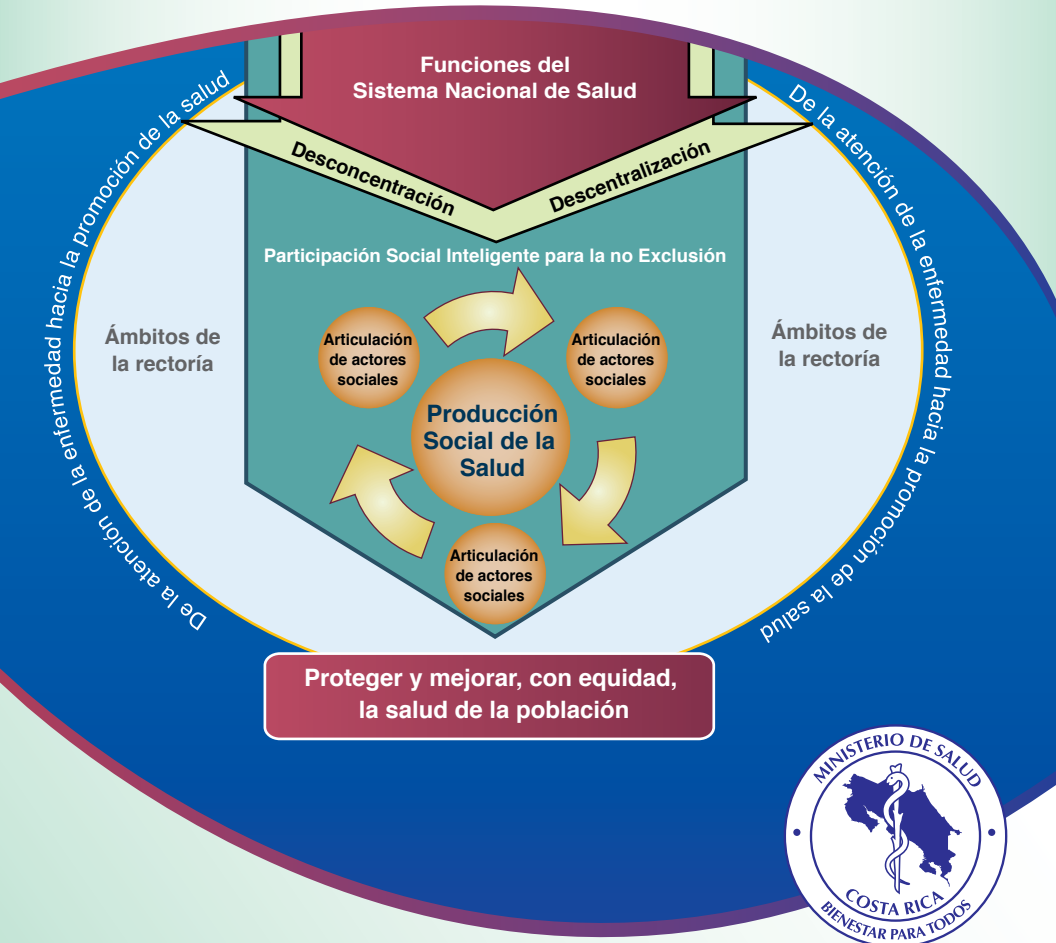


**Ministerio de Salud de
Costa Rica**

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

**Marco Estratégico
del Ministerio de Salud**



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

Marco Estratégico del Ministerio de Salud

3a. edición

Ajustado por:
Dra. Rossana García González, MSc.

San José, Costa Rica
20 de julio, 2011

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

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág
Introducción	1
Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud	3
1. Bases conceptuales	4
1.1 Salud y enfermedad	4
1.2 Evolución del concepto Salud	5
1.3 Promoción de la salud	11
1.4 Enfoque basado en Derechos Humanos	15
1.5 Servicios de Salud	18
1.6 Sector Salud	18
1.7 Sistema Nacional de Salud	19
1.8 Sistema de Producción Social de la Salud	20
2. Modelo conceptual y estratégico	22
2.1 Misión del Sistema Nacional de Salud	23
2.2 Funciones generales del Sistema Nacional de Salud	23
2.2.1 Rectoría de la producción social de la salud	24
2.2.2 Aseguramiento de los servicios de salud de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano	28

2.2.3. Financiamiento de los servicios de salud	30
2.2.4 Provisión de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano	30
2.3 Funciones sustantivas para el ejercicio de la rectoría	31
3. Estrategias para operativizar la Rectoría de la Producción Social de la Salud	35
3.1 Desconcentración y descentralización	35
3.1.1 Desconcentración	35
3.1.2 Descentralización	37
3.2 Participación social inteligente para la no exclusión	37
3.3 Ámbitos en que el Ministerio de Salud ejerce la rectoría	43
3.4 Estrategia maestra del Sistema Nacional de Salud	47
4. Marco estratégico del Ministerio de Salud	48
4.1 Misión	48
4.2 Visión	49
4.3 Estrategia maestra	49
4.4 Objetivos Estratégicos	49
4.5 Valores institucionales	50
5. Bibliografía	51
Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud	61

Evolución del Sistema de Salud de Costa Rica:

Del Sector Salud al Sistema de Producción Social de la Salud	113
1. Principales indicadores demográficos, socio-económicos y de salud.	114
1.1 Principales indicadores demográficos	114
1.2 Principales indicadores socio-económicos	116
1.3 Principales indicadores de salud	117
2. Sistema Nacional de Producción Social de la Salud	119
3. Sector Salud y Sistema Nacional de Salud de Costa Rica	122
3.1 Conformación del Sector Salud	122
3.2 Reforma del Sector Salud	123
4. Organización del Sistema Nacional de Salud (SNS)	131
4.1 Integración del SNS	131
4.2 Proveedores de servicios de salud que conforman al SNS	132
4.3 Propósito del SNS	134
4.4 Estrategias del Sistema Nacional de Salud	134
4.5 Funciones generales del Sistema Nacional de Salud	135
5. Sistema de Seguridad Nacional	137
5.1 Antecedentes legales	137
5.2 Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social	139
5.3 Seguros Sociales Obligatorios de la CCSS	140
5.4 Tipos de Asegurados	140
5.5 Cobertura del Seguro de Salud de la CCSS	142
5.6 Financiamiento	142
6. De la universalización del Seguro Social de la CCSS a la universalización de la cobertura de servicios de salud	144
7. Conclusiones	145

1. INTRODUCCIÓN

El **Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y el Marco Estratégico del Ministerio de Salud de Costa Rica** que se presenta, expone los principales conceptos y estrategias que, con base en el marco legal vigente, 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 operativizadas en el marco de la Reforma del Sector Salud y, concretamente, en el del fortalecimiento del Ministerio de Salud como rector y garante de la salud de la población, 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, de los integrantes del Consejo Sectorial de Salud, del equipo de consultores de la Organización Panamericana de la Salud, a autoridades académicas de la Universidad de Costa Rica, del Ministro de Planificación, de la Contralora General de la República y de 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

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.

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 cómo estos componentes se interrelacionan entre sí.

Como se anotó en la primera edición de este documento en el año 2006, no se pretendió que esa presentación fuera un producto acabado sino que, por el contrario, se previó que -como resultado de un proceso técnico basado en evidencia- el *Modelo* estaría sujeto al mejoramiento continuo y a la incorporación de avances, fruto de la experiencia que, sobre esa base, desarrollara el Ministerio de Salud de Costa Rica en los siguientes años, al implementar las funciones y estrategias propuestas en este *Modelo Conceptual y Estratégico*, así como de la investigación en el campo de la salud pública y del aporte de autoridades e instancias técnicas sanitarias internacionales.

Producto de lo anterior, en el año 2008, junto con la oficialización del nuevo *Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud* que se incorpora a esta edición, conjuntamente con el Dr. Pedro González Morera² y el Ing. Luis Armando Castro Arias³, presentamos la 3a. edición ajustada de este Modelo y, ahora, con la introducción de algunos elementos más desarrollados y con el soporte del informe de la *Comisión de Determinantes de la Salud de la Organización Mundial de la Salud* y del Modelo.

