Edificios Central y de Quirófanos" (desplazamiento) (Herrera Giri y Quirós Rojas, 1986).

Aún cuando hubo preguntas sobre la confiabilidad del estudio por parte de un miembro de la Junta Directiva de la Caja²¹, y durante la presentación pública de la tesis el día 22 de enero de 1987, la necesidad de reestructuración era un hecho casi consumado, aún cuando tendría que pasar un año más para que comenzara la elaboración de los planos de construcción, y dos años para comenzar las obras de reestructuración.

²¹. En la sesión No.6074 de la Junta Directiva de la Caja celebrada el 4 de diciembre de 1986 "el Director Carro Zúñiga plantea su inquietud en relación a la evaluación (...) realizada por un grupo de estudiantes de la U.C.R. (...) y sobre la confiabilidad del estudio" (artículo 20º).

El análisis de los estudiantes fue ampliado y completado en el área de los sistemas, por los ingenieros Cruz y Acuña durante el primer semestre de 1987, análisis que fue publicado en octubre de ese año. En este análisis establecieron que:

"las estructuras del Hospital México presentan cada uno diferentes niveles de vulnerabilidad y que al presentarse un sismo con aceleraciones máximas entre .10 y .15 g (...) algunas estructuras presentarán daños leves y otras colapsos parciales que harán que el hospital quede fuera de servicio (...) La readecuación estructural de los edificios se hace imperativo".

Entre tanto, en marzo de 1987, Cruz y Acuña habían expuesto a Alberto Linner los resultados del estudio de Herrera y Quirós, entregándole un documento de síntesis sobre el mismo. Este documento fue remitido por Linner al Dr. Edgar Cabezas, Gerente Médico de la Caja, el día 27 de mayo. En su carta de remisión, Linner establece que,

"como puede desprenderse del estudio (...) las estructuras del Hospital México deben ser sometidas a un rediseño y construcción que cumpla con el Código Sísmico en vigencia. Si bien es cierto que nuestro primario interés debe ser el impulsar el desarrollo profesional nuestro, es mi personal pensamiento que los diseñadores originales obligadamente deberían opinar sobre las condiciones estructurales del edificio, aunque posteriormente se decida que el estudio final sea realizado por los ingenieros Cruz y Acuña".

El lento movimiento hacia la toma de una decisión final sobre una reestructuración fue realimentado el 2 de junio de 1987, cuando el Director del Hospital México, Dr. Matías Quesada Hernández, remitió una carta al Dr. Cabezas en que hace referencia a los estudios de Herrera, Quirós, Cruz y Acuña, los cuales, escribía:

"demuestran la necesidad prioritaria de proceder a corto plazo a efectuar una reestructuración que asegure una adecuada estabilidad al inmueble ante un movimiento de tierra importante. Exteriorizo mi preocupación ante usted con el propósito de solicitar su valiosa colaboración para resolver adecuadamente este problema".

El 22 de junio, el Dr. Cabezas remite la misiva de Quesada a Linner, quien el 1º de julio responde reiterando la necesidad de "conocer a fondo la situación física de las estructuras del hospital", y de la necesidad de que:

"los diseñadores originales de México conozcan este análisis y viertan su opinión sobre la situación a

efectos de formar un criterio sobre la misma y con esos elementos de juicio decidir, posteriormente, quien se aboca al diseño reestructurador del edificio, o se determina cualquier política al respecto".

El día 2 de julio, la Junta Directiva de la Caja, en su sesión No.6133 autorizó la visita de Linner a México para consultar con la firma Colinas de Buen S.A., viaje que realiza durante la segunda quincena del mes. El día 11 de agosto, Linner informa de los resultados de su consulta con Colinas de Buen, al Dr. Guido Miranda, expresando que:

"De acuerdo con las exigencias del Código Sísmico, en su versión de 1985, se llegó a la conclusión de que el edificio debe ser reestructurado en cuanto que su estado actual no está cumpliendo con los requerimientos del mismo, y desde luego está expuesto a que si los factores requeridos por el Código se diesen en un eventual evento sísmico, las estructuras no serían capaces de absorberlos (...en sus conclusiones concretó que...) es mi personal opinión que el trabajo profesional de rediseñar puede ser realizado en Costa Rica, y contamos con un banco de consultores de donde poder escoger (...) La eventual empresa constructora pudiera ser HERIEL S.A. que participó en el concurso mencionado y de la que forman parte los ingenieros Miguel Cruz Azofeifa y Roy Acuña Prado".

