

# La Rectoría del Sector Salud de Costa Rica

Hernán Solano\*

---

REVISAS EN EL MARCO DE CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD, EL COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO DE LA FUNCIÓN RECTORA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, MINSA, ANALIZANDO LAS LIMITACIONES Y RETOS EN LA INTRODUCCIÓN DE MODIFICACIONES INSTITUCIONALES, COMO CONDUCTORA DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

## Introducción

La Rectoría del Sector Salud puede definirse como el mandato político dado al Ministerio de Salud Pública, MINSA, para la dirección, conducción, vigilancia, regulación e investigación del desarrollo de la salud y de los servicios de atención de la salud. Para el cumplimiento de este mandato, la legislación vigente deposita en el MINSA la responsabilidad por la definición de la política nacional de salud, así como por la organización y coordinación de los servicios de salud del país.

Pese a la existencia de este mandato legal, una parte muy considerable de los recursos humanos, financieros y materiales del MINSA, han sido destinados tradicionalmente a la prestación directa de

servicios de salud pública, con una marcada orientación hacia la salud preventiva (PNUD, CONARE, Defensoría de los Habitantes, mayo de 1995; pp.10-11). Esto se hizo particularmente notorio durante la década de los setentas, cuando en el marco de los primeros planes nacionales de salud, se acordó que el MINSA asumiera la prestación de los servicios de salud preventiva, mientras que la Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, se concentrara en la medicina curativa. Tal acuerdo adquirió carácter legal mediante la promulgación de la Ley No. 5349 del 24 de setiembre de 1973, que en su Artículo 6 señaló que la atención de las acciones de salud en materia de medicina preventiva no reservadas por ley a la Caja, serían de responsabilidad exclusiva del MINSA.

En el transcurso de esta década, la inversión en salud realizada por el Estado costarricense,

---

\* Gerente, Contraloría General de la República de Costa Rica.

permitió la consolidación de los programas de salud preventiva, lo que ayudó al logro de índices de salud similares a los de países desarrollados, pese a niveles de ingreso promedio muy inferiores a éstos.

La crisis económica de inicios de la década de los ochentas, dio como resultado que el Estado redujera su inversión en salud. Los programas de salud preventiva del MINSA sufrieron un grave debilitamiento, debido a que su gasto, que equivalía en 1976 a un 33,7% del gasto total del sector salud, y pasó a representar un 11,4% del total en 1990 (Miranda, 1994; p. 232).

Dentro de este contexto, los foros más importantes sobre salud, realizados en la década de los ochentas, abrieron un espacio de discusión sobre el papel que le corresponde al MINSA en el desarrollo de los servicios de salud.<sup>1</sup>

---

1. En el Seminario sobre Servicios Ambulatorios de la CCSS, realizado en 1983, se identificaron algunos problemas que tenían incidencia directa sobre los servicios de atención de la salud que brindaba el MINSA, tales como: escaso conocimiento de las necesidades de la población demandante, débil sistema de control integrado de gestión y sistema de control de calidad, falta de continuidad de la atención, etc. Véase el detalle de los problemas más relevantes identificados en dicho seminario, en *Propuesta de readecuación del modelo de atención*. Unidad Preparatoria de Proyectos, San José, mayo de 1993-b, p. 116.

A principios de la década de los noventas, la Comisión constituida para evaluar la situación del Sector Salud, en su inventario de los problemas más relevantes del sector, señaló, entre otros aspectos, los siguientes:

- Se carece de una instancia de planeamiento integral, control y evaluación que, desde una perspectiva sectorial, indicara su subsecuente desagregación institucional.
- A pesar de que la legislación prevé que el MINSA asuma una función rectora en el Sector, ello no ha sido posible debido a varias razones, entre las que se tiene que la legislación carece de un enfoque integral de la salud, diferenciando los ámbitos de acción del Ministerio (promoción y prevención) y de la CCSS (asistencia y rehabilitación).
- El ministro del ramo no cuenta con los instrumentos para la coordinación sectorial, para su participación en las decisiones de las instituciones autónomas (CCSS e Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados), que integran el Sector, ni para la planificación, asignación y control del financiamiento sectorial (Unidad Preparatoria de Proyectos, mayo de 1993 - a; p.10).

La necesidad de fortalecer el papel del MINSA como rector de la salud en Costa Rica, pasa a formar

parte de las prioridades en salud, asumidas por las autoridades de los dos partidos políticos mayoritarios y se incorpora en el Programa de Reforma del Sector.

El fortalecimiento de la función rectora del MINSA, debe entenderse íntimamente ligado a la readecuación del modelo de atención en salud, aspecto que igualmente fue abordado en los foros de salud de la década de los ochentas, y en el diagnóstico de la Comisión Evaluadora del Sector Salud, así como incorporado en la reforma del Sector Salud. El modelo readecuado de atención propone un cambio sustancial en el enfoque de atención, ya que se fundamenta en un enfoque biosicosocial, integral y continuo de la atención de la salud, en contraposición con el modelo tradicional de orientación biológica, que enfatiza en la curación de la enfermedad, más que en la prevención y atención de la salud. Además, en la práctica existía una separación bastante marcada entre los servicios de salud brindados por el MINSA (orientados a las labores de promoción y prevención), y la CCSS (orientación asistencialista y de rehabilitación), lo que dificultaba una prestación integral y continua del servicio.

En el marco de la reforma del Sector y a fin de superar esta dicotomía preventivo-asistencial, al MINSA le corresponde la rectoría sectorial, mientras que la CCSS asume la atención integral de la salud de las personas.

Para la ejecución de la reforma del Sector Salud, se obtiene financiamiento de organismos internacionales, entre ellos, del Banco Interamericano de Desarrollo, BID, con el que se suscriben y aprueban mediante Ley, los Contratos de Préstamo Nos. 711 OC/CR y 712 OC/CR, que otorgan, entre otros recursos, US\$4.170.000 (más US\$624.000 de contrapartida nacional), para la reestructuración del MINSA, la que comprende actividades de consultoría y capacitación con el fin de:

- Revisar y adecuar el perfil funcional y la estructura organizativa del Ministerio de Salud, según su misión de ente rector.
- Capacitar los recursos humanos necesarios para hacer efectiva la acción del Ministerio como ente rector del Sector.
- Instalar un sistema de información (Asamblea Legislativa, Ley No. 7374, 3 de diciembre de 1993).

Por lo tanto, como parte del proceso de readecuación del modelo de atención de la salud, y de conformidad con lo establecido en los Artículos 7 y 8 y en el Transitorio Único de la Ley No. 7374, antes citada, se autorizó trasladar, del MINSA a la CCSS, los servicios asistenciales y preventivos de la salud, para lo que igualmente se autorizó el traslado de los programas y personal del MINSA

dedicados a brindar estos servicios. El Artículo 7 de la citada Ley No. 7374 derogó expresamente el Artículo 6 de la Ley No. 5349 y de esta forma, a partir de 1996, el MINSA comenzó a transferir a la CCSS, los servicios comprendidos en los siguientes programas:

- Atención Primaria.
- Ampliado de Inmunizaciones.
- Cáncer.
- Tuberculosis.
- Dermatología Sanitaria (lepra).
- Odontología Sanitaria.
- Control de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Por su parte, el MINSA decidió reestructurar los siguientes programas, por considerarlos de gran importancia estratégica y política:

- Promoción y Protección de la Salud.
- Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano.
- Nutrición y Desarrollo Infantil (Centros Infantiles).