Este documento integra tres apartados: el primero contiene la 3a. edición ajustada del *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud* (última versión a julio del 2011), el segundo es el *Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud de Costa Rica* vigente desde el mes de junio del 2008 y el tercero presenta la *Evolución del Sistema de Salud de Costa Rica: Del Sector Salud al Sistema de Producción Social de la Salud*.

Dra. Rossana García González⁴

² Dr. Pedro González Morera, Dr. en Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica, MSc. en Gerencia de la Salud del Instituto Centroamericano de Administración Pública.

³ Ing. Luis Armando Castro Arias, Ing. Industrial, MSc. en Administración de Servicios de Salud con énfasis en Políticas de Salud de la Universidad Estatal a Distancia. Catedrático de la Universidad de Costa Rica.

⁴ Dra. Rossana García González

APARTADO 1

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

1. BASES CONCEPTUALES

1.1. Salud y enfermedad

En el año 1946, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definieron la salud, como el “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

La definición de salud aportada por la OMS es una de las pocas definiciones en que se expresa “lo que es” y “lo que no es”, es decir, que la salud ES un “completo estado de bienestar físico, mental y social” y NO ES “solamente la ausencia de enfermedad” (física).

O sea, la enfermedad (física) se circunscribe al “proceso que afecta la unidad fisiológica del organismo, en el todo o en algunas de sus partes, y traduce la respuesta reaccional del individuo ante una causa o agente morboso determinado”⁵, mientras que la salud es mucho más que la mera ausencia de esa manifestación o respuesta del organismo ya que es, como lo plantea la definición, un “estado de bienestar”.

Por otro lado, la *Real Academia Española* define “bienestar” como “el conjunto de las cosas necesarias para vivir bien”, de ahí que, como se dijo, la salud es mucho más que la mera ausencia de la afectación del organismo humano (en el todo o en sus partes) pues, para “vivir bien”, hay que contar con ese “conjunto de cosas”, que en adelante denominaremos “determinantes de la salud”, para que las personas, individual y colectivamente, puedan alcanzar ese “estado de bienestar físico, mental y social” al que se refiere la definición de salud.

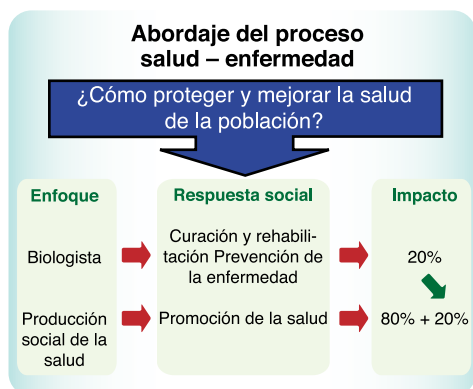
Desde la perspectiva descrita se podría concluir entonces que “**salud**” es prácticamente un sinónimo de “**bienestar**” y no, un antónimo de enfermedad (física), que es como frecuentemente se ha interpretado, tanto por parte de la población, como de los profesionales de la salud y de las instituciones del Estado responsables de tutelar este derecho humano.

5

1.2. Evolución del concepto de salud

Históricamente, la forma cómo una sociedad aborda la salud de sus miembros está íntimamente ligada con la manera en la cual conceptualiza la salud y la enfermedad, lo que condiciona, finalmente, el tipo de respuesta que esa sociedad le dé al abordaje y atención de las necesidades de salud y de los problemas de enfermedad que se presenten, tanto individuales como colectivos.

A principios del siglo XX, acorde con el concepto biologista predominante del proceso salud-enfermedad se puede decir que, en términos generales, la sociedad en general y las autoridades de las instituciones de salud en particular, partían de la premisa de que, para proteger y



mejorar la salud de la población, debían desarrollarse programas de atención dirigidos a curar a las personas enfermas, razón por la cual el campo de la salud estuvo (y sigue estando en la mayoría de los casos) en manos de profesionales especialistas en la atención de las enfermedades (médicos, enfermeros,

odontólogos, microbiólogos, farmacéuticos, entre otros).

De lo anterior se desprende que la hipótesis que implícitamente prevalecía era que: **“cuantas más personas enfermas se curen, más sana estará la población”**.

Como consecuencia del desarrollo de las ciencias de la salud y de los cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones, estos conceptos evolucionaron y, a partir de los años cuarenta del Siglo XX surgieron nuevos enfoques los cuales planteaban que la aparición de la enfermedad ocurría cuando una serie de factores nosológicos⁶ actuaban

⁶ **Nosología:** Ciencia que —formando parte del cuerpo de conocimientos de la medicina— tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes.

sobre el organismo humano 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 y ambientales.

Debido a esto, con más fuerza a partir de la segunda mitad del siglo pasado, se reconoció que existen grupos de la población que están expuestos a ciertos riesgos de enfermar y morir y que, por lo tanto, es posible, mediante algunas intervenciones, prevenir que esas personas y grupos de la población se enfermen. De esta manera, en las instituciones de salud, principalmente en los ministerios, se comenzaron a organizar y ejecutar programas de salud preventivos, como complemento de los programas asistenciales o curativos que ya se ejecutaban, pero siempre desde la óptica de la enfermedad (física), es decir, identificando e implementando acciones dirigidas a prevenir la ocurrencia de las enfermedades (físicas).

Producción social de la salud

Posteriormente, y de manera “más consciente” y explícita, en nuestro país, se empezó a reconocer el hecho de que los indicadores de morbilidad y mortalidad (denominados paradójicamente a nivel internacional como “indicadores de salud”) no dependen exclusivamente de lo que hacen (o no hacen) las instituciones tradicionalmente vinculadas a la salud, sino que éstos son más bien el resultado del desarrollo armónico (o des-armónico) de la sociedad en su conjunto.

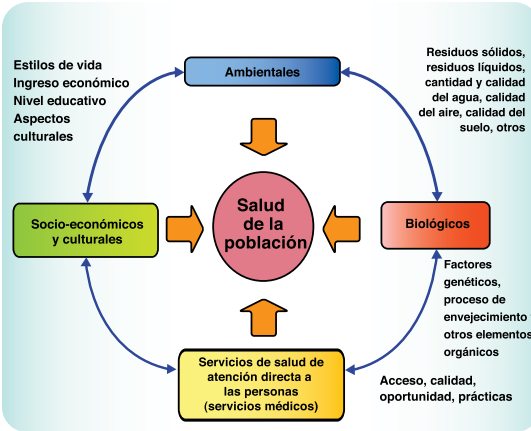


**Producción
Social de la
Salud**

Algunos años después, en distintas latitudes, fue tomando fuerza el reconocimiento de que la salud de la población es un producto de la dinámica social, o sea, del “conjunto de cosas” que requiere la población para “estar bien”, y fue entonces cuando se acuñó el concepto de ***producción social de la salud***, el cual se define como el “proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de éstos con su entorno, genera como resultado la salud que caracteriza a una población”, entendiendo por “actor social” a todo

individuo, colectividad u organización cuyo accionar tenga un efecto significativo sobre ese proceso de producción de la salud, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas en cualquier ámbito.

Los actores sociales pueden agruparse en categorías, no excluyentes entre sí, de la siguiente manera:



- 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, incluidas las vinculadas a la generación de políticas públicas (implícitas o explícitas).

Un modelo explicativo de la forma cómo se produce la salud en una población fue desarrollado desde 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 la salud (ó la enfermedad según sean) pueden ser agrupados en cuatro categorías.^{7,8,9}

- **Determinantes biológicos**, que se refieren a todos aquellos elementos, tanto físicos como mentales, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología

⁷ Lalonde, Marc. A new perspectiva on the health of Canadians, a working document. Canada: Government of Canada, Ministry of Nacional Health and Welfare, 1974

⁸ Blum, HL. Planning of Health. Berkeley: University of California, 1971

⁹ 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.

básica y de aspectos orgánicos del individuo, por ejemplo: la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo.

