

Ministerio de Salud de Costa Rica

Dirección General de Salud

Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud

Marco Estratégico Institucional

Equipo de edición técnico-científico:

Dra. Rossana García González, MSc. Directora General de Salud

Ing. Armando Castro Arias, MSc. Catedrático de la Escuela de Ingeniería Industrial, Universidad de Costa Rica.

Dr. Pedro González Morera, Equipo Técnico Dirección General de Salud

San José, Costa Rica

04 de junio, 2007

“De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud”

TABLA DE CONTENIDOS

1. Presentación	4
2. Introducción	6
3. Bases conceptuales	8
3.1. Producción social de la salud	8
3.2. Promoción de la salud	12
3.3. Enfoque de Derechos	14
3.4. Sector Salud	16
3.5. Sistema Nacional de Salud	17
3.6. Sistema de Producción Social de la Salud.....	17
4. Modelo conceptual y estratégico	19
4.1. Misión del Sistema Nacional de Salud	20
4.2. Funciones generales del Sistema Nacional de Salud	20
4.2.1. Rectoría de la producción social de la salud.....	21
4.2.2. Aseguramiento de los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano	23
4.2.3. Financiamiento de los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano.	24
4.2.4. Provisión de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano	25
4.3. Funciones sustantivas para el ejercicio de la rectoría	25
4.4. Cadena de valor de las funciones sustantivas para el ejercicio de la rectoría.....	29
5. Estrategias para operativizar la Rectoría de la Producción Social de la Salud.....	31
5.1. Desconcentración y descentralización	31

5.1.1.	Desconcentración	31
5.1.2.	Descentralización	32
5.2.	Participación social inteligente para la no exclusión	33
5.3.	Ámbitos en que el ministerio de salud ejerce la rectoría	37
5.4.	Estrategia maestra del Sistema Nacional de Salud.....	41
6.	Marco estratégico del Ministerio de Salud	42
6.1.	Misión.....	42
6.2.	Visión	42
6.3.	Estrategia maestra	42
6.4.	Objetivos Estratégicos	43
6.5.	Valores institucionales	43
7.	Bibliografía	45

1. PRESENTACIÓN

El presente documento es el resultado del esfuerzo de un grupo de profesionales de diversos campos por brindar un marco conceptual y estratégico del ejercicio rector del Ministerio de Salud de Costa Rica sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud.

Refleja la posición oficial, de carácter técnico y político que, como se verá, trasciende intereses coyunturales y marca la pauta que deberán seguir durante su gestión en los próximos años, las diferentes entidades organizacionales que conforman nuestra institución.

Lo anterior no implica que este sea un producto acabado, por el contrario, como resultado de un proceso técnico basado en evidencia, está sujeto al mejoramiento continuo y a la incorporación de avances, fruto de la experiencia y la investigación en el campo de la salud pública.

El marco conceptual que aquí se presenta, además de orientar el proceso de desarrollo organizacional del Ministerio de Salud, servirá a los actores sociales que participan en la producción social de la salud a entender la importancia de la función rectora así como lo que hacemos y por qué lo hacemos.

Si bien el *Modelo* fue impulsado inicialmente por un grupo de profesionales, el resultado final es fruto de una construcción colectiva e incorpora aportes de funcionarios del nivel local, regional y central de nuestra institución y de otras instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, la Universidad de Costa Rica, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Planificación y la Contraloría General de la República.

Agradezco profundamente a todos los participantes sus valiosos aportes, en especial al equipo técnico de la Dirección General de Salud y a la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica, y dejo el

Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud

documento a su disposición para que cumpla su objetivo final de servir de guía y orientación al quehacer institucional.

Dra. María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud de Costa Rica

2. INTRODUCCIÓN

El *Modelo* que se presenta, expone los principales conceptos y estrategias que, desde la óptica de las actuales autoridades de salud, sustentan, explican y justifican la misión y la visión del Ministerio de Salud como rector de la producción social de la salud, así como sus principales objetivos y estrategias.

El *Modelo*, como expresión sustantiva de una idea o concepto, surgió inicialmente del esfuerzo de un equipo de profesionales¹ que reconocieron la importancia de concretar y articular un conjunto de conceptos y estrategias que, en los últimos años en Costa Rica, han intentado ser operativizados en el marco de la Reforma del Sector Salud y, concretamente, en el del fortalecimiento del Ministerio de Salud pero que, entre otras cosas, por adolecerse de un modelo que sirviera de marco de entendimiento y de orientación, han sido poco implementados.

A partir del mes de mayo del 2006, el *Modelo* fue sometido a la consideración de los (as) funcionarios (as) de las direcciones centrales, regionales y locales del Ministerio de Salud, a los integrantes del Consejo Sectorial de Salud, al equipo de consultores de la Organización Panamericana de la Salud, a autoridades académicas de la Universidad de Costa Rica, al Ministro de Planificación, a la Contralora General de la República y a representantes sindicales y, producto de esta socialización, se incorporaron o aclararon algunos de sus contenidos.

Como todo modelo, uno de los objetivos que se busca alcanzar mediante su difusión consiste en traducir el pensamiento sistémico y abstracto, en algo más entendible y factible de reproducir, con el propósito de facilitar su comprensión, socialización e implantación.

El *Modelo* se presenta como un conjunto de gráficos y diagramas que explican una realidad compleja, estableciendo los principales elementos que componen o intervienen en el proceso de producción social de la salud, así como sus límites y la forma como estos componentes se interrelacionan entre sí.

¹ Dra. Rossana García González, Ing. Armando Castro Arias, MSc.; MSc.; Ing. Eldon Caldwell Marín, MSc.; Dr. Fernando Marín Rojas, MSc.; Lic. Randall Hidalgo Solano, MBA.

El documento se compone de cuatro apartados; en el primero, se expone el sustento conceptual del *Modelo*, iniciando por la mención de algunos aspectos relacionados con la evolución histórica del concepto del proceso salud enfermedad. En el segundo se explican, en forma detallada, las funciones del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Salud como ente rector. En el tercero se explicitan las principales estrategias que debe ejecutar la institución para cumplir con su razón de ser. En el último apartado se presenta el marco estratégico del Ministerio, que consiste en su misión, visión, estrategia maestra, objetivos estratégicos y valores institucionales.

Dra. Rossana García González
Directora General de Salud

3. BASES CONCEPTUALES

3.1. PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Históricamente, la forma como una sociedad aborda la salud de sus miembros está íntimamente ligada con la manera en la cual conceptualiza el proceso salud-enfermedad, lo que condiciona, finalmente, la respuesta social a los problemas de salud individuales y colectivos.

A principios del siglo XX, acorde con el concepto biologista predominante del proceso salud-enfermedad, en las instituciones de salud se partía de



que, para proteger y mejorar el estado de salud de la población, debían desarrollarse programas de atención dirigidos a curar a las personas enfermas. De lo anterior se desprende que la hipótesis prevaleciente era que “cuantas más personas enfermas se curen, más sana es la población”.

Como consecuencia del desarrollo de las ciencias de la

salud y cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones, el concepto de cómo se produce la salud evolucionó, y a partir de los años cuarenta aparecieron los primeros pensadores con nuevos enfoques quienes planteaban que la aparición de la enfermedad ocurre cuando una serie de factores nosológicos actúan sobre el organismo por un periodo de tiempo determinado, en forma silenciosa, sobreviniendo luego la respuesta corporal y las manifestaciones propias de la enfermedad. Entre los eventos causales que se mencionaban se incluían factores biológicos, culturales, socioeconómicos, ambientales, entre otros.

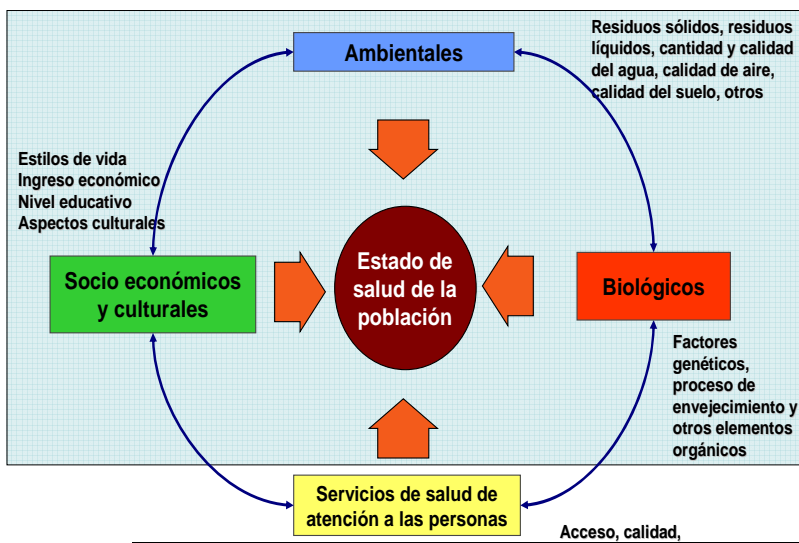
Debido a esto, con más fuerza a partir de la segunda mitad del siglo pasado, se reconoció que existen grupos de la población expuestos a ciertos riesgos y que es posible, mediante algunas intervenciones, prevenir que las personas enfermen. De esta manera, en las instituciones de

salud, principalmente en los Ministerios, se comenzaron a organizar programas con esa finalidad, como complemento de las acciones curativas.

A partir la década de los setenta, en nuestro medio, se empezó a reconocer explícitamente el hecho de que el estado de salud de una población no depende exclusivamente de lo que hacen las instituciones tradicionalmente vinculadas a la salud, sino que éste es el resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto, tomando posteriormente fuerza el concepto de producción social de la salud, que se entiende como el proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de estos con su entorno, genera como resultado final el estado de salud que caracteriza a una población, definiéndose como actor social a todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tiene un efecto significativo sobre el proceso de producción de la salud, sea este positivo o negativo, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas en cualquier ámbito y que pueden agruparse en tres categorías no excluyentes:



- Los que a raíz de sus actividades o acciones contribuyen a proteger y mejorar la salud de la población.
- Los que a raíz de sus actividades, producen o pueden producir daños o riesgos sanitarios.
- Los que influyen o pueden hacerlo, en la toma de decisiones asociadas a la producción social de la salud.



Un modelo explicativo de la forma como se produce el nivel de salud en una población fue desarrollado en la década de 1970 por el gobierno canadiense, impulsado por el Dr. Marc Lalonde. Dicho modelo, que fue modificado para este documento, anota que los

factores que determinan ese nivel de salud pueden ser agrupados en cuatro categorías.^{2,3,4}.