El MINSA ha señalado que los modelos de organización de esos tres programas se diseñaron con el objeto de adecuarlos a su papel rector, de manera que la nutrición, el ambiente y la promoción de la salud pasaran a ser temas de rectoría, pero que el Ministerio continuaría

con el manejo operativo de esos programas, para transferirlos cuando se identificaran u organizaran las instituciones que habrán de asumirlos y que, por lo tanto, solo hasta ese momento el MINSA será una institución entera y exclusivamente rectora (Ministerio de Salud, febrero de 1998; pp.8-9).

Al igual que los demás componentes de la reforma, el modelo de rectoría se inspira en los principios de universalidad, solidaridad en el financiamiento, integralidad en la prestación de los servicios a las personas y equidad en el acceso a tales servicios. La rectoría se operacionaliza alrededor de las siguientes funciones estratégicas:

- *Dirección y conducción de la salud.* Por medio de ella, el MINSA promueve y establece políticas de salud y armoniza, evalúa y da seguimiento a los planes y programas de las instituciones del sector. Su objetivo es estimular la producción social de la salud, por medio de la movilización social, y la capacidad de respuesta colectiva de los actores sociales.
- *Regulación del desarrollo de la salud.* Mediante esta función, el MINSA establece las estrategias y la normativa que gobierna los procesos de producción social de la salud para contribuir a la calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia de los procesos y resultados. Para eso se formulan, divulgan y promocionan el conjunto de

normas, procedimientos e indicadores jurídicos, administrativos y técnicos; se realiza el control y evaluación de estructura, procesos y resultados de los servicios de salud (públicos o privados), en áreas de importancia estratégica; se lleva el registro de equipos, materiales, suministros y recursos tecnológicos en salud; y el control y evaluación de actividades destinadas a la producción u oferta de ciertos servicios o productos, que afecten directa o indirectamente la salud de la población.

- *Vigilancia.* Se miden las fortalezas y debilidades del nivel de salud de la población, mediante el análisis, monitoreo y control integral de los factores determinantes de la situación actual de la salud, y predictivos de posibles escenarios futuros.
- *Investigación científica y desarrollo tecnológico.* Se promueve y regula el desarrollo y aplicación de la ciencia, la innovación tecnológica y la investigación científica en la producción de la salud. Como medios para dichos objetivos, promueve, establece y aplica políticas y prioridades en investigación científica e innovación tecnológica, establece y organiza sistemas de información sobre investigaciones y redes de información sobre

investigadores, y promueve el desarrollo del recurso humano en investigación en salud.

### **Rectoría de la producción social de la salud: consenso entre las fuerzas políticas más importantes del país**

Un aspecto de fundamental incidencia dentro de la evolución del Proyecto de Rectoría del MINSA, lo ha sido el hecho de que ha formado parte de la agenda nacional de desarrollo, durante el transcurso de toda la presente década. La concepción de que el MINSA debe cumplir un papel de rector de la producción social de la salud en Costa Rica, tomó un fuerte impulso dentro del marco de la Reforma del Estado costarricense y del Programa de Ajuste Estructural III, PAE III, negociado durante la Administración Calderón Fournier (1990-1994), lo que llevó a que durante esos años se realizara un esfuerzo de índole político y técnico, que finalmente dio sus resultados con la promulgación de la citada Ley No. 7374, que inyectó recursos para la puesta en práctica de un proceso, que diera como resultado la transformación del MINSA en el ente rector del Sistema Nacional de Salud.

Al asumir funciones la Administración Figueres Olsen (1994-1998), se tomó la decisión de continuar impulsando la transformación del MINSA, por lo que las políticas

correspondientes fueron incorporadas al Plan Nacional de Desarrollo, y siguieron formando parte de las prioridades ministeriales y sectoriales.

De igual manera, el Programa de Gobierno de la Administración Rodríguez Echeverría (1998-2002), contempla el fortalecimiento de la rectoría del MINSA, en las cuatro funciones estratégicas ya reseñadas, sea: conducción y dirección de la salud, regulación, vigilancia e investigación científica y desarrollo tecnológico.

También es digno de destacar el hecho de que, en términos generales, los objetivos formulados para el proyecto de rectoría, así como las actividades específicas llevadas a cabo para cumplir con dichos objetivos, han guardado congruencia con las problemáticas, cuya necesidad de atención dio pie al proyecto.

### **¿Puede el MINSA ejercer una rectoría efectiva de la producción social de la salud?**

Tal como se señaló anteriormente, la rectoría es concebida como una instancia de orden político-sectorial, que orienta las acciones llevadas a cabo por los diversos agentes, que se ocupan de la producción social de la salud.

El MINSA cuenta con un marco jurídico básico para el cumplimiento de esa misión, contenido, principalmente, en la Ley General

de Salud, en su Ley Orgánica y en decretos ejecutivos, que le definen la conducción de las políticas sectoriales. Adicionalmente, la Ley General de la Administración Pública establece el ámbito de las relaciones interorgánicas, aplicable al MINSA, que incluye las relaciones de dirección y jerarquía.

Sobre el particular, la Ley Orgánica del MINSA le confiere facultades legales para ejercer la jurisdicción, y el control técnico sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas, así como para que estas instituciones coordinen sus acciones con el Ministerio. Sin embargo, dicha Ley también señala que tales facultades se ejercerán sin perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del Sector Salud. Tanto la CCSS como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, ICAA, y el Instituto Nacional de Seguros, INS, (éste último en relación con el seguro de riesgos del trabajo), tienen dentro de su mandato la fijación de políticas, así como el establecimiento y aplicación de normativa relativa a la materia de su competencia, además, de que su condición de instituciones del sector descentralizado, permite una relación de dirección y no de índole jerárquica, respecto de los dictados del Poder Ejecutivo (Presidente de la República y Ministro del ramo). En tal caso, la gestión del MINSA está condicionada por las prioridades sectoriales que, en asocio con el Presidente de la República, se incorporen en el Plan

Nacional de Desarrollo para el cuatrienio correspondiente, así como por la capacidad de concertación política del MINSA, para lograr que las metas de las referidas instituciones, mantengan congruencia con tales prioridades.

En el caso particular del INS y el ICAA, entidades que de acuerdo con la legislación vigente forman parte del Sector Salud, no han sido incorporadas en forma continua en la formulación y desarrollo del Proyecto de Rectoría del Sector, pese a que son entendidas como parte integrante del ámbito institucional, sobre el que se ejerce la rectoría sectorial. Por ejemplo, la Unidad Preparatoria del Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, fue constituida únicamente con funcionarios del MINSA, la CCSS y la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. De igual manera, para la operacionalización del Proyecto, las instancias creadas solo contaron con participación del MINSA y la CCSS. Por ejemplo, en la Carta de Declaración Política respecto a la Reforma del Sector Salud, que el Gobierno de la República presentó en setiembre de 1993 a la Presidencia del Banco Mundial, BM, se informa sobre la creación de un Consejo Interinstitucional MINSA-CCSS, responsable, entre otros asuntos, del análisis y diseño de la estructura organizativa, y operativa del Ministerio de Salud con miras a su papel rector. El Consejo finalmente quedó conformado por el Viceministro de Salud, así como por los jefes de la Dirección General

de Salud del MINSA, de la Gerencia Médica de la CCSS y de las Direcciones Regionales del MINSA y de la CCSS, quienes en definitiva coordinaron el traspaso de programas y funcionarios del MINSA a la CCSS.