- **Determinantes ambientales**, son aquellos aspectos relacionados con el ambiente en general y con el hábitat humano en específico, que influyen o tienen impacto en la salud de las personas (o en la enfermedad), entendiendo por hábitat humano 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 este tipo de determinantes se pueden citar: la calidad del agua, el aire y el suelo, los eventos naturales, la interrelación con el hábitat de otras especies, las condiciones laborales, las condiciones de la vivienda, las condiciones de saneamiento básico (disposición de las aguas residuales y de los residuos sólidos), el clima, la urbanización, entre otros.
- **Determinantes socioeconómicos y culturales**, se refieren a aquellas variables sociales y económicas en las que se desenvuelve el individuo y que tienen un efecto sobre su salud o su enfermedad. Incluye, entre otros: el estilo de vida, las decisiones individuales, los hábitos alimentarios, los niveles socialmente tolerados de castigo físico, los tipos de familia, las prácticas religiosas, las vivencias y prácticas de la sexualidad, la recreación, la organización social y la existencia de redes de apoyo, el ingreso económico y la equidad en su distribución, el nivel educativo, el empleo, la participación política, la razón de dependencia, el nivel de satisfacción de necesidades básicas, el acceso a vivienda, la existencia de grupos excluidos, las políticas públicas y la organización de las instituciones gubernamentales, las condiciones de infraestructura, y otras.
- **Determinantes relacionados con servicios de salud**, se refiere a aspectos relacionados con el acceso, cobertura, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con los usuarios, disponibilidad de recursos y organización de los

servicios de salud de atención directa a las personas, conocidos también como servicios médicos.

En este mismo orden de pensamiento, en el mes de agosto del año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un documento denominado: **“Informe Final de la Comisión de Determinantes de la Salud”** en el que se afirma que:

“Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre. Cada vez hay una mayor convergencia entre los países pobres y los ricos con respecto al tipo de problemas de salud que hay que resolver. El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad de la salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad.”

Debido a lo expuesto, podríamos decir que la atención de la “salud” debe realizarse propiciando el desarrollo de los factores protectores o generadores del bienestar, mientras que la atención de los “problemas de salud” (o sea, la enfermedad) debe orientarse hacia la eliminación o disminución de los factores de riesgo, incluyendo el fortalecimiento de la provisión de los servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación y estableciendo además, con claridad, las competencias y responsabilidades de los distintos actores de la sociedad.

Como apoyo a lo anterior, se sabe que los mejores indicadores de salud que muestran los países desarrollados en comparación con los que están en vías de desarrollo no se debe mayormente a un gasto per cápita más alto en servicios de salud (o servicios médicos), ni a la inversión en tecnologías de avanzada dedicadas al diagnóstico y tratamiento de las personas enfermas; más bien se explican por la presencia de factores nutricionales, ambientales, económicos y culturales más favorables para el ser humano. Tal es el caso que algunos estudios han revelado que, en la variación del perfil de salud

de una población, la carga atribuible que tienen los servicios de salud de atención directa a las personas (servicios médicos) no sobrepasa, en general, el 20%, mientras que, aproximadamente el 80% restante es atribuible a la modificación de factores que están fuera de estos servicios, es decir, por la modificación en factores ambientales, socio-económicos y culturales. No obstante, debe reconocerse la gran importancia que, para disminuir la mortalidad¹⁰ tiene la atención curativa pero, es igualmente importante reconocer que este tipo de servicios tiene poco impacto en la morbilidad¹¹.

Para la Organización Mundial de la Salud, se entiende por determinantes sociales de la salud las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.”¹²

Ante estas afirmaciones basadas en evidencias generadas desde hace varias décadas, resulta paradójico el hecho de que la gran mayoría de los esfuerzos y recursos estatales destinados a proteger y mejorar la salud de la población se continúen invirtiendo en la atención médica, principalmente en aquella dirigida a la atención individual; y el enfoque predominante continúe siendo el de modificar los factores que elevan el riesgo de enfermar o morir, dejando de lado, en muchos casos, las acciones para propiciar el desarrollo de los factores protectores de la salud de la población¹³.

Sin embargo; quizá una de las conclusiones más optimistas a las que se puede llegar es que, si bien es cierto, la salud de la población está determinada por condiciones de diversa índole (biológicos, socio-económicos, ambientales y de servicios de salud), también lo es el

¹⁰ Mortalidad: Número proporcional de personas que fallecen en población y tiempo determinado.

¹¹ Morbilidad: Número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinado.

¹² OMS. Conceptos clave Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, agosto del 2008.

¹³ Op. Cit. Berrgonzolli (modificado)

hecho de que ésta también está determinada por la respuesta y organización social que se genere para abordarla ya que, como dicho, la salud es el resultado de un proceso social que, como tal, es sujeto de intervención lo que significa que el Sector Salud, y principalmente los Ministerios de Salud, no deben quedarse esperando pasivamente a las personas que, a consecuencia de ese proceso, enferman o mueren sino que, por el contrario, están llamadas a intervenir activamente en ese proceso social, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría, ejerciendo el liderazgo en otros sectores de la sociedad, para que las políticas, programas y, por ende, los recursos y esfuerzos que en general se inviertan en los diversos sectores de la sociedad, incluido el Sector Salud, sean favorables para la salud, o sea, para el bienestar de la población.

1.3. Promoción de la salud

Sobre la base de esta evolución conceptual del proceso de salud / enfermedad, en las instituciones de salud de diferentes países, Costa Rica entre ellos, se empezó a tomar conciencia en que, además de realizar acciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo, se debía apoyar a las personas para que contaran con la capacidad de tomar decisiones y adoptar prácticas saludables con el propósito de que, a nivel individual y colectivo, participaran activamente en el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Fue entonces cuando, en prácticamente todos los países de la región, las 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 de la salud ya que, si bien es cierto, la incorporación de acciones en las instituciones del Sector Salud cuyo objetivo, como dicho, es apropiar a las personas para que cuiden su salud mediante el fortalecimiento de sus capacidades, es indispensable, para promocionar la salud que, además de ello, las instituciones del Estado (no sólo las del Sector Salud), conjuntamente con los otros actores sociales del sector

privado (lucrativo y no lucrativo) proporcionen las condiciones y requisitos para la salud, o sea, para el bienestar.

En la *Carta de Ottawa*, suscrita también por nuestro país en 1986, se acordó que la promoción de la salud debía ser una estrategia orientada a **“proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”**¹⁴. En el mismo documento se afirma que la promoción de la salud **“trasciende la idea de formas de vida sana para incluir las condiciones y requisitos para la salud que son: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad”**¹⁵.

Como puede notarse, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y las acciones orientadas a mejorar la cobertura y la calidad (incluida la oportunidad) de los servicios de salud (o de atención médica), sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en que viven las personas, con el fin de mitigar su impacto negativo en la salud colectiva e individual¹⁶ y potencializar las condiciones favorables al bienestar de la población.

Expresado de otra manera, promover la salud implica garantizar que se den los prerrequisitos para ésta (que son los mismos requisitos del bienestar) y, además, proporcionar a las personas el conocimiento y los medios para ejercer un mayor control sobre la misma¹⁷. Es, sobre esta base, y partiendo de que la misión del Ministerio de Salud consiste en garantizar la salud de la población, que se reconoce que es responsabilidad directa e indelegable del Ministerio de Salud, actuar como mediador a favor de la salud entre los intereses antagónicos que se puedan presentar en la sociedad.

¹⁴ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Ginebra, 1986

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Basado en: OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra, 1998

¹⁷ Carta de Ottawa, Op. Cit.

La Organización Mundial de la Salud señala que: “Cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis)” y que, “aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria”¹⁸.

Esto implica que, la promoción de la salud, es una estrategia que trasciende el quehacer del 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”, 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 colectivo¹⁹. No cabe duda entonces de que las instituciones del Estado²⁰ deben realizar sus funciones, en concordancia con este enfoque, para contribuir al logro de una mejor salud y de desarrollo humano posible y, por ende, al logro del bienestar de la población.