- *Factores biológicos*, que se refieren a todos aquellos elementos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos del individuo, por ejemplo la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, estructura poblacional y otros.
- *Factores ambientales*, tanto los relacionados con el ambiente en general como con el hábitat humano en específico, entendido este último como el espacio donde vive un individuo o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia. Como ejemplo de estos se pueden citar, la seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, la interrelación con el hábitat de otras especies, las condiciones laborales, condiciones de vivienda, las condiciones de saneamiento básico, la posibilidad de contacto con plaguicidas, urbanización, entre otros.
- *Factores socioeconómicos y culturales*, incluye, entre otros, estilos de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, uso de medicamentos y drogas ilícitas, niveles socialmente tolerados de castigo físico, tipos de familia, prácticas religiosas, vivencias y prácticas de la sexualidad, recreación, organización social y existencia de redes de apoyo, ingreso económico y equidad en su distribución, nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, acceso a vivienda, existencia de grupos excluidos, políticas y organización de las instituciones públicas.
- *Factores relacionados con servicios de salud de atención a las personas* se refiere a aspectos relacionados con el acceso, cobertura, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, disponibilidad de recursos y organización de este tipo de servicios de salud y la relación de estos con sus usuarios.

²Lalonde, Marc. A new perspectiva on the health of Canadians, a working document. Canada: Government of Canada, Ministry of Nacional Health and Welfare, 1974

³ Blum, HL. Planning of Health. Berkeley: University of California, 1971

⁴ Bergonzoli, G. "Evolución epistemológica de la salud." En: Bergonzoli, G.y D. Victoria (eds.). Rectoría y Vigilancia de la Salud. San José, OPS/OMS, 1994.

De lo mencionado se desprende que la salud, como producto social, depende tanto de los diversos determinantes como de la respuesta y organización social que se genere para abordarla, por lo que, sobre la base de este conocimiento, se empezó a enfatizar en que, además de realizar acciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo, para proteger y mejorar el nivel de salud de la población, se debe apoyar a las personas para que tengan la capacidad de adoptar estilos de vida saludables y participar activamente en el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad, y brindar las condiciones y requisitos para que esto se dé; es decir, promocionar la salud. Fue entonces cuando, en prácticamente todos los países latinoamericanos, algunas instituciones de salud crearon y otras fortalecieron programas de educación y comunicación en salud y participación comunitaria, aunque no abordaron con la misma fuerza la realización de acciones dirigidas a modificar los determinantes del entorno.

Este planteamiento parte del hecho de que, los factores determinantes del nivel de salud de la población, pueden ser tanto factores de riesgo como protectores, también llamados salutogénicos, y la atención a los problemas y necesidades en salud debe realizarse desde ambas perspectivas; es decir, modificando los factores de riesgo y propiciando el desarrollo de factores protectores, estableciendo claramente, además, las competencias y responsabilidades de los actores sociales clave en su abordaje.

Como apoyo a lo anterior, se sabe que el nivel de salud que poseen los países desarrollados no se debe mayormente a un gasto *per cápita* en salud más alto, ni a la inversión en tecnologías de avanzada dedicadas al diagnóstico y tratamiento de personas enfermas; más bien se explican por la presencia de factores nutricionales, ambientales y culturales más favorables para el ser humano. Existe evidencia de que en la variación del perfil de salud de una población, el impacto que tienen los servicios de salud de atención a las personas no sobrepasa el 20%, mientras que aproximadamente el 80% restante es atribuible a la modificación de factores que están fuera de estos servicios razón por la cual hay que tener claro que, la atención curativa impacta primordialmente sobre la mortalidad, pero tiene poco efecto sobre la morbilidad. Ante este conocimiento, resulta paradójico el hecho de que la gran mayoría de los esfuerzos y recursos estatales destinados a proteger y mejorar el nivel de salud de la población se continúen invirtiendo en los servicios de salud de atención a las personas, principalmente en aquellos dirigidos a la atención individual y el enfoque predominante, continúa siendo el de modificar los

factores de riesgo, dejando de lado, en muchos casos, las acciones para propiciar el desarrollo de los factores protectores⁵.

3.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la *Carta de Ottawa* suscrita por nuestro país en 1986, se definió la promoción de la salud como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Trasciende la idea de formas de vidas sanas para incluir las condiciones y requisitos para la salud que son: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad”⁶. Constituye un proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual⁷.

De lo anterior se desprende que promover la salud implica garantizar que se den los prerrequisitos para ésta, y además proporcionar a las personas el conocimiento y los medios para ejercer un mayor control sobre la misma. Sobre esta base se reconoce que es responsabilidad del Ministerio de Salud, actuar como mediador a favor de la salud entre los intereses antagónicos que se puedan presentar.

Esto implica que, la promoción de la salud, es una estrategia que trasciende al Ministerio de Salud y que permite alcanzar mejoras significativas y equitativas en la condición sanitaria de la población, pues hace necesario que los componentes del Sistema de Producción Social de la Salud, dirigidos y conducidos por el Ministerio de Salud, actúen de manera armónica para proporcionar las herramientas a los ciudadanos que les permitan cuidar de su propia salud y para brindarles las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de recreación, de inclusión en la toma de decisiones, entre otras, con la finalidad de que desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar individual y colectivo⁸. No cabe duda entonces de que las instituciones del

⁵ Op. Cit. Berrgonzoli (modificado)

⁶ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Ginebra, 1986

⁷ Basado en: OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra, 1998

⁸ Bergonzoli. Op. cit. (modificado)

Estado deben realizar sus funciones, en concordancia con este enfoque, para contribuir al logro del mejor nivel de salud y de desarrollo humano posible.

Para lograr sus fines, la Promoción de la Salud utiliza tres medios básicos:

- 1 *Participación social*, que consiste en “un proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior a la presente”⁹. Incluye, no sólo la participación comunitaria, en virtud de la cual los individuos asumen la responsabilidad de contribuir con su propio desarrollo y bienestar y con el de su comunidad¹⁰, sino también la de las entidades, públicas y privadas, que impactan directa o indirectamente en el nivel de salud de la población.
- 2 *Abogacía por la salud*, entendida como la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y respaldo de los sistemas socio-económico y cultural, ambiental, biológico y de servicios de salud de atención a las personas para un determinado objetivo que contribuya incrementar el nivel de salud¹¹. Constituye una responsabilidad de los trabajadores de salud, sobre todo los del Ministerio, en su papel de garantes de la salud de la población en todos los niveles.
- 3 *Mercadotecnia social en salud*, que se refiere al proceso sistemático que facilita la adopción del valor de la salud como práctica social por parte de la población en general y de los actores sociales clave en particular, para impulsar cambios en la sociedad orientados a favorecer los factores salutogénicos, es decir, los que producen salud¹². Engloba los conceptos de comunicación social, educación, sensibilización y formación en salud, entendida esta última como el

⁹ Ministerio de Salud: Estrategia de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud. San José, Costa Rica, 1991.

¹⁰ Modificado de Castillo Martínez, Alcira; et. al. Módulo dos: la participación social un derecho en salud. Curso especial de posgrado en gestión local de salud. UCR, CENDEISS, 2003.

¹¹ Informe de la Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción, OMS, Ginebra, 1995.

¹² Basado en: Caldwell, Eldon. Mercadeo de fuentes y productos sociales, 1999

proceso de influir el comportamiento de las personas y de las organizaciones, y producir los cambios en conocimiento, actitudes y destrezas necesarios para proteger o mejorar la salud¹³. Implica la adquisición, reafirmación o cambio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y organizaciones con respecto a la salud¹⁴.

3.3. ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS

Las Naciones Unidas (NU) define este enfoque como un marco conceptual basado en las normas internacionales de derechos humanos, orientado hacia la promoción y la protección de estos derechos. Su propósito consiste en analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir prácticas discriminatorias que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo¹⁵.

Se anota también que, desde esta perspectiva, la caridad y la atención de las necesidades en salud de los grupos poblacionales, por sí sola, no es suficiente para garantizar la protección y mejoramiento de su nivel de salud. En un enfoque de derechos humanos, las políticas y planes relacionados con el desarrollo humano¹⁶ y el bienestar de la población están enmarcados en un sistema de derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad del desarrollo y potenciar la capacidad de la población, especialmente de los grupos más marginados, para exigir y hacer efectiva su participación en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas, así como en la rendición de cuentas por parte de quienes tienen la obligación de actuar¹⁷.

¹³ American Academy of Family Physicians. Patient Education, 2000 (<http://www.aafp.org/x16540.xml>) (modificado).

¹⁴ Álvarez, Rodrigo. Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Heredia, Editorial Fundación UNA, 1998 (modificado).

¹⁵ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 2006. (modificado)

¹⁶ Desarrollo humano se define como la expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos, lo cual implica mover la atención desde los medios, que permiten la expansión de las libertades, como son el crecimiento económico, el aumento del ingreso personal, los avances tecnológicos o la modernización social, a los fines, que son las libertades. Es un proceso que amplía las opciones de las personas y fortalece las capacidades humanas, para llevar al máximo posible lo que la persona puede ser y hacer (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, <http://portal.onu.org.do/interfaz/main.asp?Ag=15&did=1193&CategoriaNo=3&N=1>)

¹⁷ Op. Cit. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

El *Modelo Conceptual y Estratégico de la Producción Social de la Salud* se sustenta en el enfoque de derechos humanos, por lo tanto se reconoce que, el Ministerio de Salud, en su calidad de rector de la salud, debe garantizar el derecho a la salud que tienen todas las personas que habitan el territorio nacional lo que incluye, no sólo el acceso a los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano que requieran, sino también asegurar el abordaje de los determinantes de la salud para proteger y mejorar el nivel de salud de la población, con énfasis en la protección de los derechos de las poblaciones excluidas o marginadas, y de aquellos grupos que presentan un mayor deterioro de su nivel de salud o que se encuentran en mayor riesgo de sufrirlo.

Con base en lo anterior el *Modelo* plantea que, para impactar más y mejor el nivel de salud de la población, es fundamental superar el enfoque de necesidades con el que, en la práctica, el Estado y la población en general han abordado el tema de la salud, y sustituirlo por el de derechos. Para una mejor comprensión del cambio de paradigma que se propone, a continuación se expone un cuadro comparativo entre ambos enfoques.