Por su parte, la fase de ejecución del Proyecto no ha contado con una participación activa del INS, del ICAA ni de la Universidad de Costa Rica (que también desarrolla programas en el área de salud y forma parte del Sector), lo que puede dificultar que el MINSA, en su momento, alcance el nivel de incidencia deseado sobre la gestión de tales instituciones. Ello es crucial, si se toman en cuenta las problemáticas diagnosticadas para el Sector, en el Foro Nacional de Salud, denominado "Hacia la construcción colectiva de la salud", realizado en abril de 1998. En relación con el INS se indicó que el país carece, a las puertas del siglo XXI, de una política coherente, coordinada y concertada en materia de salud y seguridad en el trabajo, y que se pretende atender el problema con paradigmas, que sobradamente han demostrado su debilidad para proporcionar resultados de mayor impacto (Instituto Nacional de Seguros, abril de 1998; p.6).

En cuanto al ICAA, se admitió que en lo que respecta a la vinculación, comunicación y coordinación de las entidades del Sector Agua y Saneamiento con las del Sector Salud, son prácticamente nulas y no existen programas integrados para la atención primaria de la salud, lo que quiere decir, que aún

cuando el ICAA utiliza información del MINSA para definir y dirigir sus programas a las zonas más deprimidas, y en aquellas en que este Ministerio está desarrollando programas, esto no responde a un procedimiento formalmente establecido y sistemático que permita aunar los esfuerzos de las distintas entidades, hacia el logro de un objetivo común (Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, marzo de 1998; p.6).

Respecto a la participación de las universidades en el Proyecto, es menester señalar que los programas curriculares de formación del recurso humano en salud, aún no han sido adecuados a la nueva orientación de los servicios de salud, aspecto fundamental para que la rectoría se vea acuerpada con una gestión regional y local de construcción social de la salud efectiva. Al respecto, en el citado Foro Nacional de Salud, se señaló que en las instituciones de Educación Superior consultadas (Universidad de Costa Rica, UCR, Universidad Nacional, UNA, Universidad Estatal a Distancia, UNED), y en el Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social, CENDEISSS (CCSS), la promoción de la salud no forma parte de los planes de estudio o de capacitación. Actualmente, lo que existe es un módulo que contempla aspectos conceptuales de la promoción de la salud, en el curso especial de posgrado de gestión local de salud para los médicos generales de los Equipos Básicos de Atención Integral de

Salud, EBAIS, (Ministerio de Salud, Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud, marzo de 1998; p.33).

En el caso del ICAA, es importante destacar que la Administración Rodríguez Echeverría, según lo consignó en su Programa de Gobierno 1998-2002, pretende transformarla en la institución rectora del Servicio Nacional de Aguas, mientras que la administración de los servicios de suministro y disposición de aguas, sería trasladada a las municipalidades, a empresas de servicios públicos y a empresas privadas. Sobre este particular, es menester señalar que las municipalidades jurídicamente, gozan de niveles de autonomía que dificultarían aún más el ejercicio de la rectoría.

Por su parte, autoridades técnicas de la actual Administración han señalado que, en la práctica, no se vislumbra una integración efectiva del INS dentro del Sector. Ello resulta consistente con el hecho de que, a mediados de 1998, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, MIDEPLAN, esperaba contar con la firma de un compromiso de resultados sectorial, suscrito por MINSA, CCSS e ICAA, dentro del marco de rendición de cuentas del Sistema Nacional de Evaluación, SINE, que unificara las acciones de dichas instituciones, bajo las políticas sectoriales establecidas por la Administración Rodríguez Echeverría para el cuatrienio 1998-2002, lo que podría



contribuir a la congruencia de metas dentro del sector.<sup>2</sup> En este caso, llama la atención que el INS haya sido marginado de la suscripción de dicho compromiso, pese a que el gasto del INS en salud, que representaba en 1992 un 2,1% del gasto total del sector, en tan solo cuatro años se duplicó en términos relativos, llegando a alcanzar un 4,2% del gasto total para 1996 (Ministerio de Salud, febrero de 1998, p.18).

La legislación que establece el marco de actuación del MINSa, no está siendo objeto de modificación para ajustarla al nuevo perfil del Ministerio, sino que se ha considerado que ella es suficiente para llevar a cabo el papel rector. Sin embargo, dicho fundamento jurídico, tal como se señaló anteriormente, data de 1973, por lo que surgen interrogantes fundamentales en relación con el despegue del proceso de rectoría: ¿Cuáles condiciones han impedido que el MINSa

haya podido ejercer un mandato conferido desde hace cinco lustros? ¿Son suficientes las facultades legales de que dispone el MINSa, para alcanzar sus objetivos de integración sectorial?

En primera instancia, puede admitirse la hipótesis de que al haber dedicado el MINSa una parte importante de sus esfuerzos, a la realización de actividades operativas de atención de servicios de salud, desde la década de los setentas, desvió el foco de atención de las prioridades institucionales hacia el cumplimiento de tales labores, en detrimento de su gestión rectora. Admitido este supuesto, y visto el cambio organizacional que se está gestando en el MINSa, podría suponerse que esta limitación se subsanaría con el traslado de los programas operativos del MINSa a la CCSS, tal como ya se indicó. Sin embargo, es importante señalar que con el traslado del personal y los programas operativos a la CCSS, iniciado en 1996, la planilla total del Ministerio solo se reducirá en un 25%, pasando de 5902 a 4396 empleados, por lo que la mayor parte del personal aún permanecería en el MINSa. Solamente en la ejecución del Programa de Alimentación y Nutrición del Niño, participan más de 2000 funcionarios, lo que sugiere que la magnitud de los programas operativos que seguirán formando parte de la estructura del MINSa, puede afectar el cumplimiento de las labores de rectoría que, según se ha aducido, no se han podido llevar a cabo

---

2. De acuerdo con MIDEPLAN, el compromiso de resultados "es un acuerdo anual de la gestión institucional, el que es suscrito por el Presidente de la República, el respectivo Jefe de la Jerarquía Institucional, responsable del rendimiento de cuentas; y los Ministros de Planificación y Hacienda, como garantes de un modelo de gestión que supone una coordinación estrecha y permanente de las diferentes instancias participantes en la programación, gestión y asignación de recursos". Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. *Guía para la elaboración y evaluación de compromisos de resultados*. San José, noviembre de 1997, p. 8.

en forma efectiva a causa del énfasis puesto en las labores operativas.

En relación con el despegue del proceso de rectoría, como bien se señala, la parte crítica sigue siendo hasta qué punto el MINSA puede, efectivamente, a partir de las definiciones que se han producido, comenzar un proceso de fortalecimiento institucional y un desarrollo de sus funciones rectoras, y ser reconocido por las instituciones del sector salud y los actores sociales como un ente conductor de las políticas de salud, (Castro, marzo de 1998; p.75).