Para lograr sus fines, la estrategia de promoción de la salud utiliza tres medios básicos:

1. **La 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

¹⁸ OMS. Informe Final Comisión de Determinantes de la Salud, agosto del 2008.

¹⁹ Bergonzoli. Op. cit. (modificado)

²⁰ Conjunto de los órganos de gobierno de un país soberano. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española, 22a edición, 2001

una superior a la presente”²¹. 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 comunidad²², sino también la de las entidades, públicas y privadas, que impactan directa o indirectamente la salud de la población.

2. **La 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, cultural, ambiental, biológico y de servicios de salud para un determinado objetivo que contribuya incrementar el nivel de salud de la población²³. Constituye una responsabilidad irrenunciable y primordial de los trabajadores y de las trabajadoras de salud, sobre todo de los (as) de los Ministerios de Salud en su papel de garantes de la salud de la población.

3. **La 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 en particular, para impulsar cambios en la sociedad orientados a favorecer los factores salutogénicos, es decir, los que producen salud²⁴. Engloba los conceptos de comunicación social, educación, sensibilización y formación en salud, entendida esta última como el 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 salud²⁵. Implica la adquisición, reafirmación o cambio

²¹ Ministerio de Salud. Estrategia de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud. San José, Costa Rica, 1991.

²² 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.

²³ OMS. Informe de la Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción, Ginebra, 1995.

²⁴ Basado en: Caldwell, Eldon. Mercadeo de fuentes y productos sociales, 1999

²⁵ American Academy of Family Physicians. Patient Education, 2000 (<http://www.aafp.org/x16540.xml>) (modificado).

de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y organizaciones con respecto a la salud²⁶.

Después de esta reflexión y del análisis comparativo entre las definiciones de salud y enfermedad, podríamos concluir entonces que, cuando nos referimos a los determinantes de la salud de la población, deberíamos referirnos a todos aquellos que proporcionan bienestar (físico, mental y social), o sea, factores protectores de la salud, también llamados salutogénicos, mientras que los “determinantes de la enfermedad” son, por el contrario, los que atentan contra ese bienestar.

1.4. Enfoque basado en los derechos humanos

Las Naciones Unidas (NU) definen 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 desarrollo²⁷.

Se anota también que, desde esta perspectiva, la caridad y la atención de los problemas de salud de los grupos poblacionales, por sí sola, no es suficiente para garantizar la protección y mejoramiento de su salud. En un enfoque de derechos humanos, las políticas y planes relacionados con el desarrollo humano²⁸ y el bienestar de la población están enmarcados en un sistema de derechos y de los

²⁶ Álvarez, Rodrigo. Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Heredia, Editorial Fundación UNA, 1998 (modificado).

²⁷ 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 Cork y Ginebra, 2006. (modificado)

²⁸ 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>)

correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad del desarrollo y potenciar la capacidad de la población, especialmente la 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 actuar²⁹.

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 directa a las personas (servicios médicos) y de protección y mejoramiento del hábitat humano (recolección y disposición de aguas residuales y de residuos sólidos, agua para uso humano, control de la fauna nociva para la salud), sino también asegurar el abordaje de los determinantes de la 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 salud o que se encuentran en mayor riesgo de sufrirlo.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han observado que: “Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. Los más pobres tienen las tasas de mortalidad de menores de 5 años más altas, y la población del segundo quintil de riqueza doméstica tiene tasas de mortalidad en su progenie más altas que las de la progenie del quintil más rico.”³⁰ Con base en esa observación, y desde la perspectiva de los de derechos humanos, la sociedad en su conjunto, y el gobierno en especial, están llamados a eliminar las inequidades sanitarias que se presentan en la sociedad.

²⁹ Op. Cit. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

³⁰ OMS.. Conceptos clave, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, agosto del 2008.

La OMS define las inequidades sanitarias como “las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países”³¹. Asegura esa Organización que esas inequidades son el resultado de las desigualdades que se presentan en el seno de las sociedades y entre sociedades y que las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.”³²

Este Modelo plantea que, para impactar más y mejor la 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 derechos³³

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)

³¹ Ibid.

³² Ibid

³³ Judith L. Evans. La primera infancia cuenta (modificado). <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/ecd.pdf>

1.5. Servicios de Salud

Contemplan el conjunto de servicios que se provee a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin proteger y mejorar, con equidad, su salud. Engloba los servicios de atención directa a las personas intramuros (puesto de salud, sede de EBAIS, consultorio, clínica, hospital, farmacias, laboratorios, entre otros) y extramuros (escenarios: domiciliario, escolar, laboral y comunal), así como el suministro de agua segura para uso humano, la disposición sanitaria de aguas residuales, la disposición sanitaria de residuos sólidos, la disposición sanitaria de aguas pluviales y el control de la fauna nociva para las personas.

El artículo 69 de la Ley General de Salud se refiere a los servicios de salud de atención directa a las personas como establecimientos de atención médica y, para los efectos legales y reglamentarios, los define como “aquellos que realicen actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o presten atención general o especializada, en forma ambulatoria o interna, a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental, he incluye en esa categoría, además, a las maternidades, a las casas de reposo para convalecientes y ancianos, a las clínicas de recuperación nutricional, a los centros para la atención de toxicómanos, alcohólicos o pacientes con trastornos de conducta y a los consultorios profesionales particulares.

1.6. Sector Salud

Según se establece en el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo de Costa Rica publicado en el periódico oficial ***La Gaceta*** en junio del 2011, se entiende por sector ***“el conjunto de instituciones agrupadas por materia según su propia competencia y dirigido por uno o varios Ministros Rectores”***.

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 la salud de la población.

Según el decreto ejecutivo vigente al mes de julio del 2011, el Sector Salud en Costa Rica está constituido por las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CENCINAI)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)

1.7. 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, como parte de sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento de la salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo³⁴. Entre los entes que lo componen se encuentran, además de los que conforman el Sector Salud, los servicios de salud privados de atención directa 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

³⁴ Basado en: OMS. Informe Mundial sobre el Conocimiento Orientado a Mejorar la Salud. Ginebra, 2004. www.who.int/rpc/wr2004.

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.

1.8. Sistema de producción social de la salud

Con base en el conocimiento actual de cómo se produce la 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 directa a las personas de protección y mejoramiento del hábitat humano. Cabe destacar que constituye un sistema complejo³⁵, 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 que lo componen; asimismo, la relación entre sus componentes puede ser consciente o inconsciente 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 estado 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

³⁵Un 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 auto-organizado, 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. (Sergio A. Morielo. Sistemas Complejos, Caos y Vida Artificial. <http://www.redcientifica.com/>)

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

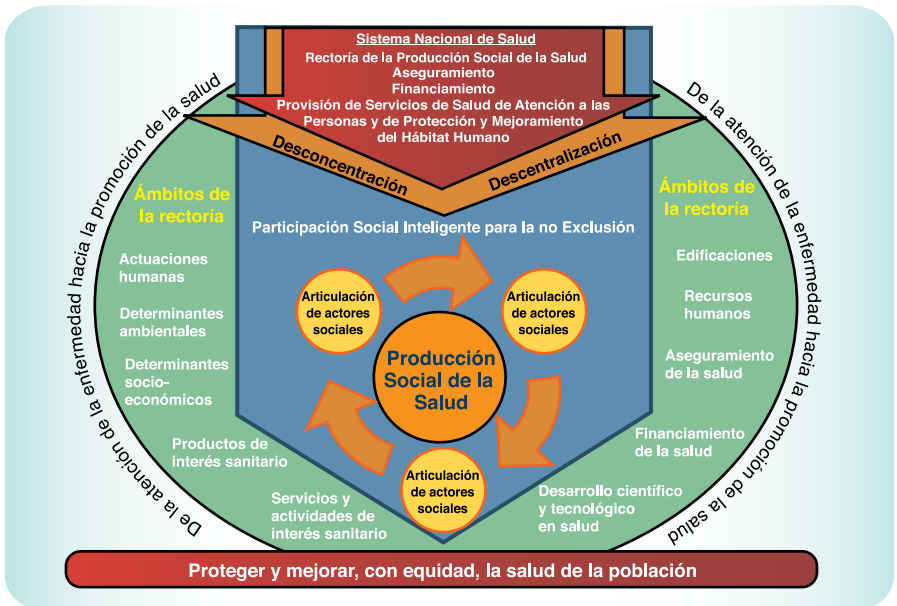


2. MODELO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO

Partiendo de lo descrito, se presenta el **Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud**. Es 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 esto parte de la identificación de las cuatro funciones generales del Sistema Nacional de Salud mediante las cuales éste debe cumplir con su razón de ser, y profundiza posteriormente en la función general de Rectoría de la Producción Social de la Salud definiendo 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 legal 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 entre ellos.