Colinas de Buen S.A. había remitido una cotización para el trabajo de diseño de US\$65.000, a efectuarse durante un tiempo de cinco meses.

Con el resultado de la visita a México, el Hospital México quedó finalmente entre las prioridades para la primera fase de reestructuraciones, producto de un largo proceso de prueba y contraprueba de la eficacia de los análisis emprendidos por los ingenieros de la U.C.R.

De igual forma que en el caso del Hospital de Niños, el Hospital México estaba ya, de hecho, dentro de los inmuebles a reestructurar antes de que la Caja abriera el panorama a un programa más ambicioso. La priorización dada por razones de su importancia en términos del valor del inmueble y su posición como el centro hospitalario principal del país, el "buque insignia" del sistema hospitalario, también constituyen razonamientos muy válidos pero ex post, viéndolos a la luz de una imperativa ya establecida. Como comentó el Ing. Acuña " si nosotros hubiéramos escogido no el México, sino el San Juan de Dios por ser el más viejo, tal vez no se hubiera reforzado el México en aquella oportunidad".

3.1.3 El Hospital Monseñor Sanabria, el Hospital de Ciudad Neily y las Oficinas Centrales de la Caja

Las otras tres unidades que se sujetan a un análisis de vulnerabilidad y potencial reestructuración en la primera etapa impulsada por la Caja (los Hospitales Monseñor Sanabria y de Ciudad Neily y las Oficinas Centrales de la Caja), aparecen en el escenario explícitamente después del evento de San Salvador. Aquí es importante recalcar que desde el principio, estas tres unidades se privilegian encima de otros 26 hospitales en el país y más de 130 clínicas, todos construidos con anterioridad al nuevo Código Sísmico vigente desde 1986. ¿Cuáles eran entonces los criterios que condujeron a las autoridades a impulsar los estudios en estas unidades por sobre las demás?.

En la literatura oficial de la Caja (cartas y actas) no existen pautas muy definidas para poder responder a esta interrogativa. La aparición de estas unidades en la mesa de discusión se limita al contenido de varias comunicaciones entre funcionarios de la Dirección de Ingeniería y Arquitectura y otras instancias.

El Arq. Linner, posterior a la solicitud de la Junta Directiva, el día 23 de octubre, para que sea informada sobre el estado de los estudios de vulnerabilidad y del proyecto de las escaleras de emergencia de las Oficinas Centrales, y antes de la presentación de este informe por parte del Ing. Villalobos, el día 14 de noviembre, ya había adelantado conversaciones con Bel Ingeniería S.A., los diseñadores originales, en cuanto a la necesidad de estudios de vulnerabilidad de las Oficinas Centrales y el Hospital Monseñor Sanabria.

El 10 de noviembre, Federico Baltodano, Presidente de Bel, remitió una carta a Linner en que, en respuesta a "nuestras conversaciones sobre la necesidad de hacer una revisión del análisis estructural del Edificio Central de la Caja y del Hospital Monseñor Sanabria, para readecuar dichas estructuras conforme a las disposiciones del Código Sísmico de Costa Rica, 1986", presentó una cotización para los rediseños estructurales y planos de construcción necesarios. Para las Oficinas Centrales se fijaba la suma de ₡1.566.000, y para el Monseñor Sanabria, ₡1.392.000, con un tiempo de ejecución de los trabajos de tres meses. Aquí es importante notar que a diferencia del Hospital de Niños y del México, no se incluía un estudio de primera etapa para determinar las necesidades de reestructuración, sino se cotizaba de una vez para el diseño estructural. Esto "desobedecía" la normatividad que Villalobos "estableció" en su citado informe del 14 de noviembre.