### **¿Hasta dónde se ha avanzado en el Proyecto de Rectoría del MINSA? Logros alcanzados y agenda pendiente**

Tal como se señaló anteriormente, mediante la conformación de una Unidad Preparatoria, se elaboró la Reforma del Sector Salud que incluía, entre otros, el Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del MINSA. La referida Unidad elaboró un documento que contenía los términos de referencia del Proyecto de Rectoría, en el que se detallaba la problemática que le dio origen, su objetivo general y específicos, los productos por alcanzar para satisfacer los objetivos, y la fecha estimada para concluir cada uno de los productos. El Convenio de Préstamo suscrito entre el Estado costarricense y el BID estableció que los

recursos del financiamiento se utilizarían para dos actividades: contratación de consultorías y pago de capacitación del personal del MINSA, acordes con el modelo de rectoría propuesto.

De acuerdo con el cronograma de actividades contenido en el documento, los productos debían concluirse entre 1992 y 1996. Sin embargo, en estos años, el nivel de implementación del Proyecto fue muy escaso. Durante este lapso, pueden destacarse, como avances en el cumplimiento del Proyecto, la elaboración de los documentos que contenían propuestas de perfil funcional (diciembre de 1992), y de perfil estructural básico del MINSA (agosto de 1993), así como la puesta en marcha de algunas consultorías sobre el modelo de financiamiento propuesto para el MINSA. Con tales productos, se logró algún avance en el cumplimiento de los objetivos específicos del componente No. 1 "Desarrollo de las funciones estratégicas del MINSA" y del componente No. 2 "Estructura organizacional, financiamiento y presupuesto". Ahora bien, el cumplimiento de las actividades relativas a los componentes No. 3 "Desarrollo institucional" y No. 4 "Evaluación del impacto" presentaban un retraso significativo. .

Incluso, durante 1994 y 1995, comisiones interinstitucionales MINSA-CCSS, con participación de asesores de la Oficina Panamericana de la Salud, OPS, elaboraron un gran número de propuestas para

un Plan Operativo del Proyecto. Sin embargo, pese a una cantidad considerable de recursos humanos, financieros y materiales destinados a esta labor, ninguna de las propuestas fue puesta en ejecución. El examen de los documentos, permite observar cómo en cada uno de ellos se retrasaba la iniciación de las actividades ahí contempladas.

En cuanto a los motivos que contribuyeron a que se presentara el referido retraso en el cumplimiento del cronograma de implementación del Proyecto, se ha señalado que se originó, principalmente, por la necesidad de la Administración Figueres Olsen de dar prioridad, durante 1994 y 1995, a las campañas de combate del dengue, la malaria y el sarampión, así como por el apoyo brindado a la readecuación del modelo de atención, cuyo eje principal fue la constitución de los EBAS. (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, abril de 1998 – b, p.214).

Sin perjuicio de tales argumentos, es menester señalar que durante 1994 y 1995, hubo un nivel de relación bastante limitado entre las autoridades del MINSA y de la Unidad Ejecutora del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, encargada esta última de la administración del Proyecto de Rectoría. La razón de este distanciamiento parece obedecer a que, al

establecerse en la citada Ley No. 7374, que la administración del Proyecto de Rectoría del Sector Salud le corresponde a la CCSS, por medio de la Unidad Ejecutora del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, ello implicó que el MINSA no dispusiera del margen de discrecionalidad necesario para orientar el uso de los recursos del financiamiento externo, mientras que, por otra parte, el proceso de planificación llevado a cabo en la Unidad Ejecutora, se extendió de tal manera, que la etapa de ejecución del Proyecto no pudo iniciarse durante esos años.

A inicios de 1996 y en vista de que no se había puesto en ejecución ninguna de las propuestas para un Plan Operativo, se establece la Oficina Coordinadora del Proyecto de Rectoría, dependiente del Despacho del Viceministro de Salud. Se nombra un Coordinador Técnico del Proyecto, quien se encarga de elaborar, en febrero de 1996, un nuevo Plan Operativo. La referida oficina asume la responsabilidad técnica y administrativa de la ejecución del Proyecto, incluyendo la negociación y coordinación con el Banco Interamericano de Desarrollo, BID, así como la rendición de los informes de ejecución del Proyecto, mientras que la Unidad Ejecutora del Programa<sup>3</sup> conserva la responsabilidad de controlar el desembolso de los fondos del préstamo.

La reactivación del Proyecto requirió aún algunos meses más de negociaciones y acuerdos entre las partes, por lo que no fue sino a ini-

---

3. Entrevista con funcionarios de la Unidad Ejecutora del Programa BID-CCSS.

cios de 1997, que logró materializarse. A partir de este momento, una firma consultora llevó a cabo la revisión y actualización de las propuestas de perfil funcional y estructural del MINSA, que datan de 1992 y 1993, para considerarlos en el diseño de los procesos que seguirían las funciones rectoras del MINSA, así como en la elaboración de un modelo organizacional acorde con tales funciones. Fruto de esta labor, se presentó a MIDEPLAN una propuesta de reestructuración del Ministerio, que fue aprobada el 25 de febrero de 1998. En virtud de que la estructura organizativa vigente del MINSA está contenida en su Ley Orgánica, actualmente se encuentra en la corriente legislativa un Proyecto de Ley que, entre otros aspectos, introduciría modificaciones a la citada Ley Orgánica, que permitirían que la estructura administrativa interna del MINSA sea establecida por Reglamento que emita el Poder Ejecutivo, y de esta forma allanar el camino para poner en ejecución la reestructuración pretendida.<sup>4</sup> Por lo pronto, la propuesta de reestructuración aún no se ha instaurado y consolidado en todos los niveles de la organización, además, de que permanece pendiente la contratación de consultorías para la elaboración de manuales de puestos, y las reclasificaciones de puestos necesarias

para ajustar el personal al perfil de rectoría.

Merece especial atención el hecho de que en el Programa de Gobierno de la Administración Rodríguez Echeverría, se tenga contemplado como uno de los objetivos generales en materia de salud, el desarrollo del Programa de Promoción de la Salud dentro del Plan Nacional de Atención Integral de la CCSS, así como el establecimiento de una Dirección de Promoción de la Salud dentro de la Gerencia Médica de la CCSS, para asegurar la participación del personal y los servicios de salud en este Programa (Partido Unidad Social Cristiana, 1997; pp. 59-60). Además, las nuevas autoridades del MINSA están considerando la posibilidad de que el Ministerio traspase a otra institución el Programa de Alimentación y Nutrición del Niño (Centros Infantiles), por cuanto consideran que el Ministerio debe concentrar sus esfuerzos en el ejercicio de la rectoría del sector. Todo ello apunta a la existencia de una voluntad política superior, que aspira a completar el proceso de traspaso de los programas operativos del MINSA a la CCSS.

Otro aspecto en el que se han obtenido avances es en la readecuación de los programas de salud pública que seguirán siendo ejecutados por el MINSA, de acuerdo con el modelo de rectoría propuesto para la institución. Para ello, se contrataron consultorías para actividades tales como:

---

4. Véase al respecto en La Gaceta No. 145 del 28 de julio de 1998, el Proyecto de Ley No. 13209 denominado *Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública*.