Cuadro 1
Comparación entre el enfoque de necesidades y el enfoque de derechos¹⁸

Enfoque de Necesidades	Enfoque de Derechos Humanos
El individuo es receptor pasivo	El individuo es un participante activo
Entraña objetivos, generalmente de atención parcial.	Entraña el imperativo de atención universal.
Posible satisfacer necesidades sin garantía de continuidad.	Deben respetarse siempre.
Pueden ordenarse de modo jerárquico.	No tienen organización jerárquica, todos deben ser respetados
No entrañan deberes.	Entrañan deberes.
Guarda relación con promesa.	Guarda relación con obligación.
Pueden cambiar según cultura y circunstancias.	Son universales.
Posible satisfacer por caridad.	Caridad no resulta aceptable.
A menudo la satisfacción depende de voluntad política	

Fuente: Urban Jonson. Oficina Regional de Asia Meridional, UNICEF, 1998 (modificado)

¹⁸ Judith L. Evans. *La primera infancia cuenta* (modificado).
<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/e.cd.pdf>

3.4. SECTOR SALUD

En Costa Rica, el Sector Salud está constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el nivel de salud de la población.

Según el decreto N° 33151-MP del 8 de mayo del 2006, el Sector Salud está conformado por las entidades que se anotan a continuación, y es el Ministerio de Salud el encargado de ejercer la rectoría sobre este:

- Ministerio de Salud
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en materia exclusivamente de salud
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), en cuanto se refiera exclusivamente a la salud.
- Auditoría General de Servicios de Salud
- Consejo de Atención Integral de la Niñez
- Consejo de la Persona Joven
- Consejo de la Persona Mayor (CONAPAM)
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC)
- Sección de Riesgos Profesionales del Instituto Nacional de Seguros (INS)
- Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER)

3.5. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se entiende por Sistema Nacional de Salud el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen, entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del nivel de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo¹⁹. Entre los entes que lo componen se encuentran, además de los que conforman el Sector Salud, los servicios de salud privados de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias que realizan actividades destinadas a proteger y mejorar la salud de las personas y su hábitat, la población en general cuando participa activamente en la realización de acciones estratégicas en salud incluida la toma de decisiones, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias, los organismos de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos de la *Food and Agriculture Organization (FAO)*, entre otras.

3.6. SISTEMA DE PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Con base en el conocimiento actual de cómo se produce el nivel de salud de una población, resulta claro que el Sistema de Producción Social de la Salud lo conforman el conjunto interrelacionado de entes que impactan, de manera significativa, sobre los determinantes de las dimensiones socio-económica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de salud de atención a las personas de protección y mejoramiento del hábitat humano. Cabe destacar que constituye un sistema complejo²⁰, por lo que, como resultado de la interrelación entre sus partes, surgen productos que no pueden explicarse a partir de las propiedades de los elementos aislados

¹⁹ Basado en OMS. Informe Mundial sobre el Conocimiento Orientado a Mejorar la Salud. Ginebra, 2004. www.who.int/rpc/wr2004.

²⁰ Un **sistema complejo** es un *sistema abierto*, compuesto por varias partes *interconectadas* o *entrelazadas* cuyos vínculos entre ellas contienen información adicional y oculta al observador por lo que su comportamiento es difícil de predecir. Este tipo de sistema posee complejidad emergente (el todo es más que la suma de las partes), es autoorganizado, disipativo (porque extrae energía del medio y la utiliza para generar orden y estabilidad en su interior) y adaptativo (responde a los cambios del entorno). Como ejemplos de sistemas complejos se pueden citar las sociedades humanas y animales, los organismos biológicos, el cerebro humano, entre otros.

que lo componen; asimismo, la relación entre sus componentes puede ser conciente o inconciente y producir efectos deseables o no sobre el resultado final, por lo que no siempre es posible identificar la manera cómo su acción conjunta produce el nivel de salud observado. Entre las entidades que lo conforman, además de las del Sector y las del Sistema de Salud, se pueden citar: Ministerio del Ambiente y Energía, Ministerio de Educación, Ministerio de la Vivienda, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, otros ministerios, el Instituto Nacional de Aprendizaje, cámaras de comercio, industrias, grupos organizados de la comunidad, gobiernos locales, organizaciones religiosas, entre otras.

Los conceptos de Sector Salud, Sistema Nacional de Salud, y Sistema de Producción Social de Salud son aplicables a los ámbitos geográficos nacional, regional y local.

El Ministerio de Salud como parte del Sistema de Producción Social de la Salud



4. MODELO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO

Partiendo de lo descrito, se presenta el *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud*, conceptual porque prioriza y expone a partir de definiciones, los conceptos centrales sobre los que se basa y justifica el rol del Ministerio de Salud para lo parte de la identificación de las cuatro funciones generales del Sistema Nacional de Salud mediante las cuales este debe cumplir con su razón de ser, profundizando posteriormente en la función general de Rectoría de la Producción Social de la Salud y define sus ocho funciones específicas. Es estratégico ya que, reconociendo que el Ministerio de Salud es la entidad del Sistema Nacional de Salud que tiene la responsabilidad de ejercer la rectoría, establece las estrategias que deberá implementar para el logro de su misión, y puntualiza además, sus ámbitos de acción.

En los siguientes apartados se explican los componentes del *Modelo* y las interrelaciones que existen entre ellos.



4.1. MISIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población

El planteamiento del *Modelo* parte del reconocimiento de que la misión o razón de ser del Sistema Nacional de Salud consiste en proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población, es decir, que el conjunto de entidades que lo conforman actúen, en forma sinérgica, para provocar un impacto positivo sobre la salud, corrigiendo además las fallas o desviaciones que puedan producirse en el proceso, para garantizar que las mejoras en el nivel de salud se den, en mayor grado, en aquellos segmentos de la población más vulnerables.

4.2. FUNCIONES GENERALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para cumplir con su misión, el Sistema Nacional de Salud tiene bajo su responsabilidad cuatro funciones generales que se identifican como:

- Rectoría de la producción social de la salud
- Aseguramiento de los servicios de salud de atención a las personas y al hábitat humano
- Financiamiento de los servicios de salud de atención a las personas y al hábitat humano
- Provisión de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano

Sistema Nacional de Salud
Rectoría
Aseguramiento
Financiamiento
Provisión de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano

4.2.1. Rectoría de la producción social de la salud

Rectoría se define como la acción de gobernar, dirigir, conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas²¹. Si se reconoce que la salud puede ser protegida y mejorada mediante la movilización organizada del conjunto de actores sociales, resulta claro que debe existir una entidad que los dirija y conduzca para ese fin. Sobre esta base, surge el concepto de rectoría de la producción social de la salud, que es la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población. Entraña un fenómeno mucho más amplio que el de rectoría del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud, ya que incluye a todos aquellos actores que intervienen en la génesis y evolución de la situación de salud del país, y de los factores que la determinan, y no solamente a los entes relacionados con la prestación de servicios de salud.

La Constitución Política de Costa Rica establece, en sus artículos 21 y 50, el derecho a la vida y a un ambiente sano y, en el artículo 2 de La Ley General de Salud se señala que *“es función esencial del Estado velar por la salud de las personas y corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley”*. Por otro lado, el artículo primero de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud indica que *“la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud”*.

Queda claro que, según el marco legal vigente, la entidad del Sistema Nacional de Salud a la que le corresponde ejercer esta función es al Ministerio de Salud, y que su responsabilidad trasciende el organizar, coordinar y dirigir los servicios de salud del país ya que abarca todas aquellas actividades, públicas y privadas, que determinan en forma significativa el nivel de salud de la población.

²¹ Diccionario de la Real Academia Española, 23ª edición, 2004

Es relevante señalar que existen otras entidades públicas mediante las cuales el Estado ejecuta la función rectora en ámbitos que son complementarios a la actividad sanitaria y juegan un papel relevante en el proceso de producción social de la salud. Como ejemplo de estas instituciones se pueden mencionar al Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), que ejerce rectoría sobre el conjunto de actores sociales cuyo accionar produce impacto sobre el medio ambiente; al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) que ejecuta su función rectora para, entre otros aspectos, mantener y mejorar la seguridad e higiene ocupacional de los trabajadores; al Ministerio de Obras Públicas y Transportes, que mantiene y mejora la seguridad vial de la población, entre otros. El accionar de estas instituciones, en materia de rectoría, debe hacerse en forma armónica y coordinada para evitar traslapes, omisiones o duplicación de funciones.

En este sentido cabe anotar que las competencias²² de los órganos del Estado pueden dividirse en²³:

- Competencia exclusiva absoluta o integral: son aquellas ejercidas con autonomía por la entidad pública responsable, según lo establezca la Constitución Política y la Ley de creación de ese órgano. Ninguna otra entidad puede asumir dichas competencias sin la previa delegación de la responsable. Este tipo de competencia también se conoce como competencia de origen.

- Competencia exclusiva limitada: Es la que se ejercen potestades o funciones concretas sobre una materia específica, como es el caso de la Comisión Nacional de Emergencias en materia de emergencias y desastres.

- Competencias concurrentes o compartidas: son aquellas que se ejercen por más de una entidad pública, en planos distintos de responsabilidad y función, de acuerdo a la Ley, en aspectos de regulación, financiamiento, ejecución o control.

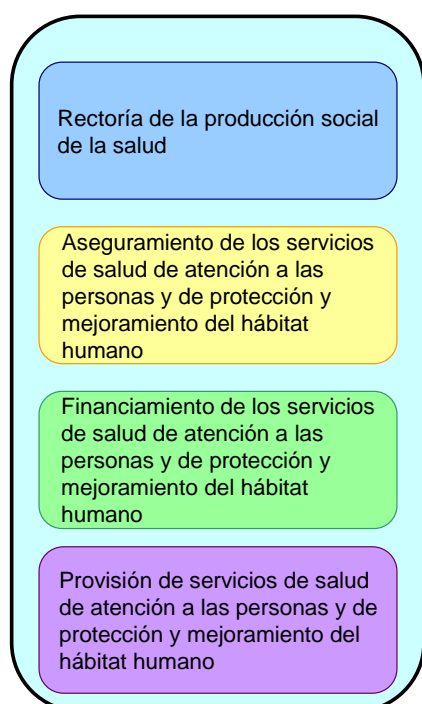
²² Competencia se define como la titularidad de una serie de potestades públicas ejercitables respecto de unas materias, servicios o fines públicos determinados (Carlos González-Antón Álvarez. Departamento de Derecho Administrativo, Universidad de León)

²³ Arrieta Q., Liliana. Informe de consultoría del marco legal del Ministerio de Salud. 2007.