2.1. Misión del Sistema Nacional de Salud

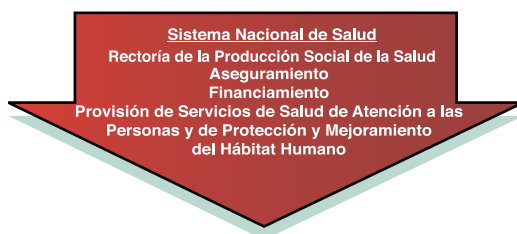
*Proteger y mejorar, con equidad,
la salud de la población*

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, la 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 la salud se den, en mayor grado, en aquellos segmentos de la población más vulnerables.

2.2. 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
- Financiamiento de los servicios de salud
- Provisión de los servicios de salud



2.2.1. 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 ellas³⁶. 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 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 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 equilibrado 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”***.

³⁶ Diccionario de la Real Academia Española, 23a edición, 2004

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 la salud de la población, pues es ese derecho, el de la salud, el que le corresponde tutelar, y no solamente el de garantizar el derecho que le asiste a la población de recibir servicios de salud, tanto de atención directa (servicios médicos) como de protección y mejoramiento del hábitat en el que se desenvuelve.

Concretamente, en cuanto al ejercicio de la responsabilidad rectora que le compete al Ministerio de Salud y, específicamente al Ministro de Salud en el Sector Salud, el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo establece:

“Art. 5º- Ministros Rectores. Corresponderá a los Ministros Rectores dirigir y coordinar la realización de las políticas y estrategias públicas sectoriales de la Administración, tanto Central como Descentralizada. Para ello se establecen las siguientes rectorías:

(...)

j) El Sector Salud estará bajo la rectoría de la o el Ministro de Salud;

Art. 6º- Ministro Rector. Corresponderá a los Ministros Rectores:

a) Aprobar el Plan Sectorial de Gobierno para su respectivo Sector, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y la estrategia de largo plazo.

b) Dirigir y coordinar las políticas sectoriales en las diversas instituciones que componen su sector.

(...)

e) Velar porque las instituciones del Sector respondan adecuadamente a los objetivos, metas y acciones sectoriales, así como a las directrices en materia de política sectorial.

f) Autoevaluar la eficiencia, eficacia, economía y calidad de los resultados obtenidos por las instituciones en la ejecución de las estrategias y las políticas sectoriales.

g) Establecer mecanismos para integrar de manera participativa, las opiniones de distintos grupos de interés presentes en todo el territorio en asuntos de importancia y vinculación sectorial.

h) Visar y presentar ante la o el Ministro de Planificación Nacional y Política Económica las propuestas de modificación al Plan Nacional de Desarrollo para su aprobación, de acuerdo con las solicitudes presentadas por los jefes institucionales.

i) Dirigir y coordinar la elaboración del respectivo Plan Sectorial, supervisar su ejecución y evaluarla. Una vez oficializado el Plan Nacional de Desarrollo, el o los Rectores de cada Sector tendrán un plazo de seis meses para elaborar el respectivo Plan Sectorial, que será de conocimiento de MIDEPLAN y debidamente divulgado.

Art. 14.- Ministros.

(...)

e) Velar por la coordinación interinstitucional de su Sector en el nivel nacional y regional, y fiscalizar que las políticas de su Sector sean efectivamente ejecutadas por las instituciones centralizadas y descentralizadas que forman parte de él.”

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, Energía y Telecomunicaciones (MINAET), 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 con el Ministerio de Salud.

En este sentido cabe anotar que las competencias³⁷ de los órganos del Estado pueden dividirse en³⁸ :

- **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 en 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.

³⁷ 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)

³⁸ 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.

Producto del ejercicio efectivo de la rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud, el Ministerio de Salud debe, con liderazgo y basado en evidencia, invertir todo su esfuerzo para que, amparado en la responsabilidad que le asigna la Ley General de Salud de tutelar el derecho a la salud de la población, y por ende al bienestar, logre dirigir y conducir proactivamente a los distintos sectores de la sociedad para lograr, con equidad, tal como lo recomienda la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS:

- “Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.
- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.”³⁹

2.2.2. Aseguramiento de los servicios de salud

La función general de aseguramiento se refiere a la obligación del Sistema Nacional de Salud de asegurar o garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud, tanto de atención directa a las personas (establecimientos de atención médica) como aquellos destinados a proteger y mejorar el hábitat humano, con énfasis en los sectores vulnerables de la población, especialmente los más pobres.

³⁹ OMS. Resumen Analítico del Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, agosto 2008.

Rectoría de la Producción Social de la Salud

Aseguramiento de los Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas y de Protección y Mejoramiento del Hábitat Humano

Financiamiento de los Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas y de Protección y Mejoramiento del Hábitat Humano

Provisión de Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas y de Protección y Mejoramiento del Hábitat Humano

La función de aseguramiento incluye tres perspectivas. Las dos primeras se refieren a servicios de salud, tanto de atención directa a las personas como de protección y mejoramiento de su hábitat, mientras que la tercera únicamente se refiere a los servicios de atención directa a las personas:

- **Perspectiva pública.** Apunta al establecimiento, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; de los servicios de salud de atención directa 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 directa 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 Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, las aseguradoras de servicios de salud privadas, el Ministerio de Hacienda y Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares.

2.2.3. Financiamiento de los servicios de salud

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 directa a las personas (atención médica) y de protección y mejoramiento del hábitat humano que debe entregar a la población. Algunas de las instituciones que realizan esta función son: la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, la Junta de Protección Social (JPS), el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las municipalidades, el Ministerio de Salud, proveedores de servicios de salud privados, juntas administradoras de acueductos rurales, empresas que gestionan residuos sólidos.

2.2.4. Provisión de servicios de salud

Adicionalmente, le corresponde al Sistema Nacional de Salud suministrar o proveer el conjunto de servicios que se provee a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin explícito el proteger y mejorar, con equidad, su salud. Como ejemplo de las instituciones que desempeñan esa función en Costa Rica se pueden mencionar a la Caja Costarricense de Seguro Social, al Instituto Nacional de Seguros, al Ministerio de Salud, al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, a las municipalidades, a los establecimientos médicos privados, a las empresas que gestionan residuos sólidos y a 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. El artículo 81 de la Ley General de Salud los define como **“establecimientos auxiliares, complementarios o de apoyo de las acciones de salud”** y se refiere a **“aquellos que proporcionan servicios o suministran bienes materiales especiales, necesariamente requeridos para la consecución de tales acciones.”** 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.

2.3. 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 de la 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 Salud
- Vigilancia de la Salud
- Planificación Estratégica de la Salud
- Modulación del Financiamiento de los Servicios de 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 el Ministro de Salud y sus representantes (Viceministros de Salud, Director General, Directores de Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y Directores de Direcciones de Áreas Rectoras de Salud en sus áreas geográficas de influencia) que consiste en definir las prioridades de intervención sobre los determinantes de la salud y, cuando sea necesario para causar el impacto requerido; concertar directamente con los actores sociales del Sistema de Producción Social de la Salud, las acciones estratégicas necesarias, incluidas las relacionadas con la consecución de recursos, para proteger y mejorar la salud de la población.