El informe de Villalobos, recordamos, no mencionaba las probables nuevas unidades a ser incluidas en el programa de reestructuración, sino que se limitaba a destacar su preocupación

por el tiempo necesario para el estudio de la gran cantidad de edificios "sobre todo aquellos de mayores dimensiones y de diversidad de pisos". Sin lugar a dudas, las Oficinas Centrales y el Monseñor Sanabria eran entre las unidades que más definitivamente cumplían estos dos criterios (aparte del Hospital México que ya estaba en la fórmula).

En adición a la carta de Baltodano y el informe de Villalobos, la única otra referencia escrita que ubicamos en cuanto a estas unidades a incluirse en el programa, viene en una carta que Linner remite a Omar Quirós, Jefe de Adquisiciones de la Caja, el día 27 de noviembre de 1986, con referencia a la contratación de Sauter y Asociados para la confección de los planos para la reestructuración del Hospital Nacional de Niños. En esta carta, refiriéndose a la contratación del estudio con Sauter, comentaba que,

"como esta situación será igualmente válida para otros estudios (Edificio Oficinas Centrales, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital Blanco Cervantes, Hospital Calderón Guardia, etc.) es de urgente solución (la contratación) por lo que las eventualidades de la naturaleza podrían provocar...".

El Blanco Cervantes y Calderón Guardia no quedaron en el programa definitivo, los otros sí. Sin embargo, parece que quedaron de forma latente en la fórmula para la primera fase.

Hacia finales de 1986, había motivaciones para pensar que la UCR podría avocarse al estudio de estas unidades, como programa de continuidad a los estudios efectuados en el Hospital México. El 1º de abril de 1987, el Ing. Miguel Cruz, en carta dirigida al Ing. Villalobos, pidió el acuerdo de la Caja para su plan de solicitar a CONICIT financiamiento para seguir con el análisis de hospitales. En esta ocasión comentó que:

"es nuestro interés estudiar el Hospital Blanco Cervantes, dos edificios del Hospital San Juan de Dios y un edificio del Antiguo Policlínico del Hospital Calderón Guardia".

Este plan, sin embargo, nunca pudo ser implementado.

La información disponible sobre las Oficinas Centrales y el Hospital Monseñor Sanabria pareciera indicar, que la decisión fue ad hoc en el sentido de que no existía un proceso global de evaluación de todas las unidades hospitalarias de la Caja (sin hablar de las clínicas, almacenes, etc.), que pudiera haber permitido una priorización más comprensiva de necesidades y un análisis de costos. Sin embargo, la dimensión de las obras (área, número de pisos, inversiones), sus fechas de construcción y el impacto humano de un posible fallamiento en sus estructuras (en trabajadores, pacientes, y en la población servida), son factores

que no permitieron dudar de la necesidad de impulsar las obras de reestructuración en si.

El último edificio que entró en la ecuación entre 1986 y 1987, fue el Hospital de Ciudad Neily, en la altamente sísmica zona sur del país. La única referencia a este hospital que logramos ubicar anterior a la firma del contrato para la confección de sus planos (en setiembre de 1987), aparece en el citado informe de Villalobos del 14 de noviembre de 1986, donde se sugiere pedir constancia a sus diseñadores de que el edificio cumplía con los requisitos del Código Sísmico. Aún cuando se supusiera que dicha construcción no 'satisfacía' tales requisitos, esto no sería suficiente, por sí, para satisfacer su selección dentro de otras unidades de "reciente construcción" que tampoco cumplían con los requisitos, o unidades más viejas que tuvieran todavía más altos niveles de vulnerabilidad.

Su inclusión parece haberse debido a otra decisión *ad hoc*, vista en función de su condición periférica, en una zona del alto riesgo sísmico, todo combinado con apreciaciones de carácter personal.