- Implementar el cambio organizacional en la División de Saneamiento Ambiental y en la Dirección de Controles y Registros.
- Constituir el área de Acreditación de Servicios de Salud, para lo que se inició con la adjudicación de los servicios de maternidad y laboratorios. En 1998, la acreditación aún no había sido incorporada a los compromisos de gestión que la CCSS suscribe con hospitales y otros establecimientos de salud.
- Brindar asesoría técnica en la validación de la propuesta metodológica de Análisis de Situación en Salud, ASIS. Esta propuesta contiene una definición de los protocolos para enfermedades y eventos trazadores, para ser utilizados por el personal responsable de la vigilancia epidemiológica, en labores de diagnóstico y planificación.
- Institucionalizar la metodología de evaluación de resultados.
- Diseñar un programa de clasificación de las solicitudes de permisos sanitarios de funcionamiento ante el MINSA, de acuerdo con el nivel de riesgo de la actividad sobre la que se está solicitando el permiso.

La capacitación del personal del MINSA, financiada con recursos del BID, se ha orientado, fundamen-

talmente, a maestrías para el personal profesional, en áreas tales como gerencia de proyectos, salud pública, legislación ambiental, epidemiología, bioética y farmacia industrial. En 1998, permanecía pendiente el desarrollo de un programa de capacitación para el personal de nivel técnico que ejecuta las acciones de salud pública del MINSA, que cubra aspectos tales como el establecimiento de estándares, la vigilancia epidemiológica y el uso de instrumentos estadísticos para la vigilancia de la salud. Este aspecto es crucial, en vista de que, de acuerdo con el presupuesto del MINSA para 1997, los técnicos de la institución representan un 50,2% del personal que ocupa plazas dentro de la institución, pues ésta cuenta con 2559 empleados técnicos bajo la modalidad de cargos fijos y 70 en servicios especiales, sobre un total de 5239 funcionarios. Es de esperar que una parte importante de ellos requiera capacitación acorde con el nuevo modelo de rectoría.

Algunas de las transformaciones que demanda el Proyecto presentan un rezago considerable, por lo que deberá dárseles prioridad a fin de alcanzar la consolidación del modelo propuesto. Éstas son:

#### *Desarrollo del Sistema de Información Sectorial en Salud*

De acuerdo con el modelo de rectoría del MINSA, los sistemas de información son esenciales para la

planificación institucional y sectorial, el análisis de la situación de salud, así como para evaluar la gestión de las entidades del Sector en el ámbito financiero y en el de prestación de los servicios de salud. A tono con lo anterior, la propuesta de reestructuración del MINSA señala que uno de los factores determinantes para el logro de los objetivos planteados para la rectoría, lo es la información requerida para la adecuada toma de decisiones en todos los niveles de gestión (Ministerio de Salud, febrero de 1998; p.7).

Aún no se han consolidado avances importantes en la definición de las necesidades y diseño de los sistemas de información, para el ejercicio de las funciones de rectoría sectorial, así como para la gestión interna del MINSA, a excepción de las áreas de recursos humanos y suministros, para las que ya se habían contratado consultorías. Al respecto, se encuentra pendiente el diseño y desarrollo de las bases de datos y programas de aplicación, así como la adquisición del equipo, necesarios para la vigilancia epidemiológica, la acreditación de servicios de salud y la regulación.

La Administración Rodríguez Echeverría tiene establecida como una de sus metas en el campo de la salud, que la Rectoría del MINSA desarrolle y administre un Sistema Nacional de Información en Salud (Partido Unidad Social Cristiana, 1997; p. 60). Debido a que el MINSA carece de financiamiento para la adquisición de la plataforma informática que en un futuro requie-

rirá el referido Sistema de Información, las autoridades políticas de la actual Administración deberán concentrar esfuerzos en la búsqueda de recursos para tal propósito. Por lo pronto, al no disponerse de un Sistema de Información acorde con los requerimientos y funciones establecidos para el Ministerio, la planificación y evaluación estratégica, así como la vigilancia de los servicios de salud, tanto al interior del MINSA como en el ámbito sectorial, se tornan metas con un escaso margen de factibilidad.

#### *Consolidación del traspaso de los programas operativos, personal y recursos materiales*

A finales de mayo de 1998, aproximadamente 220 puestos y centros de salud del MINSA permanecían abiertos. Si bien es cierto, en más de 400 sitios donde se encontraban puestos y centros establecidos, ya se han conformado los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, EBAIS, lo que evidencia un avance notable en tal sentido, se hace necesaria una pronta definición sobre los centros actualmente en funcionamiento. Ello es necesario, en virtud de que, mientras no se encuentre articulada en forma definitiva la red de servicios de salud, bajo la administración de la CCSS, el MINSA no podrá direccionar sus esfuerzos hacia las funciones sustantivas, ni se logrará la consolidación definitiva del modelo reade-cuado de atención en salud.

Por otra parte, si bien es cierto desde su concepción inicial, los gestores del Proyecto de Rectoría consideraron de importancia estratégica, mantener algunos programas operativos bajo la administración del MINSA, éstos son de una gran envergadura y concentran la mayor parte del personal que actualmente labora para el Ministerio, lo que igualmente limita la orientación de los recursos hacia la rectoría sectorial.

### *Simplificación del modelo de financiamiento*

El MINSA obtiene su financiamiento de ocho fuentes, que se agrupan en tres mecanismos principales de entrega: el Gobierno Central, el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, CTAMS, y la Oficina de Cooperación Internacional para la Salud, OCIS, junto con el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, FODESAF.

El presupuesto del MINSA se programa utilizando como base las referidas fuentes de financiamiento, y de acuerdo con sus principales programas y actividades. Estos programas presupuestarios se componen de subprogramas que se identifican, para efectos del presupuesto, con cada uno de los tres organismos presupuestarios que sustentan al Ministerio: Gobierno Central, CTAMS y OCIS-FODESAF.

Sobre este particular, se ha señalado que el presupuesto del

MINSA se ha caracterizado por su complejidad, fragmentación y dificultad para el seguimiento, ordenamiento, sistematización y evaluación del gasto (PNUD, CONARE, Defensoría de los Habitantes, mayo de 1995; p.11).

Quizás uno de los principales retos pendientes del MINSA, lo es la simplificación del modelo de financiamiento existente. Los recursos provienen de fuentes muy diversas, además, de que el recorrido que siguen los recursos hasta su ingreso al MINSA, es sumamente complejo, lo que dificulta una programación apropiada de los gastos a ejecutar, y tiene una incidencia negativa sobre la efectividad de los programas.

### *Acelerar el ritmo de ejecución del Proyecto de Rectoría. Un imperativo*

De acuerdo con el cronograma de implantación del Proyecto de Rectoría del MINSA, las actividades contenidas en los términos de referencia del Proyecto, debían estar concluidas el 30 de noviembre de 1996.

Sin embargo, en virtud de los retrasos presentados en la ejecución del Proyecto, el Plan Operativo de febrero de 1996 estableció que las actividades estarían concluidas el 13 de noviembre del 2002.

De todas formas, el Plan Operativo de febrero de 1996 se

encuentra también retrasado en su ejecución, por lo que si bien es cierto el BID otorgó plazo hasta el 19 de enero del 2000 para su finalización, las autoridades del MINSA están negociando una ampliación de cinco años para alcanzar una reestructuración efectiva del Ministerio.

El retraso en la ejecución del Proyecto de Rectoría del MINSA tiene implicaciones de gran importancia para el desarrollo de la Reforma del Sector Salud como un todo, esto por cuanto las autoridades políticas y técnicas han considerado que la evolución de la rectoría impulsa las demás transformaciones del Sistema Nacional de Salud. Como bien lo señala el propio MINSA, la rectoría es considerada la fuerza central de la Reforma del Sector porque, al mismo tiempo que induce los cambios estratégicos necesarios, permite mantener un sistema multi-institucional con reglas de operación armonizadas (Ministerio de Salud, mayo de 1997; p.88).