Mercadotecnia de la Salud

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud, que consiste en definir y ejecutar las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud en la población, persuadir o incentivar a los actores sociales para que adopten e implementen la estrategia de Promoción de la Salud y promover la Cultura de la no Exclusión en Salud.

Vigilancia de la Salud

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, que consiste en seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre la salud, sus determinantes y tendencias, a fin de seleccionar 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, 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.

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 y calidad de estos servicios.

Planificación Estratégica de la Salud

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en formular y ejecutar, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, planes y proyectos, sectoriales e intersectoriales, dirigidos a proteger y mejorar la salud de la población,

a partir de las políticas nacionales de salud y de la información sobre la salud, sus determinantes y sus tendencias.

Modulación del Financiamiento de Servicios de Salud

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en garantizar, que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.⁴⁰

Armonización de la Provisión de Servicios

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en determinar, con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud 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 proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados.⁴¹

Regulación en Salud

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en; con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, elaborar 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 realice actividades o mantenga conductas que, por su naturaleza, puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.

⁴⁰ Basado en definición de OPS-OMS, 1998

⁴¹ 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

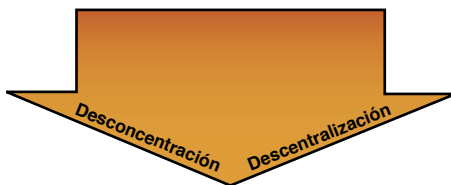
Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, evaluar el impacto de las acciones, sectoriales e inter-sectoriales, dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población.

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

3.1. *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.

3.1.1. *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 competencia⁴², 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

⁴² 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.

y promover una cultura de rendición de cuentas⁴³. 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 competencias a una unidad que, por su ubicación geográfica, puede ejercer mejor la función en un territorio definido⁴⁴.

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), el Instituto Costarricense de Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CEN-CINAI).

El Modelo parte de que, para que se logre un efectivo 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.

⁴³Basado 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

⁴⁴García, R. Op. cit. 1990

3.1.2. *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 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 otras.

3.2. *Participación Social Inteligente para la no Exclusión*⁴⁵

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 la salud de población sólo puede ser protegida y mejorada mediante la movilización sinérgica de dichos actores hacia ese fin; para esto se requiere de una acción concreta y eficaz de la sociedad

⁴⁵ 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)

en el establecimiento de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación de estrategias y su implantación, con el fin de mejorar la salud.



**Participación Social
Inteligente para la
no Exclusión**

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 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 a las mismas organizaciones (del sector público y privado), admitiendo, además, que es función primordial del Ministerio de Salud lograr que ese derecho sea exigido y respetado.

Esta estrategia es, sin lugar a dudas, indispensable ya que, como lo señala la OMS en el ***Resumen Analítico del Informe Final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud***, las políticas, programas y proyectos encaminadas a alcanzar los objetivos del desarrollo para alcanzar el bienestar de la población y, por lo tanto, su salud, tienen que contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

“Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva.”⁴⁶

En forma complementaria al posicionamiento del valor de la no exclusión entre la población, el ente rector (Ministerio de Salud) debe dirigir y conducir a los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, 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; ejerciendo su ciudadanía de manera informada, competente y responsable.

Lo anterior implica el desarrollo de la capacidades, habilidades y oportunidades de los actores sociales, incluidas las comunidades, de participar en los procesos de toma de decisión y ejecución de las acciones que tengan por objetivo contribuir a mejorar el bienestar físico, mental y social, por lo tanto, la salud.

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.

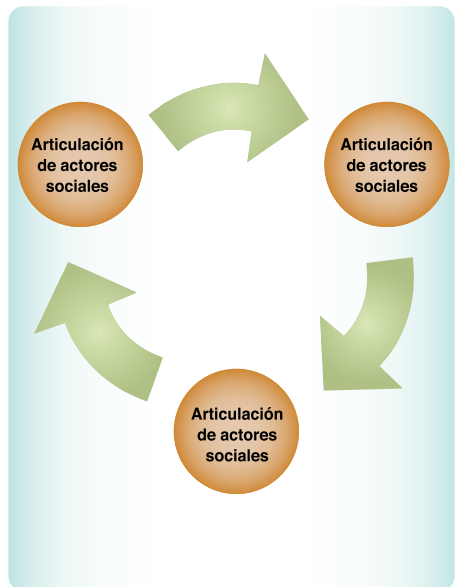
⁴⁶ OMS. Resumen Analítico del Informe Final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, agosto del 2008.

- 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

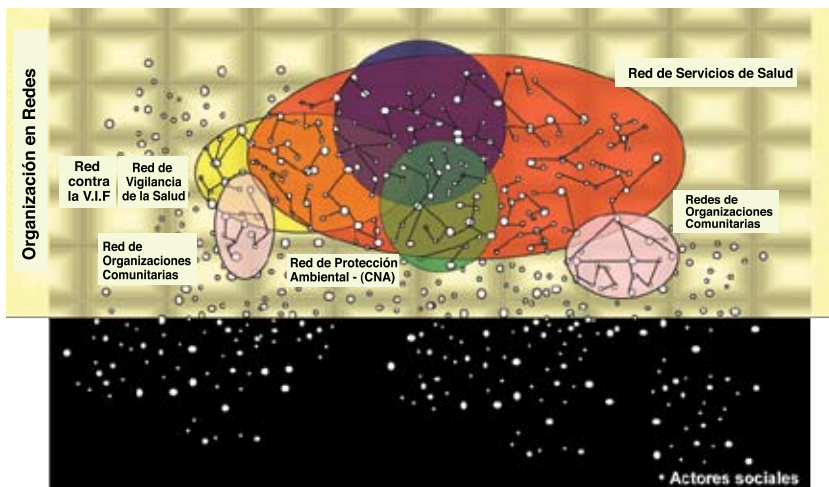
Otra de las estrategias que el Modelo incorpora para que el Ministerio de Salud ejerza efectivamente la rectoría del proceso de producción social de la salud, es la articulación o interrelación coordinada de actores sociales con el fin de que éstos actúen en forma sinérgica para lograr cambios que favorezcan las condiciones físicas, mentales y sociales de la población, o sea, que contribuyan a proteger y mejorar su salud.

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.



Actualmente en el país ya funcionan cuatro tipos de redes que se consideran estratégicas para 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:** Está conformada para abordar el tema de la gestión ambiental, entendida ésta 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. Esta red se considera de importancia estratégica debido a que, en este país, 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 involucradas en este ámbito (Ministerio de Salud, Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones).
- **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 que ya están conformadas y garantizar que su accionar contribuya a mejorar este problema de salud.
- **Red contra la violencia:** Estas redes, que ya operan en varios cantones del país, se conformaron con el fin de abordar, en forma sinérgica, el problema de la violencia en todas sus formas, tanto la intrafamiliar como la extrafamiliar, pero se hace necesario dirigirlas y conducirlas con mayor liderazgo.

3.3. 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 el proceso de la producción social de la salud (directa o indirectamente), también se ejercen en diferentes ámbitos, es decir, en distintos espacios o perímetros de acción, entre ellos:



- **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.
- **Determinantes 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.

- **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, 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 públicas y organización de las instituciones gubernamentales.
- **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.
- **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.
- **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**.