3.1.4 Las Unidades que no entraron en el Programa: Los Criterios para una Priorización

Las instalaciones físicas de la Caja son numerosas y dispersas en el territorio nacional, involucrando inversiones de gran monto (ver Anexo No.2) y dando una cobertura amplia de servicios de salud a la población costarricense. Solamente cinco unidades, contando por 25% del valor total de las inversiones, 20% de la capacidad instalada de camas; y albergando 20% de la población trabajadora de la Caja, entraron en la primera fase del programa de reestructuración. Tres de éstas han sido reestructuradas hasta la fecha (setiembre de 1992)²².

Un análisis de los criterios que entraron en juego para no incluir unidades, a diferencia de los "criterios" considerados para incluir los que quedaron, es de obvia importancia para una evaluación del proceso de toma de decisiones. Esta asume una importancia *ex post*, aún más destacada en el caso de Costa Rica, dado que en los años posteriores a la decisión, mientras que el reforzamiento del Hospital Monseñor Sanabria fue "justificado" por su resistencia frente al sismo de Cóbano de 1990; los hospitales México y de Niños no han sido expuestos a ningún evento de suficiente magnitud que pusiera a prueba sus estructuras (aunque si sus sistemas o aspectos no estructurales). Sin embargo, otros

²². San Isidro ya fue reestructurado en 1983; Limón está en proceso de reestructuración a raíz del sismo de abril de 1991; y Alajuela será sustituido con un nuevo hospital. Sectores de los hospitales de Cartago, Liberia y Heredia son posteriores en su construcción al Código Sísmico de 1986.

hospitales o clínicas no reforzadas fueron severamente dañadas o inhabilitadas por sismos entre 1990 y 1991. Este es el caso, en particular, con el Hospital de Alajuela y las clínicas Central de Alajuela y Francisco Bolaños de Heredia durante el sismo del 22 de diciembre de 1990; y el Hospital Tony Facio de Limón y las Clínicas de La Fortuna y Batán, durante el fuerte sismo (7.2) de Limón de abril de 1992.

En un modelo "racional" de toma de decisiones referido a la reestructuración de unidades de salud (hospitales y clínicas, en particular) existirían una suma de criterios válidos (de tipo político, económico, social, etc.) que podrían entrar como parámetros en el modelo y que podrían influir en la toma de decisiones , a saber:

- a) Económicas. Costo de reposición de unidades; niveles de autoaseguramiento o aseguramiento existentes; excedentes financieros existentes para enfrentar obras de reparación o reconstrucción;
- b) Sociales. Población servida por la unidad; alternativas de atención médica en caso de disfuncionalidad de la unidad (incluyendo el factor de proximidad y opciones de comunicaciones rápidas); número de personas bajo riesgo en caso de destrucción o desplome de facilidades; y, grado absoluto de vulnerabilidad de la Unidad.
- c) Políticos. Impacto del desplome o destrucción de determinadas facilidades; impacto político de inversiones en reestructuraciones versus inversiones en nuevas construcciones para ampliar la cobertura social de servicios de salud.
- d) Planes y programas de remodelación y de construcción de unidades existentes. Planes de sustitución o reemplazo de unidades por razones de vida útil, capacidad, adecuación tecnológica, etc.
- e) Humanos o personales. Valores simbólicos o afectivos de unidades, a nivel de la sociedad o a nivel de los individuos que participan en la toma de decisiones;
- f) Científico-técnico. El grado de riesgo físico asignado a distintas regiones, zonas o localidades en el país; mapas de riesgo; la importancia de las instalaciones en términos de su aporte al avance científico nacional.

Estos parámetros específicos, que deberían entrar en una ecuación de decisión comprensiva son, obviamente, de gran amplitud. Pocas veces habría la oportunidad de sopesarlos en un cálculo "racional" que arrojará la decisión más atinada. Su consideración está mediatizada por el factor tiempo (urgencia de la decisión) y

el factor económico (cobertura posible). Los factores apuntados oscilan entre lo objetivo (económico y sociales) y lo subjetivo (políticos y humanos o personales). En lo que se refiere a lo científico-técnico, el grado de fidedignidad de la predicción o pronóstico en caso de sismos está sujeta al grado de conocimiento real de la geodinámica y la confiabilidad de lo probalístico. Ambos han mostrado un insuficiente nivel de desarrollo para poder dar precisión al nivel de pronósticos, sin decir de predicción.