En tal sentido, se entiende que el avance del Proyecto de Rectoría se encuentra íntimamente ligado a la readecuación del modelo de atención en salud, de ahí que se señale que la propuesta de un modelo de atención integral se enmarca en un proceso de cambio y fortalecimiento del Sistema de Salud Costarricense; por lo que para su comprensión global, se deberán tener presentes los planteamientos y propuestas que contienen los demás componentes de la Reforma del

Sector Salud, especialmente todo lo relacionado con el nuevo rol del Ministerio de Salud, como ente rector, y con los cambios en la organización y funcionamiento del Sector, que supondrá dicho papel (Unidad Preparatoria de Proyectos, mayo de 1993 - b; p.121).

Así las cosas, siendo considerada la Rectoría el eje de la Reforma del Sector, un bajo nivel de cumplimiento de las metas formuladas puede producir un efecto multiplicador sobre los demás componentes, dando como resultado que éstos se desarrollen en forma desvinculada de las orientaciones de política sectorial que deben gestarse desde el MINSA, con la consiguiente pérdida de integralidad y efectividad en su ejecución.

Otra consecuencia importante del retraso en la ejecución de las actividades previstas, lo es que una porción considerable de los recursos financieros aportados por el BID para el desarrollo del Proyecto, no ha sido ejecutada dentro de los plazos originalmente establecidos. Al respecto, del total de recursos otorgados por el BID para el componente de Rectoría del MINSA en los Contratos de Préstamo Nos. 711 OC/CR y 712 OC/CR, aproximadamente el 16,97% había sido ejecutado al 31 de julio de 1998. Este bajo nivel de ejecutoria ha incidido en el pago de comisiones de compromiso por el financiamiento aprobado por el BID y no ejecutado por el Proyecto, con el consiguiente incremento del costo financiero de



éste.<sup>5</sup> Además, pone en evidencia que la programación de actividades, no contempló holguras de una magnitud equiparable a las que en definitiva está demandando actualmente el Proyecto.

### **Percepción del nivel regional y local del MINSA sobre los factores críticos de éxito**

La propuesta de reestructuración del MINSA contiene una declaración sobre los factores que, a juicio de las autoridades de la institución, se consideran determinantes para el logro de los objetivos planteados para el MINSA. Ellos son:

- El reconocimiento para el MINSA como representante del Estado en materia de Salud.
- El respaldo legal para que el MINSA pueda cumplir con la función de rectoría.

---

5. A julio de 1998, las comisiones pagadas ascendían a US\$1.198.207 (US\$769.756 por el préstamo No. 711 OC/CR y US\$428.451 por el No. 712 OC/CR). Si bien es cierto estos préstamos también están financiando la construcción, tanto del nuevo Hospital Regional de Alajuela como de infraestructura física para sedes de EBAIS, una parte de estas comisiones puede atribuirse al bajo nivel de ejecutoria del Proyecto de Rectoría, tal como se mencionó anteriormente.

6. Entrevista con funcionarios del nivel regional y local del MINSA.

- La capacidad técnica con que debe contar el recurso humano del Ministerio para ejercer la rectoría de la producción social de la salud.
- El apoyo político para el MINSA como ente rector de la producción social de la salud.
- La información requerida para la adecuada toma de decisiones en todos los niveles de gestión.
- El financiamiento adecuado para el funcionamiento de la Institución.
- La compensación e incentivos competitivos para los funcionarios del MINSA.
- El éxito de los demás componentes de la Reforma del Sector Salud y el Estado costarricense (Ministerio de Salud, febrero de 1998; p.7).

Paradójicamente, entre el personal del nivel regional y local del MINSA subsiste un panorama de incertidumbre respecto de la mayor parte de los citados factores. Entre las consideraciones del personal se destacan las siguientes:<sup>6</sup>

#### *¿Rectoría sectorial o rectoría sobre la CCSS?*

En el ámbito local, el proveedor de información periódica para el ejercicio de la rectoría sectorial ha sido la CCSS, por medio de la

información contenida en los Registros Estadísticos de Salud, REDES. Esta información es utilizada en actividades relativas a saneamiento ambiental, vigilancia epidemiológica, monitoreo de la atención prenatal y del crecimiento y desarrollo, así como en la coordinación de las campañas de vacunación, prevención y control del dengue, entre otras. En cambio, no existe una práctica consolidada de remisión de información, por parte de las demás instituciones del Sector Salud hacia las Áreas de Salud del MINSA, de manera que ésta se obtiene solo ante requerimiento expreso de las áreas. Ello limita el conocimiento de la gestión realizada por importantes actores que realizan acciones en el ámbito de la construcción social de la salud.

Por su parte, en el nivel local se lleva a cabo una evaluación de proceso al primer nivel de atención, por medio de un instrumento de evaluación que el MINSA diseñó, y que tiene por propósito determinar los niveles de cobertura del primer nivel, así como el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios. Actualmente, la evaluación está abarcando únicamente los servicios que brinda la CCSS en clínicas y por medio de los EBAIS, y no se ha extendido a otras instituciones ni a servicios de salud privados, lo que indica que el alcance de la rectoría parte de un ligamen interinstitucional MINSA-CCSS que, si bien es de vital importancia, no debe ser visto como exclusivo ni excluyente.

### **Suficiencia y capacidad técnica de los funcionarios responsables de la rectoría en el ámbito local**

Existe preocupación entre los funcionarios del nivel regional y local del MINSA, quienes aducen que con el traslado del personal del MINSA a la CCSS, la disponibilidad de recurso humano calificado para ejercer la rectoría sectorial en esos niveles es mínima, si se excluyen los funcionarios que continúan ejecutando acciones de salud en forma directa, como por ejemplo las relativas a Alimentación y Nutrición (CEN-CINAI), Control de Vectores y Saneamiento Ambiental. Plantean la necesidad de desarrollar con mayor claridad el perfil funcional de las Direcciones de Área, así como conformar equipos interdisciplinarios y con formación profesional para el abordaje de los problemas de salud del Área, quienes se encuentren preparados para llevar a cabo procesos de negociación y concertación.

Sobre este particular, las nuevas autoridades del MINSA tienen establecida como meta la revisión de las actividades, funciones y responsabilidades en el ejercicio de la rectoría, asignadas en la Propuesta de Reestructuración a los funcionarios del nivel regional y local del MINSA, por cuanto existen dudas en cuanto a si la cantidad de personal, así como el nivel técnico con que éste cuenta, son los apropiados para llevar a cabo la gestión

encomendada, máxime tomando en cuenta que en la propuesta se les extienden las facultades de que disponen para resolver determinados asuntos en su área técnica y geográfica.

La situación antes descrita, demanda como una tarea impostergable, la clarificación del papel que van a desempeñar esos funcionarios dentro del perfil de rectoría propuesto ya que, dentro del ámbito de acción que en definitiva cubra el MINSA, debe existir una lógica concordancia entre las funciones y actividades encomendadas, y la cantidad e idoneidad del contingente responsable de llevarlas a cabo.<sup>7</sup> Caso contrario, puede producirse un serio debilitamiento de la labor del MINSA en aquellos campos en los que aspira a posicionarse.