- Competencias en colaboración, delegadas o instrumentales: son aquellas que, conforme a la Ley, son delegadas a una entidad pública distinta de la titular de la responsabilidad con la finalidad que sean ejecutadas con mayor eficiencia.

Sobre esta base se puede afirmar que, tal como se establece en el Artículo 2 de su Reglamento Orgánico, el Ministerio de Salud tiene como competencia de origen la de “*dirigir, conducir, regular, controlar y fiscalizar los diferentes procesos de la sociedad relacionados con la producción social de la salud y el gasto público en salud*” y, para cumplir con su responsabilidad, puede utilizar como instrumento a otras instituciones del Estado.

4.2.2. Aseguramiento de los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano.



La función general de aseguramiento se refiere a la obligación del Sistema Nacional de Salud de garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud, tanto de atención a las personas como aquellos destinados a proteger y mejorar el hábitat humano, con énfasis en los sectores vulnerables de la población, especialmente los más pobres. La función de aseguramiento incluye tres perspectivas. Las dos primeras se refieren a servicios de salud, tanto de atención a las personas como de protección y mejoramiento de su hábitat, mientras que la tercera únicamente se refiere a los servicios de atención a las personas:

- *Perspectiva pública.* Apunta al establecimiento, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; de los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, que cubran a toda la población bajo los principios de equidad y solidaridad. Es decir, implica la definición del conjunto de servicios a los que, sobre

la base de la situación de salud, toda la población debe tener acceso, independientemente de quien los provea. La institución que realiza esta función en Costa Rica es el Ministerio de Salud.

- *Perspectiva social.* Se refiere al conjunto de acciones dirigidas a garantizarle a la población el derecho a recibir el conjunto establecido de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento de su hábitat. Algunas de las entidades a las que corresponden ejecutar la función desde esta perspectiva son el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda, FODESAF, la CCSS y el INAA.
- *Perspectiva financiera,* entendida como el mecanismo de protección a las personas contra los riesgos de enfermar y morir, ya que garantiza la disponibilidad de fondos para que cada una de ellas tenga acceso a los servicios de salud de atención a las personas, en el momento que lo requiera, sin que ello le represente un desembolso económico en el preciso momento de recibir los servicios. Esto se refiere a los sistemas de seguros, también conocidos como de prepago. Entre los actores que realizan esta función se puede mencionar a la CCSS, el INS, las aseguradoras de servicios de salud privadas, el Ministerio de Hacienda y FODESAF.

4.2.3. Financiamiento de los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano.

La función de financiamiento consiste en el conjunto de acciones mediante las cuales el Estado, una entidad aseguradora u otro organismo público o privado obtiene, recauda, administra y asigna los recursos financieros necesarios para producir o adquirir los bienes y servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano que debe entregar a la población. Algunas de las instituciones que realizan esta función son: la CCSS, el INS, la Junta de Protección Social (JPS), el Ministerio de Hacienda, el MTSS, las municipalidades y el Ministerio de Salud, proveedores de servicios de salud privados, juntas administradoras de acueductos rurales, empresas que gestionan residuos sólidos.

4.2.4. Provisión de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano

Adicionalmente, le corresponde al Sistema Nacional de Salud suministrar o proveer el conjunto de servicios de salud establecido; incluye el otorgamiento de servicios, tanto de atención individual, como a las colectividades; y también los que tienen como fin proteger y mejorar el hábitat humano, los cuales comprenden, entre otros: el suministro de agua segura para uso humano, la disposición de aguas residuales, la disposición final de desechos sólidos, la disposición de aguas pluviales y el control de la fauna nociva. Como ejemplo de las instituciones que desempeñan esa función en Costa Rica se pueden mencionar a la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, el Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, las municipalidades, los servicios de salud privados, las empresas que gestionan residuos sólidos y las juntas administradoras de acueductos rurales.

Cabe señalar que existen una serie de entes que forman parte del Sistema Nacional de Salud, pero que no ejecutan directamente ninguna de las funciones generales descritas, sino que brindan productos intermedios para que estas se puedan ejecutar. Tal es el caso de las universidades, que forman personal para laborar en las entidades que brindan servicios de salud, las casas farmacéuticas, las empresas productoras de instrumental médico, los institutos de investigación en salud y temas afines, empresas de diseño de plantas de tratamiento de aguas, entre otros. Todas estas tienen como actividad principal la provisión de insumos necesarios para el cumplimiento de las funciones generales del Sistema Nacional de Salud.

4.3. FUNCIONES SUSTANTIVAS PARA EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA

Como se ha señalado, en Costa Rica, el ejercicio de la rectoría de la producción social de la salud le corresponde al Ministerio de Salud que, para garantizar la protección y mejoramiento del nivel de salud de la población, requiere dirigir y conducir al conjunto de actores sociales que intervienen en su génesis y evolución. Para ejecutar la rectoría se definieron las siguientes ocho funciones sustantivas, no excluyentes entre sí y que deben realizarse de manera continua, sistemática, multidisciplinaria, intersectorial y participativa:

- Dirección Política de la Salud
- Mercadotecnia de la Estrategia de Promoción de la Salud y de la Cultura de no Exclusión
- Vigilancia de la Salud
- Planificación Estratégica de la Salud
- Modulación del Financiamiento en Salud
- Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud
- Regulación de la Salud
- Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud.



Dirección Política de la Salud

Función rectora que realiza la (el) Ministra(o) de Salud o sus representantes (Viceministro de Salud, Director General, directores de regiones rectoras de salud y directores de áreas rectoras de salud) mediante la cual definen prioridades y formulan políticas de salud, lideran las acciones estratégicas y la consecución de recursos y, para causar el impacto requerido, concertan directamente con los actores sociales del Sistema de Producción Social de la Salud.

Función rectora mediante la cual el Ministerio de Salud realiza las acciones necesarias para persuadir o motivar a los actores sociales, que impactan de manera directa o indirecta en el nivel de salud de la población, para que adopten e implementen la estrategia de promoción de la salud. También, mediante el ejercicio de esta función, el Ministerio incide directamente sobre las organizaciones públicas y privadas y, principalmente, sobre la población general, con énfasis en grupos excluidos, para que adopten la cultura de la no exclusión y exijan su derecho a participar en la toma de decisiones, así como en la formulación, ejecución, control y evaluación de acciones destinadas a la protección y mejoramiento del nivel de salud de sus comunidades.

Mercadotecnia de la Estrategia de Promoción de la Salud y de la Cultura de no Exclusión

Vigilancia de la Salud

Función rectora mediante la cual se identifican, analizan y da seguimiento al estado, determinantes y tendencias de la salud pública, a fin de contribuir a seleccionar, en forma oportuna, las medidas más apropiadas, para proteger y mejorar la salud de la población.

De lo anterior se desprende que, la función de vigilancia de la salud trasciende la vigilancia epidemiológica e incluye el seguimiento y análisis de los determinantes clave que, desde las dimensiones socioeconómica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de salud destinados a la atención a las personas y a la protección y mejoramiento del hábitat humano, producen un efecto significativo, positivo o negativo, sobre la salud. Contiene además el seguimiento de la magnitud de la exposición a estos determinantes y de su efecto final sobre el individuo. Como función rectora, no engloba actividades directas de inspección ni de control.

Esta función comprende la vigilancia del aseguramiento, que es entendida como la acción del ente rector mediante la cual da seguimiento a los niveles de cobertura del conjunto de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano definidos para toda la población y en identificar las inequidades o problemas en el acceso a ellos.

Planificación Estratégica de la Salud

Función rectora mediante la cual, a partir de las políticas nacionales de salud y de los análisis de situación, se formulan –en forma concertada– planes, objetivos y metas para mejorar, de manera continua, la salud pública; y se define, negocia y acuerda con los actores sociales clave, las estrategias, las acciones y los recursos necesarios para alcanzar la imagen objetivo establecida; es decir, se fijan las estrategias integradas para el abordaje articulado de los determinantes de la salud y el logro de objetivos comunes, en un espacio poblacional específico.

Función rectora que consiste en corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento de los servicios públicos de salud de atención

Modulación del Financiamiento

a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano con respecto a las prioridades definidas por el Estado²⁴; y en lograr que las diversas modalidades de financiamiento, tanto de servicios públicos como privados, se complementen. El objetivo de esta función consiste en contribuir a garantizarle a la población el acceso equitativo a estos²⁵.

Armonización de la Provisión de Servicios de Salud

Función rectora que consiste en establecer el conjunto de servicios de salud de atención a las personas y al hábitat humano que deben ser garantizados por el Estado, definir el *Modelo* mediante el cual se entregan esos servicios y promover la articulación y complementariedad de los diversos proveedores, públicos y privados, a fin de garantizarle a la población el acceso equitativo, independientemente de la institución o sistema al que estén afiliados o adscritos o que los provean²⁶.

²⁴ Conjunto de los órganos de gobierno de un país soberano. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española, 22a edición, 2001

²⁵ Basado en definición de OPS-OMS, 1998

²⁶ Basada en: OPS. *Armonización de la Provisión de Servicios de Salud: Documento de Discusión para la Reunión de Expertos*, Washington D.C., junio del 2001

Función rectora que consiste en formular, promulgar, interpretar, aplicar²⁷ y controlar, el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realiza actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población. El objetivo de la Regulación de la Salud consiste en garantizar la calidad, seguridad, eficacia, inocuidad y control, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.

Regulación de la Salud

Función rectora mediante la cual se evalúa el impacto de las acciones prioritarias en salud pública, tanto sobre los determinantes como sobre el nivel de salud de la población, con el propósito de apoyar la toma estratégica y oportuna de decisiones.

Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud

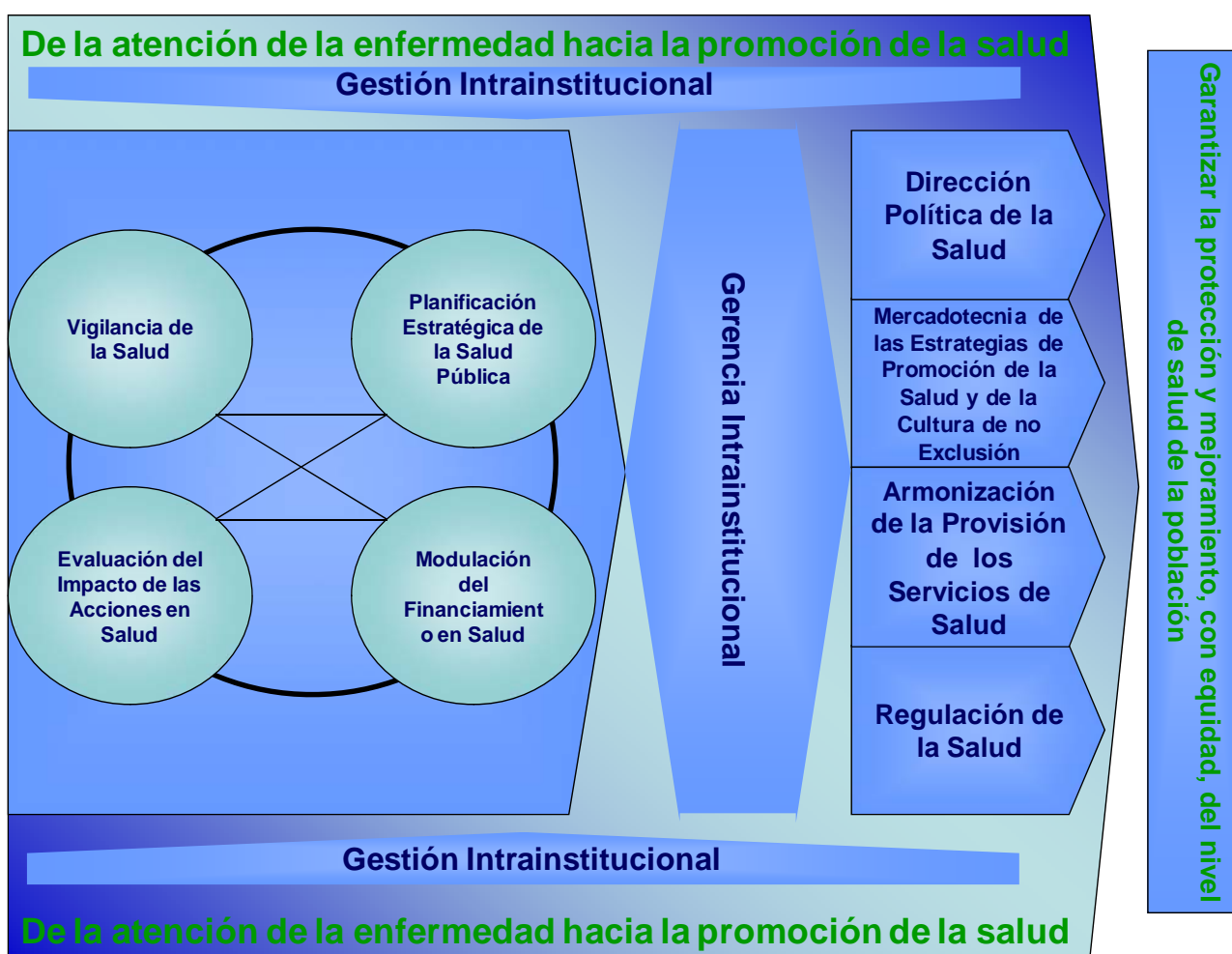
4.4. CADENA DE VALOR DE LAS FUNCIONES SUSTANTIVAS PARA EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA

Como se explicó, la ejecución de las ocho funciones sustantivas tiene como objetivo fundamental, garantizar que el Ministerio de Salud ejerza la rectoría sobre los actores sociales clave del Sistema de Producción Social de la Salud y de esta manera influya sobre los determinantes de la salud con el fin de protegerla y mejorarla. Para ello se sustenta en la idea fuerza de “*avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud*”, que es el cambio principal de paradigma que este *Modelo Conceptual y Estratégico* procura, por lo que es de esperar que, mercadeando la estrategia de la promoción y la cultura de la no exclusión, sea este el impacto que más perciba la población y todos los sujetos y usuarios de la rectoría. Esta función sustantiva, junto con las de Dirección Política de la Salud, Regulación de la Salud y Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud, brindan productos de impacto directo en los sujetos de la rectoría. A fin de que se logre su eficaz

²⁷ Poner en práctica una medida, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en una cosa o persona. Adaptado de Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española, 22a edición, 2001

cumplimiento, estas cuatro funciones deben ser articuladas por la función de gestión intrainstitucional denominada Gerencia Intrainstitucional.

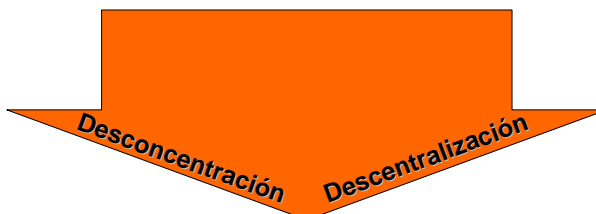
La Gerencia Intrainstitucional también debe articular a las cuatro funciones rectoras restantes: Vigilancia de la Salud, Planificación Estratégica, Modulación del Financiamiento y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud, cuyo accionar interactivo debe producir los insumos fundamentales que permitan a las funciones de impacto lograr que el Sistema Nacional de Salud cumpla con su misión de proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población.



5. ESTRATEGIAS PARA OPERATIVIZAR LA RECTORÍA DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

5.1. DESCONCENTRACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN

Para consolidar el ejercicio de la rectoría, es necesario que el Ministerio de Salud concluya la separación de funciones, que inició en la década de los años setenta, entre la rectoría de la producción social de la salud y la provisión de servicios de salud, y logre un mayor nivel de responsabilidad, adaptabilidad e independencia en los niveles regionales y locales. Para cumplir esto se plantean como estrategias la desconcentración y la descentralización.



5.1.1. Desconcentración

La desconcentración consiste en el traslado de competencias técnicas y administrativas para la toma de decisiones de un nivel jerárquico superior hacia un nivel jerárquico inferior, pero sin que se pierda la relación de organicidad entre ambos, es decir, sin que deje de existir el nexo de la jerarquía administrativa, pero sí trasladando la titularidad y responsabilidad sobre la competencia²⁸, esto con el fin de alcanzar mayor adaptabilidad a los cambios del entorno y a las necesidades de la población, mayor efectividad y eficiencia operacional y promover una cultura de rendición de cuentas²⁹. La desconcentración puede ser geográfica o funcional.

La desconcentración geográfica o territorial se da por dispersión del ámbito de acción de las instituciones públicas, es decir, por traslado de las

²⁸ A diferencia de la delegación de funciones que consiste en un traslado temporal de funciones de un órgano superior a un órgano inferior, sin que se traslada ni la responsabilidad ni la titularidad de la competencia.

²⁹ Basado en: García González, Rossana. El proceso de desconcentración en el Ministerio de Salud de Costa Rica: el caso de la Sub-Región Central Norte. Tesis para optar por el título de Máster en Administración Pública con énfasis en Administración de Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública, San José, 1990 y Navarro Fallas, Román. Desconcentración administrativa y personalidad jurídica instrumental. La reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, 2001

competencias a una unidad que, por su ubicación geográfica, puede ejercer mejor la función en un territorio definido³⁰.

Por otro lado, en la desconcentración funcional se produce la creación de nuevas instancias o cambios en las competencias de instancias existentes para que asuman una o más funciones específicas. Tanto las instancias que desconcentran funciones como las que las asumen se encuentran dentro de una misma persona jurídica. Dos de las instituciones con desconcentración funcional con las que cuenta actualmente el Ministerio de Salud son el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense de Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA).

El *Modelo* parte de que, para que se logre un adecuado ejercicio de la rectoría, los procesos de desconcentración geográfica y funcional deben fortalecerse y consolidarse. Por un lado, debe darse un proceso de incremento de la autonomía en la toma de decisiones a los niveles locales y regionales del Ministerio de Salud, para que aumenten su capacidad resolutoria y tengan la posibilidad de asumir compromisos frente a los actores sociales y orientar los recursos hacia las prioridades establecidas. Por otro lado, se debe continuar con la iniciativa de que, por la vía de la desconcentración funcional, se cree como institución adscrita al Ministerio de Salud, una encargada de operativizar el programa CEN-CINAI que goce de los beneficios descritos.

5.1.2. Descentralización

En la descentralización, igualmente existe traslado de competencias pero en este caso se produce una ruptura de la relación orgánica, convirtiéndose el órgano inferior en una nueva entidad independiente; también puede darse por traslado de estas competencias a una entidad externa preexistente. Las competencias transferidas originalmente corresponden al Estado, son ejercidas por la administración central y se trasladan de forma permanente, generalmente mediante ley, a un ente con personalidad jurídica propia.

Sobre este tema, el *Modelo* plantea también la necesidad de descentralizar hacia otras instancias, de manera paulatina, aquellas actividades de provisión de servicios de salud a las personas y de protección y

³⁰ García, R. Op. cit. 1990

mejoramiento del hábitat humano que continúa realizando el Ministerio de Salud, de manera que se evite el conflicto de ser juez y parte al ejercer rectoría sobre sus propias actividades y que pueda dedicar todos sus recursos para ejercer la rectoría. Entre las actividades de provisión de servicios de salud que aún realiza el Ministerio de Salud y que son susceptibles de descentralizarse a otras instancias se pueden mencionar: la fumigación, la vacunación de perros, las encuestas entomológicas, la investigación de campo y la atención directa a pacientes con malaria, los programas de letrización, entre otros.

5.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL INTELIGENTE PARA LA NO EXCLUSIÓN³¹

Reconociendo, como se ha mencionado, que la salud de la población no se produce solamente desde los servicios de salud asistenciales, sino que es el resultado del accionar conjunto de los actores sociales en interacción con su medio ambiente, resulta evidente que el nivel de salud de una población sólo puede ser protegido y mejorado mediante la movilización sinérgica de dichos actores hacia ese fin; para esto se requiere de una acción concreta y eficaz de la sociedad en el establecimiento de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación de estrategias y su implantación, con el fin de mejorar la salud.



Para lograr lo anterior se requiere de la estrategia de la Participación Social Inteligente para la no Exclusión, entendida como el proceso mediante el cual el Ministerio dedica esfuerzos concretos, proactivos y sistemáticos para construir una cultura de no exclusión; a fin de que los actores sociales, y en particular las comunidades, incorporen como parte de sus valores, actitudes y prácticas sociales, la no exclusión en la toma de decisiones que tienen influencia directa o indirecta en su bienestar, y exijan vehementemente su derecho a participar.