En el análisis de las unidades que se incluyeron en la primera fase de reestructuración vimos, de acuerdo con los parámetros arriba especificados, un alto contenido de impulso o motivación humano o individual que informaba la decisión, asociado con una clara percepción o racionalización del impacto económico (pérdida de inversiones); del impacto en la capacidad de resolución científica del país (especialidades médicas); y en términos de la potencial pérdida de vidas, que podría resultar de un evento de magnitud.

La decisión no evidencia haber considerado, en mayor grado, el nivel de riesgo sísmico de las zonas en las cuales se ubican las unidades (la ciudad de San José, en si, se considera de un nivel moderado, aunque Puntarenas y la Zona Sur si son clasificadas de alto riesgo sísmico); la existencia o no de opciones de sustitución de servicios médicos en caso de desastre (la ciudad de San José ofrece múltiples opciones hospitalarias en caso de la incapacidad de una o más de las instalaciones; el Monseñor Sanabria si cumplía con el criterio de insustitubilidad); o, los grados relativos de vulnerabilidad de las distintas unidades que componen el sistema.

En cuanto a las unidades hospitalarias que no fueron objeto de priorización, las racionalidades o criterios que prevalecían revisten características distintas de acuerdo con el tipo, edad, y localización del hospital. Cuatro tipos de criterio parecen haber predominado en esta "decisión"²³.

a) Edad y necesidad de remodelación o reemplazo.

Varias de las unidades hospitalarias que componen el sistema revestían características ya anticuadas o inadecuadas frente a las necesidades modernas de los servicios salud. Construidas, en gran parte, muy anterior al Código Sísmico de 1974, sus estructuras o partes importantes de ellas, claramente no llegaban a las exigencias del Código de 1986.

En estos casos, la falta de consideración dada a una inversión en reestructuración obedecía al criterio de que no sería costo-

²³. No existen criterios escritos para sustanciar nuestras afirmaciones. Estos criterios han sido construidos tomando en cuenta los resultados de entrevistas realizadas con funcionarios (y exfuncionarios) de la Caja.

efectivo, en vista de la necesidad (y existencia de planes) de remodelación o reemplazo del hospital en un futuro relativamente corto. Los Hospitales Enrique Baltodano de Liberia; San Rafael de Alajuela; Max Peralta de Cartago y el de Quepos entraron en esta ecuación, todos ubicados en zonas consideradas altamente riesgosas en términos sísmicos. De estos hospitales Alajuela, de hecho, sufrió serios daños estructurales y no estructurales durante el sismo de diciembre de 1990, antes de haberse podido implementar los planes para un nuevo hospital. En 1992, estos planes empiezan a concretarse a través de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo por 28 millones de dólares.

El Hospital San Juan de Dios, el más viejo del país, representa una variante de este criterio. Sujeto a obras de remodelación interna en varios momentos, este hospital ha representado siempre un "dolor de cabeza" en cuanto a su futuro. A lo largo de los últimos diez años, se han jugado con varias alternativas, incluyendo su completa reedificación hasta su total conversión en un hospital de emergencias, construyendo nuevos hospitales en el sur y oeste de la ciudad para absorber la presente demanda sobre el hospital²⁴.

Ninguna de las opciones han prosperado. Entre tanto, las posibles decisiones de invertir en su reestructuración fueron también pospuestas. Hoy en día (1992), componentes de su estructura han sido finalmente sujeto a la contratación de un análisis de vulnerabilidad y la elaboración de planes de reestructuración.

b) Ubicación en zonas de pronosticado bajo riesgo sísmico.

Fundamentalmente, esto comprendía los Hospitales Tony Facio en Limón y de Los Chiles y Upala, todos en la zona Atlántica del país.