- **Recursos humanos:** Conjunto de acciones que realizan las instituciones públicas y privadas para formar recurso humano. Incluye tanto el que participará directamente en la atención en salud, como cualquier otro recurso humano que, una vez formado, tenga una participación relevante en el proceso de producción social de la salud.
- **Aseguramiento de los servicios de 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 directa a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano en condiciones de equidad, oportunidad y calidad.
- **Financiamiento de los servicios de 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.
- **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 la 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 el impacto que generan actualmente en la población, se detallan a continuación:

- **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 estado de bienestar que coadyude al logro de su desarrollo⁴⁷. 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.
- **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

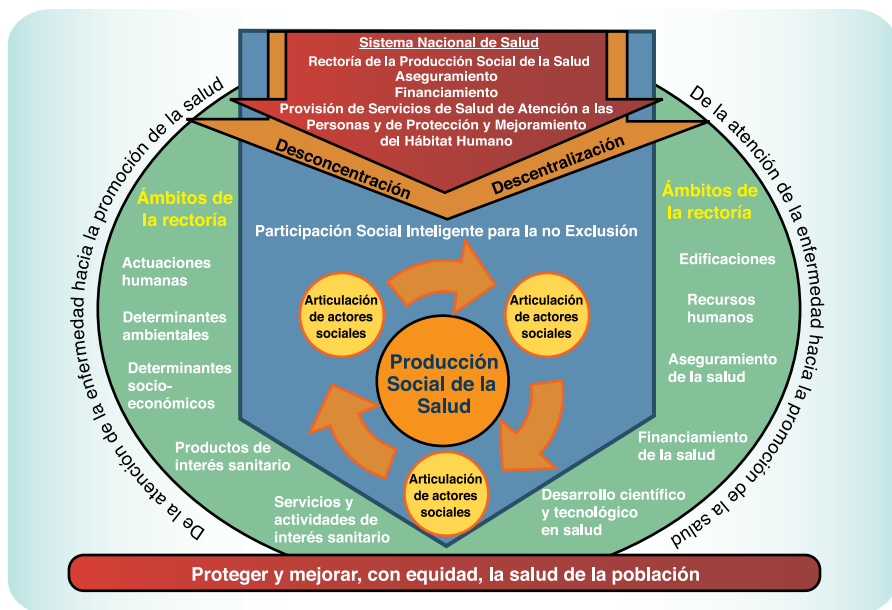
⁴⁷ INCAP, II Reunión Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud, Panamá, 2000

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.

3.4. Estrategia Maestra del Sistema Nacional de Salud

Finalmente, el **Modelo** reconoce que la **Promoción la Salud** es una estrategia que trasciende al quehacer del Ministerio de Salud ya que, dado los objetivos que persigue, abarca a todos los actores del 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 y el mejoramiento del bienestar físico, mental y social de la población, es decir, hacia al mejoramiento de su salud. Para ello, el Ministerio de Salud, en calidad del rector de la salud, debe trabajar proactivamente para asegurar que se logre la transferencia de habilidades y conocimientos requeridos para que las personas (individual y colectivamente) participen activamente en el cuidado de su salud, y para que se propicien las condiciones para la salud que, como mencionado anteriormente, incluyen; la paz, la vivienda, la educación, el empleo, la salud ambiental, entre otros que impactan el bienestar.

Por esto, la estrategia maestra del Ministerio de Salud consiste en **“avanzar de la atención de la enfermedad hacia lo promoción de la salud”**, e implica que, mediante el ejercicio de cada una de las funciones rectoras, se dirija y conduzca a los actores sociales para que, además de curar y prevenir la enfermedad, se trabaje de manera coordinada para eliminar o disminuir los determinantes de la enfermedad, así como para potencializar los determinantes del bienestar físico, mental y social de la población, de manera que se logren crear las condiciones para garantizar, con equidad, la protección y mejoramiento de la salud de la población, razón de ser el Ministerio de Salud.



4. 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 de Costa Rica, en junio del 2008, ajustó su marco estratégico como se describe a continuación

4.1. Misión

Garantizar la protección y el mejoramiento de la 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.

4.2. Visión

Seremos una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutoria, 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 la 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.

4.3. 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.

4.4. 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 de la 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.

4.5. Valores Institucionales

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 socio-económica, ecológica, biológica.

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 de la salud de la población nacional.

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.

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.

5. 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-Tegucialpa, 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 reguladores en el cuidado de la salud. tr. Del inglés por Rossany Aueda. 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. OMS. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, agosto de 2008.

47. OMS. Resumen Analítico del Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, 2008.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. OPS, OMS. Desarrollo de la capacidad de conducción Sectorial en Salud. Serie: Organización y gestión de sistemas y servicios de salud, Julio 1998.

52. 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:.,

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. Organización Mundial de la Salud. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Washington: OPS, 1992. 280 p. Publicación científica, N° 540.

57. Organización Mundial de la Salud. Descentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Ginebra: OMS, 1990.

58. Organización Mundial de la Salud. Descentralización de los sistemas de salud: Conceptos y experiencias nacionales. Editado por Anne Mills et al. Ginebra, 1990.

59. 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.

60. 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.

61. 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.

62. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS/OMS, 1996. 404 p. Publicación Científica N° 557.

63. 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.

64. 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.

65. Organización Panamericana de la salud. Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud: una propuesta operacional. 6. Washington: OPS/OMS/HSO/HSP, 1998.

66. 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.

67. 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.

68. 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.

69. 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.

70. 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.

71. 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.

72. Oyarzo, César et al. Desarrollo de la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria en materia de financiamiento sectorial. Borrador Final. OPS/OMS, 2000.

73. 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.

74. 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.

75. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española, 22a edición, 2001

76. Resenberg, Hernán et al. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Washington: OPS/OMS, 1999.

77. 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.
78. 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.
79. Sojo, Ana. Reformas de gestión en la salud pública en Chile. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 1996. Serie Políticas Sociales N°13.
80. Steudel, H. Gestión y mejora de procesos., 1996.
81. 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.
82. Terris M. Epidemiology and Leadership in Public Health in the Americas. J Public Health Policy. 1988; 9:250-60.
83. Varonelli, Juan Carlos. Ministerio y sistemas de servicios de salud en América Latina. En: Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 100 (1): 1-28. 1996.
84. Villalobos, Luis B. Salud y sociedad: un enfoque para Centroamérica. San José, Costa Rica, ICAP, 1989. 194 p.
85. 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.

APARTADO 2

Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud



PODER EJECUTIVO

DECRETO

N° 34510-S

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Y LA MINISTRA DE SALUD

En uso de las facultades que les confieren los artículos 140, incisos 3) y 18), y 146 de la Constitución Política; 28 de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1°, 2°, 206, 339 y 340 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; 2°, 3°, 6°, 7°, 13 y 28 de la Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”; la Ley N° 7927 del 12 de octubre de 1999” Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y Reforma a la Ley de Corporación Bananera Nacional (CORBANA); el Decreto Ejecutivo N° 33151-MP del 8 de mayo del 2006 “Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo”, y artículo 1° del Decreto Ejecutivo N° 33783 del 14 de mayo del 2007 “Reforma al Reglamento a la Ley Marco para la Transformación Institucional y Reformas a la Ley de Sociedades Anónimas Laborales”.

Considerando:

I. —Que la competencia rectora del Ministerio de Salud debe conducir a la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, programas y proyectos, así como la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que impactan los determinantes de la salud de la población.

II. —Que, a partir del 4 de junio del 2007, con la entrega oficial al Presidente de la República, el Ministerio de Salud adoptó un nuevo Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud.

III. —Que sobre la base planteada en el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, se hace necesario un cambio de paradigma que permita 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, con equidad y basados en evidencia.

IV.—Que mediante la Ley N° 7927 de 12 de octubre de 1999, Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y reforma a la Ley de Corporación Bananera Nacional (CORBANA), se reconoce la potestad del Poder Ejecutivo para establecer, vía reglamento, la estructura administrativa interna del Ministerio de Salud.

V.—Que se han identificado más de ciento veinte comisiones, consejos, juntas y secretarías adscritas al Despacho del Ministro, muchas de las cuales deben ser presididas por el Ministro o el Viceministro, por lo que, debido a la cantidad y diversidad, ha hecho que sea materialmente imposible de atender con la frecuencia y calidad que esto demanda.

VI. —Que con base en el criterio de la Procuraduría General de la República (OJ-115-2005), la desconcentración es una técnica de distribución de competencias, en la que se da un cambio de competencias dentro de la propia organización administrativa y por ende no implica la creación de un centro independiente de imputación de derechos y obligaciones.