### Capacitación

Los funcionarios del nivel regional y local consideran que,

---

7. Sobre la estructura organizativa propuesta para el MINSA, la misión técnica del Banco Mundial que visitó el país en 1997, señaló que no parecía justificada una función rectora articulada en tres niveles administrativos (central, regional y dirección de área), por lo que recomendó que el MINSA ejerciera su función rectora desde el nivel central, a fin de evitar una doble estructura CCSS-MINSA en el ámbito regional y local. Véase Banco Mundial. *Ayuda Memoria Proyecto de Modernización del Sector Salud de Costa Rica (3654-CR). Misión de Evaluación de Medio Camino (7 al 17 de julio de 1997)*. S/F.

pese a los esfuerzos del MINSA por proveer de capacitación a directores de Área mediante posgrados en salud pública, buena parte del personal sigue careciendo de formación idónea en aspectos tales como registros estadísticos y saneamiento. Al respecto, consideran que se carece de una política definida sobre capacitación en las nuevas funciones y actividades que se perfilan para el MINSA, lo que ha dado como resultado que la capacitación no haya avanzado al mismo ritmo que otras etapas del proceso de consolidación institucional.

### *Marco jurídico para respaldar una labor efectiva*

Otra de las preocupaciones externadas por los funcionarios del nivel regional y local, se refiere a la ausencia de facultades legales para que el MINSA, pueda hacer exigibles las recomendaciones y orientaciones que se deriven de las evaluaciones realizadas a las instituciones del sector. Lo anterior, para aquellos casos en los que una gestión basada en la concertación no obtenga la respuesta pretendida por el MINSA. Por ejemplo, como producto de las evaluaciones del primer nivel de atención, comentadas anteriormente, se emiten informes con recomendaciones y lineamientos cuya falta de acatamiento no acarrea responsabilidades administrativas a las instituciones involucradas. El nivel de autonomía del que gozan instituciones como la

CCSS y el ICAA representa una interrogante sobre la garantía de que el MINSA pueda obtener, en todos los casos, una respuesta efectiva a su gestión rectora.

### *Desconcentración y autonomía*

El modelo organizacional propuesto para el MINSA presupone un mayor nivel de autonomía de los niveles regionales y locales en los procesos de planificación, administración de los recursos y control.

A juicio del personal consultado, esta condición se está alcanzando en cuanto a la labor de planificación, mediante los Análisis de Situación en Salud, ASIS, llevados a cabo en el ámbito local. Sin embargo, la administración de los recursos materiales y financieros presenta un nivel de concentración muy elevado, básicamente en las dependencias ubicadas en las oficinas centrales del MINSA. Por ejemplo, las Direcciones de Área no cuentan con fondo de caja chica para cubrir los gastos menores del personal, y las Direcciones Regionales del MINSA solo pueden realizar, en forma directa, erogaciones por montos de muy baja cuantía. Los

trámites de adquisición de bienes y servicios igualmente presentan un alto grado de centralización, sobre la base del aprovechamiento de las economías de escala, y no siempre se llevan a cabo con la oportunidad requerida por el nivel regional y local.

Sobre este particular, debe acotarse que el Proyecto de Ley que introduciría modificaciones en la Ley Orgánica del MINSA, comentado anteriormente, autorizaría al MINSA para que desconcentre, por vía reglamentaria, su gestión administrativa y financiera en los niveles regionales y locales, cuando lo estime necesario. Ello facilitaría la viabilidad de la propuesta de reestructuración planteada para la institución.<sup>8</sup>

### *Definición de las condiciones laborales del personal*

En virtud de que el modelo de rectoría sectorial introduce modificaciones en el perfil funcional de los niveles regionales y locales del MINSA, se hace necesario avanzar, con la mayor prontitud, en la clarificación de las condiciones laborales del personal de esos niveles, mediante la elaboración de los manuales de puestos y las reclasificaciones correspondientes, pues las clases de puestos actuales aún no responden a las labores de rectoría previstas.

Es claro que el perfil funcional propuesto se encuentra supedi-

---

8. Al respecto, el Artículo 105 de la Ley de la Contratación Administrativa, No. 7494 del 2 de mayo de 1995, establece que el Poder Ejecutivo regulará mediante decreto, la organización y el funcionamiento de las proveedurías institucionales que considere pertinente crear dentro del Gobierno Central.

tado, al igual que otras transformaciones en la organización interna del MINSA, a la aprobación de las ya citadas reformas a su Ley Orgánica. En todo caso, en vista de que el personal del MINSA manifiesta que ha sufrido, durante los últimos años, el desgaste derivado de la incertidumbre que produce un cambio organizacional de tal magnitud, el tema de las condiciones laborales y la estructura de puestos, adquiere una importancia capital dentro de la agenda institucional.

## **Conclusión**

Los diagnósticos más importantes sobre la problemática del Sector Salud, realizados principalmente a partir de la década de los ochentas, pusieron sobre el tapete importantes debilidades en el ejercicio de la rectoría sectorial, por parte del MINSA, institución caracterizada por una alta centralización en la administración de sus recursos financieros y materiales, y con serias deficiencias en sus sistemas de información, que dificultan una toma de decisiones adecuada.

Con la consolidación del Programa de Reforma del Sector Salud, surge el componente de fortalecimiento de la función rectora del MINSA, que comprende la introducción de modificaciones sustanciales en la institución, que la han hecho objeto de transformaciones paulatinas en su perfil funcional. Sin embargo, su estructura organi-

zativa sigue mostrando niveles de rigidez que bien pueden frenar el impulso del cambio institucional. Ello, por cuanto el modelo de organización contemplado debe ser lo suficientemente flexible como para permitir la introducción de modalidades de administración regional y local desconcentradas, que se caractericen por la autonomía en la planificación financiera y administración del presupuesto, en la contratación y gestión de personal, en la provisión de suministros, y en la organización de los recursos disponibles para atender las demandas existentes. El esfuerzo por adecuar el marco jurídico a los modelos propuestos se materializa con la presentación, ante la Asamblea Legislativa, de un proyecto para reformar la Ley Orgánica del MINSA.

Paralelamente a las transformaciones de índole jurídica, otro gran reto pendiente es el de introducir a los funcionarios del MINSA en las nuevas modalidades de gestión previstas, tanto en lo que se refiere a la naturaleza de las labores que en el futuro seguirán desarrollando, como en la forma de entrega de estos servicios, pues ello involucra trabajo en equipos autodirigidos, facultación, cultura de rendición de cuentas, trabajo interdisciplinario e interinstitucional, etc.

A pesar de que la Reforma contemplaba que las transformaciones institucionales en la CCSS y en el MINSA se produjeran en forma simultánea, ha sido la primera de estas instituciones la que ha alcanzado un mayor avance en su pro-

ceso de cambio, lo que le ha valido, por el momento, asumir una posición de liderazgo en la construcción social de la salud, mediante la realización de proyectos acordes con las necesidades de las comunidades que atienden, y bajo un enfoque integral de la salud. Hay que rescatar el hecho de que un número importante de los funcionarios que se encuentran desarrollando estos proyectos proviene del MINSA, lo que podría validar la tesis del personal del nivel regional y local del MINSA, en el sentido de que la institución se ha visto debilitada con el traslado de un importante número de personal de ese Ministerio hacia la CCSS.