En el caso del Hospital de Limón, su construcción reciente (1981) y su ubicación, le asignaba un bajo nivel de priorización para reestructuración. El sismo de abril de 1991, contradecía los pronósticos de los sismólogos y tuvo como resultado serias pérdidas no estructurales en el hospital y daños estructurales o destrucción de varias clínicas de la región, incluyendo la del Valle de la Estrella, que resultó completamente inhabilitada, y la clínica de Bataan. Los daños o pérdidas sufridos en las instalaciones de salud de la región Atlántica sumaron más de 500 millones de colones y las reparaciones y reestructuraciones del hospital han absorbido cerca de 300 millones de colones hasta la fecha.

²⁴. La Junta Directiva de la Caja, en su sesión No.6177, celebrada el 14 de diciembre de 1987, tomó la decisión de impulsar la opción de dos nuevos hospitales, y la sustitución de los servicios del Hospital Maternidad Carit instruyendo a la Administración de examinar posibles opciones de financiamiento internacional. En esta misma sesión, también aprobaron el impulso de los nuevos hospitales de Alajuela y de Quepos.

Aquí es importante reflexionar sobre la eficacia de la zonificación sísmica del país y de los pronósticos como elementos de juicio en la toma de decisiones en un país como Costa Rica. Así, con la excepción del sismo de Cóbano, los sismos de San Isidro, Alajuela y Limón y los daños causados a los hospitales no podrían haberse esperado de acuerdo con el estado del conocimiento y la zonificación sísmica existente en esos momentos. Todavía la prudencia, más que el pronóstico y la ciencia, parece más aconsejable en cuanto a la toma de decisiones.

c) Edificaciones más recientes (pre 1986).

Bajo el supuesto de su más cercana aproximación a las exigencias del Código Sísmico varias unidades, de dos pisos o más, fueron sujetas a certificación por parte de sus diseñadores (ver informe de Jeni Villalobos, 14 de noviembre de 1986). Estas incluían el Anexo del Hospital Calderón Guardia y de las Oficinas Centrales, y los Hospitales Tony Facio, de Ciudad Neily y de San Carlos. Tony Facio y Ciudad Neily han sido ya comentados. Las otras obras no parecen haber presentado problemas en sus estructuras.

d) Edificaciones de un solo piso.

Bajo el supuesto del bajo riesgo que presentan en términos de la vida humana, hospitales tales como La Anexión de Nicoya, San Ramón, San Vito y Golfito, no recibieron mayor consideración. Este criterio parece haberse aplicado también a los Hospitales Psiquiátricos de San José, el Chapui y el Chacón Paut.

Finalmente, ninguna consideración inmediata parece haberse dado a las condiciones estructurales de las numerosas clínicas en el país. Sobre esto, la única referencia encontrada data de octubre de 1988, en una carta que el Arq. Linner dirige al Ing. Jeni Villalobos, el día 4, donde expresa (en respuesta a una solicitud del Director de la Clínica Clodomiro Picado) que "me permito informarle que hemos planeado la revisión estructural de las grandes clínicas para el año 1989".

3.3 *Resumen: La Selección de las Unidades para el Programa de Reforzamiento*

La selección de las unidades a incluirse en una primera fase de estudios de vulnerabilidad y de reestructuración no siguió un proceso comprensivo y global de análisis, sino fue más bien producto de determinadas condiciones ad hoc, que se presentaron a lo largo del período de selección. El impulso temprano "externo" dado a los estudios del Hospital de Niños y el Hospital México "garantizaba" su incorporación en el programa. En estos dos casos y en el caso del Monseñor Sanabria y las Oficinas Centrales, el tamaño y altura de las instalaciones jugó un papel fundamental en su selección, así como las características de los hospitales como

Nacionales o Regionales, de gran cobertura de población y de significación a nivel de las especialidades médicas.

Diversas racionalizaciones se presentaron para la no inclusión de otras unidades, incluyendo su localización (en zonas pronosticadas de bajo riesgo), planes existentes para su sustitución o modernización, tamaño y estructura en una sola planta y su construcción relativamente reciente, entre las más importantes.