Esto implica un cambio de paradigma, donde se avance del enfoque tradicional de participación social, por el cual se han dedicado esfuerzos infructuosos dirigidos, sobre

³¹ Castro, A., Caldwell. E.. Modelo organizacional de la Secretaría de Salud de Honduras y marco conceptual y estratégico de soporte. Proyecto PRIESS-BID – N° 1005/SF-HO-Tegucialpa, Honduras, 2003. (Modificado)

todo, a la apertura de espacios de participación limitados, discrecionales y claramente direccionados hacia los intereses de las instituciones que convocan, hacia un enfoque en el que se reconoce que la participación no es una necesidad que puede o no ser satisfecha por el Estado, sino un derecho inherente a las personas y las organizaciones, admitiendo, además, que es función primordial del Ministerio de Salud lograr que ese derecho sea exigido y respetado.

En forma complementaria al posicionamiento del valor de la no exclusión entre la población, el ente rector debe dirigir y conducir a los actores del sistema con el fin de crear las condiciones para que todos los individuos participen en la toma de decisiones en salud relevantes y en la ejecución de actividades para protegerla y mejorarla; y ejerciendo su ciudadanía de manera informada, competente y responsable.

Lo anterior implica el desarrollo de la capacidad, habilidad y oportunidad de los actores sociales, incluidas las comunidades, de participar en los procesos de toma de decisión y ejecución de acciones de manera informada, competente y estratégica.

Papel de la comunidad en el Sistema de Producción Social de la Salud

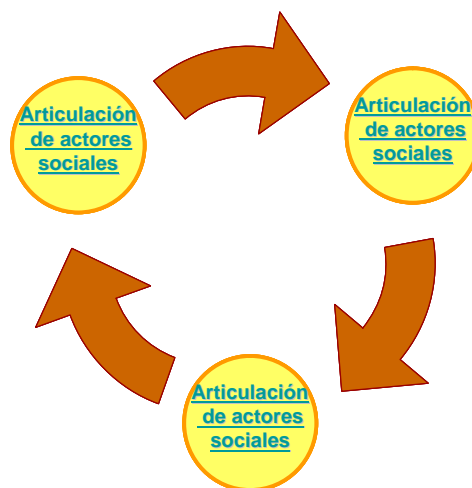
Para que la participación social sea efectiva, es necesario que la comunidad intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas, como una acción colectiva, deliberada, democrática y concertada de los individuos, los grupos sociales y sus organizaciones en:

- La identificación y expresión de sus necesidades, preocupaciones y expectativas.
- La determinación de prioridades.
- El diseño y negociación de estrategias y propuestas de desarrollo.
- La implementación y ejecución de acciones viables en el plano económico y logístico.
- La evaluación de las acciones y control social de las instituciones.

Articulación de actores sociales

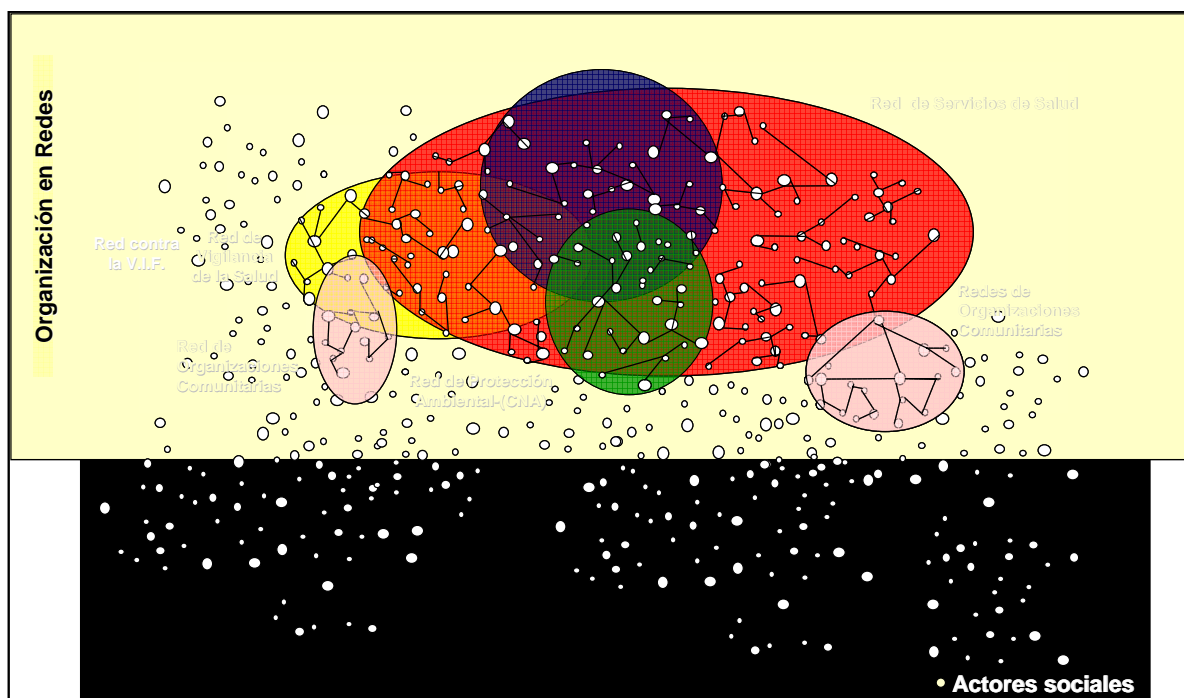
Otra de las estrategias que el *Modelo* incorpora para que el Ministerio de Salud realice la rectoría es la articulación o interrelación coordinada de actores sociales clave con el fin de que actúen en forma sinérgica para lograr cambios favorables en el nivel de salud de la población.

La articulación de actores sociales por lo general incluye: la coordinación de sus acciones, el establecimiento de medios de enlace entre ellos y la búsqueda de recursos compartidos para el logro de objetivos comunes. Los medios de enlace se establecen mediante la conformación de equipos de trabajo, la normalización de procesos o resultados y la creación de patrones de comportamiento comunes así como **con** la construcción compartida de conocimientos y resultados.



Uno de los mecanismos más utilizados para articular actores sociales consiste en la conformación de redes, entendidas como conjuntos de actores vinculados, coordinados y organizados entre sí, que funcionan como una unidad de manera sistemática y permanente, con el fin de complementarse y crear sinergias que incrementen el impacto de las acciones sobre una prioridad en salud específica y para potenciar la participación de la comunidad y de las diferentes entidades en la toma de decisiones que afectan su salud, logrando así objetivos comunes que trascienden cada actor social por separado.

Dependiendo del campo de actuación y del objetivo que se persigue, se pueden constituir redes específicas, como por ejemplo: contra la violencia intrafamiliar, vigilancia de la salud, protección ambiental, consejos locales de seguridad vial (COLOSEVI), comisiones locales de mortalidad infantil (COLAMI), consejos de seguridad alimentaria y nutricional (COSAN), entre otras.



Existen cuatro tipos de redes que, en este momento se consideran estratégicas en el ejercicio de la rectoría:

- *Red de organizaciones comunitarias.* En las diferentes zonas del país, existen grupos de ciudadanos que se han organizado, o desean hacerlo, para el logro de objetivos comunes.

El Ministerio de Salud, en el ejercicio de su función rectora, debe propiciar la organización de estos grupos y articularlos para crear espacios de participación activa, con el fin de aumentar su voz para legitimar sus derechos, identificar sus obligaciones en la construcción de la salud en general y atender de manera conjunta los problemas de salud que los afectan.

- *Red de gestión ambiental.* Esta se conforma con el fin de abordar el tema de la gestión ambiental, entendida esta como el conjunto de operaciones técnicas y actividades gerenciales que tienen como objetivo asegurar que las actividades humanas operen dentro de las regulaciones legales, técnicas y ambientales vigentes, se considera de importancia estratégica debido a que la regulación de las actividades relacionadas con la gestión ambiental se encuentra

disgregada entre varias dependencias gubernamentales. Esta circunstancia hace necesario que se establezcan de forma apropiada los límites, ámbitos de acción e interrelaciones entre las entidades rectoras.

- *Red de seguridad vial:* Sobre la base del perfil epidemiológico de la población y tomando en cuenta que los accidentes de tránsito están entre las primeras causas de enfermedad y muerte en el país, el Ministerio de Salud debe promover el correcto funcionamiento de las comisiones locales, regionales y nacionales de seguridad vial y garantizar que su accionar contribuya a mejorar este problema de salud.
- *Red contra la violencia:* Estas se conforman con el fin de abordar en forma sinérgica, el problema de la violencia en todas sus formas, tanto la intrafamiliar como la extrafamiliar.

5.3. ÁMBITOS EN QUE EL MINISTERIO DE SALUD EJERCE LA RECTORÍA

Es importante reconocer que, así como las funciones de rectoría se ejercen sobre los diferentes actores sociales que participan en la producción social de la salud, también se ejercen en diferentes ámbitos, es decir, en distintos espacios o perímetros de acción, entre ellos:

1. *Actuaciones humanas.* Incluye las conductas, actividades, costumbres o hábitos de las personas, cuya realización o práctica afectan positiva o negativamente la salud propia o de terceros, o bien, el hábitat humano. Como ejemplo de esto se pueden mencionar: los hábitos alimentarios, el tabaquismo, la higiene personal, el consumo de drogas, el manejo de los residuos sólidos, el sedentarismo, las prácticas sexuales riesgosas, la violencia en todas sus formas y el uso del cinturón de seguridad en los medios de transporte.