Podría especularse que, en vista del retraso sufrido por el MINSA en la consolidación de su proceso de reestructuración y readecuación funcional, así como por el debilitamiento de su base de conocimiento y experiencia técnica y profesional, en el corto plazo será la CCSS y no el MINSA, la conductora del proceso de construcción social de la salud, y plantea un reto fundamental, cual es delimitar aún más la esfera de actuación del MINSA, supeditándola en exclusiva a la rectoría sectorial. Ahora bien, esto demanda la toma de decisiones de índole política por parte del Ejecutivo, sobre quién deberá llevar a cabo en el futuro las funciones que actualmente desempeña esta institución, y que no concuerdan plenamente con el papel rector que se visualiza para ella, de manera que la institución concentre todos

sus esfuerzos en las labores estratégicas en el campo de la salud, que en buena medida superan el marco de actuación del MINSA y de la CCSS, para cubrir a todos los actores sociales que intervienen en la construcción social de la salud: MINSA y sus órganos adscritos, CCSS, INS, ICAA, universidades públicas y privadas, municipalidades, colegios profesionales, organizaciones privadas o cooperativas que prestan servicios de salud, organizaciones comunales y no gubernamentales, instituciones asistenciales financiadas total o parcialmente con fondos públicos, otros ministerios e instituciones autónomas y públicas, así como la comunidad. El ejercer la rectoría sectorial y ser a su vez ejecutor eficaz de políticas y programas de prestación de servicios de salud, es una pretensión que parece rebasar las posibilidades del MINSA, habida cuenta de que esta conjunción de esfuerzos, según han manifestado las propias autoridades del MINSA, parece ser una de las razones más importantes que históricamente han frenado la función rectora.

Cuando se examina el desarrollo de los sistemas y tecnología de información para el MINSA en el marco de la Reforma, se observa que ha sido bastante limitado y que refleja los efectos que se presentan con la transición de unos sistemas de trabajo a otros: surgimiento de nuevas estructuras organizacionales, con la consiguiente demanda de plataformas de información; aprendizaje de formas de trabajo

novedosas, sobre las que el personal no disponía de una base amplia de conocimiento; ajustes en los procesos de trabajo vigentes; nuevos datos sobre salud que deben capturarse, procesarse, emitirse y analizarse; diseño de instrumentos de recolección de datos que respondan a las necesidades de información emergentes, etc. Todo apunta a que dicho desarrollo informático no va a alcanzar su verdadero despegue, sino hasta que otras transformaciones institucionales se hayan consolidado, por cuanto la reestructuración del MINSA se produjo con posterioridad a la elaboración de muchas de las propuestas originales sobre sistemas de información, lo que ha dado como resultado que se desactualicen, o bien, que surjan necesidades y usuarios de la información no previstos originalmente.

## Bibliografía

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. *Ley No. 5349*. 24 de setiembre de 1973.

\_\_\_\_\_. *Ley No. 5395*. 30 de octubre de 1973.

\_\_\_\_\_. *Ley No. 5412*. 8 de noviembre de 1973.

\_\_\_\_\_. *Ley No. 7374*. 3 de diciembre de 1993.

Banco Mundial. *Ayuda Memoria Proyecto de Modernización del Sector Salud de Costa Rica (3654-CR). Misión de Evaluación de Medio Camino (7 al 17 de julio de 1997)*. S/F.

Caja Costarricense de Seguro Social. *Proyecto Reforma Sector Salud – CCSS Resumen Ejecutivo*. Setiembre de 1993.

\_\_\_\_\_. *Plan Estratégico 1994-1998*. S/F.

Castro Valverde, Carlos. *El proyecto de rectoría en salud, definiciones y avances*. En "La reforma del Sistema Nacional de Salud: estrategias, avances y perspectivas". Marzo de 1998.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. *Documento base para la ponencia denominada: El Recurso Hídrico*. En "Foro Nacional de Salud: Hacia la construcción colectiva de la salud". Marzo de 1998.

Instituto Nacional de Seguros. *Documento base para la ponencia denominada: Análisis de Riesgos laborales*. En "Foro Nacional de Salud: Hacia la construcción colectiva de la salud". Abril de 1998.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. *Decreto Ejecutivo No. 14184-PLAN*. 8 de enero de 1983.

- \_\_\_\_\_. *Decreto Ejecutivo No. 14313-SPPS-PLAN*. 15 de febrero de 1983.
- \_\_\_\_\_. *El Plan Nacional de Reforma del Sector Salud – Lineamientos Fundamentales*. Marzo de 1993.
- \_\_\_\_\_. *Plan Nacional de Desarrollo 1994-1998 “Francisco J. Orlich”*. Octubre de 1994.
- \_\_\_\_\_. *Principales indicadores sociales de Costa Rica*. San José. 1997.
- \_\_\_\_\_. *Guía para la elaboración y evaluación de compromisos de resultados*. San José, noviembre de 1997.
- \_\_\_\_\_. *Costa Rica: panorama nacional 1997: balance anual, social, económico y ambiental*. San José. 1998 - a.
- \_\_\_\_\_. *Gobernando en tiempos de cambio: Administración Figueres Olsen*. San José. 1998 - b.
- Ministerio de Salud. *Decreto Ejecutivo No. 19276-S*. 9 de noviembre de 1989.
- \_\_\_\_\_. Dirección de Desarrollo de Sistemas. *Plan Operativo para la Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud*. San José. Mayo de 1994.
- \_\_\_\_\_. *Informe Anual 1996*. Mayo de 1997.
- \_\_\_\_\_. *Propuesta de Reestructuración del Ministerio de Salud*. Febrero de 1998.
- \_\_\_\_\_. *Informe Anual 1997. Cuatro años después...* Mayo de 1998.
- \_\_\_\_\_. Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud. *Documento base para la ponencia denominada: Análisis del componente de Promoción de la Salud*. En “Foro Nacional de Salud: Hacia la construcción colectiva de la salud”. Marzo de 1998.
- Miranda Gutiérrez, Guido. *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*. Segunda edición, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. Caja Costarricense de Seguro Social San José. 1994.
- Oficina Coordinadora del Proyecto Rectoría Ministerio de Salud. *Informe semestral. II semestre 1997*. S/F.
- Partido Unidad Social Cristiana. *Programa de Gobierno 1998-2002*. 1997.
- PNUD, CONARE, Defensoría de los Habitantes. *Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. Serie: Documentos de discusión*. No. 3. Mayo de 1995.



Unidad Preparatoria de Proyectos.  
*Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud.*  
Mayo de 1993 - a.

*Rectoría y Reestructuración del Ministerio de Salud. Anexo No. 1.* San José. Diciembre de 1994.

\_\_\_\_\_. *Propuesta de readecuación del modelo de atención.* San José. Mayo de 1993 - b.

\_\_\_\_\_. *Proyecto para la Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Plan Operativo, Términos de Referencia para Consultores y Metodología de Selección de Firmas y Consultores Individuales.* Setiembre de 1995.

\_\_\_\_\_. *El Proyecto de Reforma del Sector Salud. Resumen.* Junio de 1994.

Unidad Ejecutora Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud. *Fortalecimiento de la*

\_\_\_\_\_. *Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Plan Operativo.* Febrero de 1996      ◊