2. *Determinantes ambientales*: Elementos y recursos, tanto del ambiente en general, como del hábitat humano en específico, que afectan de manera significativa el nivel de salud de la población. Incluye, además de los naturales, los elementos materiales e institucionales que condicionan la existencia de las personas.
3. *Determinantes socioeconómicos*: Variables sociales y económicas en las que se desenvuelve el individuo y que tienen un efecto, positivo o negativo, sobre su salud. Incluye aspectos como organización social, ingreso económico y equidad en su distribución, empleo, participación política, nivel de satisfacción de necesidades básicas, acceso a vivienda, existencia de grupos excluidos, políticas y organización de las instituciones públicas, entre otras.
4. *Productos de interés sanitario*. Artículos, dispositivos, sustancias o elementos naturales o elaborados que, debido a sus características o propiedades, pueden poner en riesgo la salud de las personas como consecuencia de su consumo, uso o exposición.
5. *Servicios y actividades de interés sanitario*. Organizaciones, e infraestructura asociada, que se dedican a proveer servicios de salud, estética y acondicionamiento físico; a producir o manejar alimentos, medicamentos y productos peligrosos; o a realizar eventos masivos. Igualmente, cualquier otra actividad que por su naturaleza implique un riesgo para la salud de la población.
6. *Edificaciones*. Edificios, casas, urbanizaciones y otros bienes inmuebles que sirven a las personas de vivienda; de lugar de trabajo, estudio, reclusión, recreación o embarque; o para la producción y comercio de bienes y servicios. Esta categoría no incluye las edificaciones en donde se desarrollan los servicios y actividades de interés sanitario ya que estos forman parte del ámbito denominado *Servicios y actividades de interés sanitario*.
7. *Recursos humanos*. Conjunto de acciones que realizan las instituciones públicas y privadas para formar recurso humano. Incluye tanto el que participará en la atención directa en salud a las personas y en la protección y mejoramiento del hábitat humano, como cualquier otro recurso humano que, una vez formado, tenga una participación relevante en el proceso de producción social de la salud.

8. *Aseguramiento de la salud.* Conjunto de acciones del Estado destinadas a garantizar el derecho a la salud, incluido el derecho al acceso universal a los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano en condiciones de equidad, oportunidad y calidad.
9. *Financiamiento de la salud:* Incluye todas las actividades o acciones mediante las cuales el Estado, las entidades aseguradoras u otras instituciones públicas o privadas, obtienen, recaudan, administran y asignan los recursos financieros necesarios para producir o adquirir los bienes y servicios de salud que deben entregar a la población nacional o a las personas afiliadas a un determinado sistema de seguro.
10. *Desarrollo científico y tecnológico en salud:* Se refiere al conjunto de actividades, desarrolladas dentro y fuera del país, por diversos actores sociales, con la finalidad de generar conocimiento y tecnologías que puedan utilizarse para promover, restaurar o mantener el nivel de salud de la población.

Hay dos ejes temáticos que, al igual que otros, están contenidos en varios de los ámbitos recién descritos pero que, por haber sido declarados por la presente Administración como de alta prioridad, se describen a continuación. Estos son:

- *Seguridad alimentaria y nutricional:* Se refiere al estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, social y económico a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un nivel de bienestar que coadyude al logro de su desarrollo³². Los pilares básicos de la seguridad alimentaria y nutricional son:
 - *Disponibilidad:* Cantidad y calidad de los alimentos que el ser humano tiene disponibles para su consumo. Se relaciona con aspectos de producción y comercialización de los alimentos.

³² INCAP, II Reunión Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud, Panamá, 2000

- *Acceso*: Denominado también como capacidad adquisitiva, se refiere a la capacidad económica de la población para adquirir los alimentos en la cantidad y calidad necesaria que permitan satisfacer sus necesidades nutricionales.
- *Consumo*: Se refiere a aspectos relacionados con factores socioeconómicos y culturales que determinan la selección o hábito de compra. Está condicionado por los hábitos alimentarios, costumbres, tradiciones alimentarias y estilo de vida, entre otros factores.
- *Utilización biológica de los alimentos*: Se define como la utilización que hace el organismo de los nutrientes ingeridos en los alimentos, la cual depende del alimento mismo (composición química y combinación con otros alimentos), y de la condición de salud de las personas que puede afectar la absorción y la biodisponibilidad de nutrientes de la dieta.

Factores de riesgo de desastre: Son aquellos que determinan la probabilidad de daños a la salud debido a la ocurrencia de eventos naturales o humanos. Usualmente se dividen en factores de amenaza, que se refieren a la probabilidad de ocurrencia de un evento físico, y factores de vulnerabilidad que se refieren a la fragilidad o debilidad de un grupo social que le predispone a sufrir daños y pérdidas ante la ocurrencia de un evento físico, y a encontrar dificultades en recuperarse posteriormente. El riesgo se crea por la interacción de los factores de amenaza con los de vulnerabilidad en un espacio y tiempo particular, por lo que un evento físico no puede causar daño social si no hay elementos de la sociedad expuestos a sus efectos, y por otro lado, la existencia de vulnerabilidad es solamente posible con referencia a la presencia de una amenaza.

5.4. **ESTRATEGIA MAESTRA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Finalmente, el *Modelo* plantea que la Promoción de la Salud trasciende al Ministerio de Salud y abarca al Sistema de Producción Social de la Salud, por lo tanto, debe ser el referente para que todas las entidades que lo conforman orienten sus acciones hacia la protección de la salud, a la transferencia de habilidades y conocimientos a las personas y a propiciar las condiciones para que estas produzcan, de manera conciente e informada, modificaciones favorables de su entorno ambiental, económico y social. Por esto, la estrategia maestra del Ministerio de Salud como ente rector es lograr el paso del enfoque de la curación de las personas al de la promoción de la salud, es decir “*avanzar de la curación de la enfermedad hacia lo promoción de la salud*”, e implica que el ejercicio de cada una de las funciones rectoras trascienda la visión de curar la enfermedad y atacar factores de riesgo hacia el logro de las condiciones para que la salud de la población se proteja y mejore con equidad.



6. MARCO ESTRATÉGICO DEL MINISTERIO DE SALUD

Sobre la base del *Modelo Conceptual y Estratégico de la Producción Social de la Salud* expuesto, el Ministerio de Salud definió su marco estratégico como se describe a continuación.

6.1. MISIÓN

Garantizar la protección y el mejoramiento del nivel de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

6.2. VISIÓN

Seremos una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutive, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios (as) debidamente calificados, apropiados de su papel y proactivos.

Por nuestro estilo de liderazgo, nuestra capacidad técnica y el mejoramiento logrado en el nivel de salud de la población, seremos una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional, la población nos percibirá como garantes de su salud y los actores sociales sujetos y clientes directos de la rectoría nos sentirán como sus aliados.

6.3. ESTRATEGIA MAESTRA

Avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como valor social y dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de los determinantes de la salud, basados en evidencia y con equidad.

6.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de otros determinantes positivos de la salud.
2. Dirigir y conducir a los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante del nivel de salud de la población con equidad.
3. Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión.

6.5. VALORES INSTITUCIONALES

1. Salud como cultura de vida y de trabajo

La salud es parte integral de nuestra cultura de vida y de trabajo; una vocación que se traduce en una visión colectiva que abarca los niveles personal, familiar y social, donde se reconoce que es por medio de hábitos y prácticas saludables que se puede alcanzar el desarrollo personal, abarcando integralmente las dimensiones socioeconómica, ecológica, biológica.

2. Liderazgo

Logramos conquistar la voluntad de los actores sociales a los que dirigimos y conducimos para el logro de objetivos comunes, mediante la concertación, la participación y el convencimiento, impulsando las decisiones y las acciones de todos los involucrados, en procura de la protección y mejoramiento del nivel de salud de la población nacional.

3. Compromiso

Empleamos todas nuestras capacidades y energías para ejecutar las acciones requeridas para cumplir con todo aquello que se nos ha encomendado y en lo que hemos empeñado nuestra palabra, buscando

siempre resultados superiores a los esperados y asumiendo con responsabilidad las consecuencias de nuestros actos y decisiones.

4. Efectividad

Desarrollamos las actividades cotidianas enfocándonos en el logro de los objetivos de salud definidos a nivel nacional e institucional. Nos responsabilizamos por la calidad e impacto de nuestro trabajo y por el uso eficiente de los recursos. Estimulamos la creatividad, la innovación la mejora continua y la orientación a los resultados, como medio para superar día con día la productividad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, Rodrigo. Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Heredia, Editorial Fundación UNA, 1998.
2. American Academy of Family Physicians. Patient education, 2000 (<http://www.aafp.org/x16540.xml>)
3. Andersen Consulting. El futuro de la sanidad en Europa: Informe de resultados para España. Madrid: , 1993. 116 p.
4. Arrieta Q. Liliana. Informe Consultoría Marco Legal del Ministerio de Salud, 2006.
5. Ashton, John, Seymor, Howard. La Nueva Salud Pública: la experiencia de Liverpool. Barcelona: Masson, 1990. 210 p.
6. Asociación Canadiense de Salud Pública. Enfocando la salud: La salud pública en la reestructuración de la salud. Ottawa, 1996. 27 p.
7. Bergonzoli, G. "Evolución epistemológica de la salud." En: Bergonzoli, G.y D. Victoria (eds.). Rectoría y vigilancia de la salud. San José, OPS/OMS, 1994.
8. Blum, HL. Planning of Health. Berkeley: University of California, 1971
9. Caldwell E. Control Gerencial y Toma de Decisiones: Material de Curso. Maestría en Ingeniería Industrial, UCR, San José, Costa Rica.2005.
- 10.Caldwell E. Mercadotecnia de Productos y Servicios Sociales. Editorial UCR, San José, Costa Rica. 2005.
- 11.Cañón, Leonardo. La práctica de la rectoría de los ministerios de salud en los países del Área Andina. Santafé, Bogotá: OPS/OMS/HSO/HSP(17), 1999.
- 12.Castellanos, Pedro Luis. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud, según Condición de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. OPS/OMS, 1991, pág. 16-19.
- 13.Castellanos, Pedro Luis. Sobre el concepto de salud y enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Bol. Epidemiológico. OPS.1990; Vol.
- 14.Castillo Martínez, Alcira; et. al. *Módulo dos: la participación social un derecho en salud*. Curso especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. UCR, CENDEISSS, 2003.

15. Castro Arias, Armando, MSc., Dra. Rossana García González, MSc., Ing. Eldon Caldwell Marín, MBA, MSc., Lic. Randall Hidalgo Solano, MBA., Dr. Allan Astorga Gatgens, Phd., Dr. Fernando Marín Rojas, Diseño organizacional de las Direcciones Regionales Departamentales donde el PRIESS posee intervenciones. Proyecto PRIESS-BID – N° 1005/SF-HO-Tegucigalpa, Honduras 2005.
16. Castro Valverde, Carlos y Sáenz, Luis B. La reforma del sistema nacional de salud. Costa Rica: Mideplan, 1998. 108 p.
17. Castro, A., Caldwell. E. Investigación de las condiciones de apropiación y entendimiento del ejercicio de la función rectora del Ministerio de Salud de Costa Rica para la aplicación de un tablero estratégico de control integral, Tesis para optar a la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible, UNED, 2006.
18. Castro, A., Caldwell. E.. Modelo organizacional de la Secretaría de Salud de Honduras y marco conceptual y estratégico de soporte. Proyecto PRIESS-BID – N° 1005/SF-HO-Tegucigalpa, Honduras, 2003.
19. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo y Organización Panamericana de la Salud. Descentralización de los servicios de salud, como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud. Caracas, 1991 (Ponencias y comunicaciones del Seminario – Taller Regional, sobre el tema realizado en Quito, en 1990).
20. Colombia. Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo. La seguridad social en Colombia: Ley N° 100. Colombia: Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo. 1993. 132 p.
21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los sistemas informales de seguridad social: experiencias en México y el Istmo Centroamericano. México: CEPAL, 1997.
22. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y Ministerio de Salud. Plan Nacional de Reforma del sector salud: lineamientos fundamentales. San José, Costa Rica: Presidencia de la República, Programa reforma del Estado. 1993. 60 p.
23. Deming, W. E. Out of Crisis, Prod. Press, NY, 1984.
24. Descentralización de los servicios de salud, como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud. Caracas, 1991. Ponencias y comunicaciones del Seminario - Taller Regional. Quito: 28 de mayo a 1 de junio, 1990.
25. Díaz Muñoz, Ana R. et al. Sistemas de salud en proceso de reforma. Buenos Aires: OPS/OMS, 1994.
26. Entralgo P.L. Historia de la medicina. Salvat Editores. Barcelona, 1978.

27. Escuela Superior de Administración y Dirección de empresas. Sanidad, la reforma posible. Navarra: Merck Sharp & Dohme de España, 1997. 153 p.
28. Ferreiro, Alejandro, et al. El papel de las superintendencias en la regulación de seguros de salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia. Chile: OPS/OMS, 2000.
29. García González, Rossana. El proceso de desconcentración en el Ministerio de Salud de Costa Rica: el caso de la Sub-región Central Norte. Tesis para optar por el título de Máster en Administración Pública con énfasis en Administración de Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública, San José, 1990
30. González, Carlos, Álvarez, Antón. Políticas de empleo y empleo público. Departamento de Derecho Administrativo Universidad de León
31. Guendel, Ludwig. Comp. Costa Rica y las políticas de salud en el umbral de la reforma. San José, Costa Rica: Unicef, Ministerio de Salud, 1997. 250 p. Serie de Políticas Sociales N° 1.
32. Hafez, Nihal. Revisión compartida internacional de los regulatorios en el cuidado de la salud. tr. Del inglés por Rossany Auceda. En: Reporte Técnico. N.11. Honduras: PHR/USAID, 1999.
33. Honduras. Código Sanitario de Honduras, Tegucigalpa 1999 – 2003.
34. Honduras. La Constitución de la República de Honduras. Decreto No. 131 del 11 de enero de 1982. ENAG. Tegucigalpa, 2003.
35. Kliksberg, Bernardo. Repensando el estado para el desarrollo social: Más allá de Dogmas y convencionalismos. Reunión Mundial de expertos. New York: Naciones Unidas, División de gobernabilidad, administración pública y finanzas, 27 de mayo al 3 de junio 1997.
36. La reforma del sector salud en las Américas. En: Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 120 (2): 162-168. 1996.
37. Lalonde, Marc. “El concepto de Campo de la Salud. Una perspectiva canadiense”. En: OPS. Promoción de la Salud: Una Antología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 557. Washington, 1996,
38. Lalonde, Marc. A new perspectiva on the health of Canadians, a working document. Canada: Government of Canada, Ministry of National Health and Welfare, 1974
39. Manganelli & Klein. Manual de reingeniería de procesos: Método de los 4 pasos.. Editorial Norma, 1994.

40. Mansilla Izquierdo, P. Reforma sanitaria: Fundamentos para un análisis. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, Documentación y Biblioteca, 1986. 215 p.
41. Martínez Meckler, Gustavo. Una aproximación a los sistemas complejos. [Http://www.ejournal.unam.mx/ciencias/no59/CNS05901.pdf](http://www.ejournal.unam.mx/ciencias/no59/CNS05901.pdf)
42. Ministerio de Salud de Costa Rica. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud. Presentada a MIDEPLAN y aprobada en nota D.M: 113-98. San José, Costa Rica 1998.
43. Moriello, Sergio A. . Sistemas complejos, caos y vida artificial. <http://www.redcientifica.com/>.
44. Muñoz F, et. al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. OPS/OMS.Rev. Panam. Salud Pública 8(1/2), 2000.
45. Navarro Fallas, Román. Desconcentración administrativa y personalidad jurídica instrumental. La reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, 2001
46. OPS, OMS La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector. 17-20 de marzo, Valdivia, Chile: 1997. Informe final. Washington:, Serie: Organización y gestión de sistemas y servicios de salud.
47. OPS, OMS Los procesos de reforma del sector salud y el desarrollo y gestión de recursos humanos en la región de las Américas. s.l., s.f.
48. OPS, OMS. Consideraciones sobre la rectoría de los ministerios de salud en Centroamérica y República Dominicana. Diciembre, 1998., Serie 4: Organización y gestión de sistemas y servicios de salud.
49. OPS, OMS. Desarrollo de la capacidad de conducción Sectorial en Salud. Serie: Organización y gestión de sistemas y servicios de salud, Julio 1998.
50. OPS, OMS. El nuevo papel de las regulaciones gubernamentales en salud a cargo de los ministerios de salud. Serie 7: Organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Julio, 1998. Washington:.,
51. OPS, OMS. La cuestión del aseguramiento y el nuevo papel de los ministerios de salud en el contexto de la reforma. Serie 8: Organización y gestión de sistemas y servicios de salud, 23-24 de abril, Guatemala: 1998.
52. OPS, OMS. Memorias. 21-24 octubre, New Orleans, 1991. Sobre la teoría y práctica de la salud Pública: Un debate, múltiples perspectivas.

- Washington: OPS/OMS, 1993. 227p. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 98.
53. OPS, OMS. Reunión subregional sobre rectoría sectorial y liderazgo de los ministerios de salud. 23-24 de abril, Guatemala: 1998. Informe final. OPS/OMS, Serie 9: Organización y gestión de sistemas y servicios de salud.
54. Organización Mundial de la Salud. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Washington: OPS, 1992. 280 p. Publicación científica, N° 540.
55. Organización Mundial de la Salud. Descentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Ginebra: OMS, 1990.
56. Organización Mundial de la Salud. Descentralización de los sistemas de salud: Conceptos y experiencias nacionales. Editado por Anne Mills et al. Ginebra, 1990.
57. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción, Ginebra, 1995.
58. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud: fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Ginebra, 2004. www.who.int/rpc/wr2004.
59. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: temas de discusión. Washington, OPS/OMS, 1993. 156 p. Serie SS/SILOS-17.
60. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS/OMS, 1996. 404 p. Publicación Científica N° 557.
61. Organización Panamericana de la Salud. XL Reunión. Washington: OPS, 1997. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. CD40/13. Washington: OPS, 23 Julio 1997.
62. Organización Panamericana de la Salud. “La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial” [español e inglés], Washington, D.C., 1997.
63. Organización Panamericana de la salud. Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud: una propuesta operacional. 6. Washington: OPS/OMS/HSO/HSP, 1998.

64. Organización Panamericana de la Salud. La rectoría de los ministerios de salud en la reforma de sector. 40 a. Reunión del Consejo Directivo. Documento CD 40/13. Washington, DC, OPS, 1997.
65. Organización Panamericana de la Salud. La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C., 2002.
66. Organización Panamericana de la salud. Macrocondicionantes externos al ejercicio de la rectoría sectorial de salud: Hacia el fortalecimiento de la rectoría de los ministerios de salud. Documento Preliminar(5). Guatemala, 23-24 abril. Bogotá, Colombia: OPS/OMS/HSO/HSP, 1998.
67. Organización Panamericana de la Salud. Reunión del sector salud de Centroamérica y República Dominicana. XIV. Washington: OPS, 1998. Informe de la reunión subregional y consideraciones sobre rectoría sectorial y liderazgo de los ministerios de salud. Guatemala: 6 y 7 agosto, 1998.
68. Organización Panamericana de la Salud. Reunión del sector salud de Centroamérica y la República Dominicana. XVIII. Costa Rica: OPS/OMS, 2002. Informe a la Pre XVIII reunión del sector salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD). Costa Rica: 27y 28 de Agosto, 2002.
69. Organización Panamericana de la Salud. XXXIX Reunión. Washington: OPS, 1996. Progreso de las actividades de reforma del sector salud. CD39/13. Washington OPS, 9 setiembre 1996.
70. Oyarzo, César et al. Desarrollo de la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria en materia de financiamiento sectorial. Borrador Final. OPS/OMS, 2000.
71. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica El desarrollo humano sostenible frente a la globalización. San José, Costa Rica: Asesorías Organizacionales, 1998. 220 p.
72. Ramírez, Julio Sergio, Ph. D.: Nota técnica: La Red de Eslabonamiento Estratégico, Primera Parte: La Matriz de Relaciones y los Actores Claves. Instituto Centroamericano de Administración de Empresas, INCAE, 1987. Costa Rica.
73. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española, 22a edición, 2001
74. Resenberg, Hernán et al. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Washington: OPS/OMS, 1999.

75. Separata. Formulación del marco conceptual y estratégico para el ejercicio del Rol Rector y Regulador de la Secretaría de Salud de Honduras. Proyecto PRIESS, 2000.
76. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores, 1993. 233 p.
77. Sojo, Ana. Reformas de gestión en la salud pública en Chile. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 1996. Serie Políticas Sociales N°13.
78. Steudel, H. Gestión y mejora de procesos., 1996.
79. Susser M. Conceptos y estrategias en epidemiología: El pensamiento causal en las ciencias de la salud. Biblioteca de la Salud. Secretaría de Salud. Fondo de Cultura Económica. México, 1991.
80. Terris M. Epidemiology and Leadership in Public Health in the Americas. J Public Health Policy. 1988; 9:250-60.
81. Varonelli, Juan Carlos. Ministerio y sistemas de servicios de salud en América Latina. En: Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 100 (1): 1-28. 1996.
82. Villalobos, Luis B. Salud y sociedad: un enfoque para Centroamérica. San José, Costa Rica, ICAP, 1989. 194 p.
83. Zainduz, Osasuna. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca. País Vasco: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco, 1993. Servicio Vasco de Salud, Departamento de Sanidad. Estrategias de Cambios.