VII. —Que la desconcentración máxima es una herramienta organizacional que busca, entre otros, garantizar una mayor imparcialidad y objetividad administrativa, ya que separa el ejercicio de una competencia exclusiva y técnica de la influencia de los criterios políticos (Tratado de Derecho Administrativo 1, Dr. Ernesto Jinesta Lobo). En ese marco conceptual, se entiende la desconcentración máxima como una herramienta organizacional que busca garantizar una mayor imparcialidad y objetividad administrativa basada en el ejercicio de una competencia técnica.

VIII. —Que de conformidad con lo dispuesto por el numeral 70 de la Ley General de la Administración Pública, en su condición de titular, la Ministra de Salud puede avocar, sustituir o subrogar competencias de sus subalternos.

IX. —Que para consolidar el ejercicio de la rectoría de la salud, es importante que el Ministerio de Salud avance en la separación de funciones entre la rectoría de la producción social de la salud y la provisión de servicios de salud de atención a las personas.

X. —Que para mejorar la efectividad del Ministerio de Salud se requiere realizar una reorganización administrativa que facilite la separación de funciones entre la rectoría de la producción social de la salud, la provisión de servicios de salud a cargo del Ministerio y la gestión de la institución, así como la separación y complementariedad de los niveles político, estratégico y operativo y de los niveles central, regional y local.

XI.—Que para hacer más eficiente la gestión del Ministerio de Salud se hace necesario otorgar un mayor nivel de responsabilidad e independencia a sus unidades organizativas; simplificar, documentar y estandarizar los procedimientos, así como implementar mecanismos que promuevan una cultura de: planificación, rendición de cuentas, control interno, gestión por valores y orientación al impacto.

XII. —Que en virtud de las consideraciones enunciadas, y con base en los lineamientos de reforma institucional emitidos por el Ministerio de Planificación y Política Económica en el año 2007, se hace necesario y oportuno emitir un nuevo Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud que refleje los cambios expuestos.

Por tanto,

DECRETAN:

Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º—**Definiciones.** Para los efectos del presente Reglamento y su aplicación se entiende por:

a) **Actor Social.** 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.

b) **Autoridad formal, jerárquica o de línea.** Se refiere a la autoridad conferida a algunos funcionarios de la institución, en función de las responsabilidades inherentes al cargo que ocupan. Conlleva la función de emitir órdenes, hacerse obedecer y la potestad de sanción. Es el derecho que tiene una persona, por su nivel jerárquico,

a exigir de otra el cumplimiento responsable de los deberes que le ha asignado, en condición de subordinado suyo.

c) **Autoridad asesora.** Derecho que se tiene concedido a unidades técnicas y administrativas para proponer soluciones y efectuar asesorías a los diferentes niveles de la organización, a partir de los conocimientos de especialidad y como apoyo a la autoridad jerárquica y, por ello, no implica atribución de mando.

d) **Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud.** Documento en el que se exponen los principales conceptos, definiciones y estrategias que sustentan, explican y justifican la misión y la visión del Ministerio de Salud como ente rector de la producción social de la salud, así como sus principales objetivos y estrategias.

e) **Organigrama.** Diagrama que representa la estructura formal de autoridad y de la división especializada del trabajo en una organización, por niveles jerárquicos. Constituye el instrumento idóneo para plasmar la disposición interna y formal de toda o una parte (áreas o unidades administrativas) de la organización, en las que se muestran las relaciones que guardan entre sí las unidades administrativas que la componen, según Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 del presente Reglamento.

f) **Órganos o unidades administrativas de apoyo o de staff.** Unidades que tienen la función de apoyar, complementar, guiar o asesorar a los jefes institucionales o encargados de tomar las decisiones, de forma tal que se incremente la eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos organizacionales. Entiéndase entonces que las unidades de apoyo tendrán bajo su responsabilidad las funciones de consultoría o asesoría interna en una organización.

g) **Producción Social de la Salud.** Proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de estos con su entorno, genera como resultado final la salud que caracteriza a una población. La salud como producto social depende tanto de los diversos determinantes del proceso salud-enfermedad, como de la respuesta social que se genere para abordarlo.

h) **Rectoría de la producción social de la salud o rectoría de la salud.** Función mediante la cual el Ministerio de Salud lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.

i) **Relación de asesoría o línea staff.** Relación que se da entre unidades administrativas que brindan información técnica o conocimientos especializados. Las unidades asesoras o de apoyo cuentan con una autoridad técnica derivada de su preparación y experiencia, lo cual les permite proponer a las unidades de línea, las medidas o criterios técnicos de su especialización para resolver un asunto, pero no para transmitírselas como órdenes. En todo caso, las unidades de apoyo pueden canalizar las medidas o criterios a través de una unidad organizativa superior, para que éste, a su vez, las gire con carácter de orden o mandato.

j) **Relación jerárquica o de línea de autoridad.** Establece una relación de subordinación entre el superior y sus colaboradores de forma unívoca y directa.

k) **Reorganización administrativa.** Modificación de las unidades administrativas de la institución, en cuanto a su gestión, normativa, tecnología, infraestructura, recursos humanos y estructura.

l) **Salud.** Estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad.

m) **Sector Salud.** Conjunto de instituciones públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población.

n) **Servicios de Salud.** Conjunto de servicios que se provee a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin proteger y mejorar, con equidad, su estado de salud. Se refiere a los

servicios de atención a las personas intramuros (puesto de salud, sede de EBAIS, consultorio, clínica, hospital, farmacias, laboratorios, entre otros) y extramuros (escenarios: domiciliario, escolar, laboral y comunal), así como al suministro de agua segura para uso humano, la disposición sanitaria de aguas residuales, la disposición sanitaria de residuos sólidos, la disposición sanitaria de aguas pluviales y el control de la fauna nociva para las personas.

ñ) **Sistema Nacional de Salud.** Conjunto de entes públicos y privados, 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 de la salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo. Además de los entes nacionales, se consideran parte de este sistema los organismos que, siendo de carácter internacional, realizan actividades en el país relacionadas con la provisión de ese tipo de servicios.

o) **Sistema de Producción Social de la Salud.** Conjunto interrelacionado de entes que impactan de manera significativa sobre los determinantes de la salud en las dimensiones socio-económica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de salud.

p) **Unidad organizativa.** Elemento organizativo básico de las estructuras orgánicas, a la que se le confieren competencias propias, atribuciones y responsabilidades específicas.

Artículo 2º—**Marco estratégico del Ministerio de Salud.** El siguiente es el marco estratégico del Ministerio de Salud:

a) **Como ente rector de la salud:**

a.1) **Misión.** Garantizar la protección y el mejoramiento de la 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.

a.2) **Visión.** El Ministerio de Salud será una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutoria, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios debidamente calificados, apropiados de su papel y proactivos. Por su estilo de liderazgo, su capacidad técnica y el mejoramiento logrado en la salud de la población, será una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional, la población lo percibirá como garante de su salud y los actores sociales sujetos y clientes directos de la rectoría lo sentirá como su aliado.

a.3) **Valores institucionales:**

a.3.1) **Salud como cultura de vida y de trabajo.** La salud es parte integral de la cultura de vida y de trabajo de los funcionarios de la institución; 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.

a.3.2) **Liderazgo.** Los funcionarios del Ministerio conquistan la voluntad de los actores sociales a los que dirigen y conducen 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 de la salud de la población nacional.

a.3.3) **Compromiso.** Los funcionarios de la institución emplean todas sus capacidades y energías para ejecutar las acciones requeridas para cumplir con todo aquello que se les ha encomendado y en lo que han empeñado su palabra, buscando siempre resultados superiores a los esperados y asumiendo con responsabilidad las consecuencias de sus actos y decisiones.

a.3.4) **Efectividad.** Desarrollan las actividades cotidianas en el logro de los objetivos de salud definidos a nivel nacional e institucional. Se responsabilizan por la calidad e impacto de su trabajo y por el uso eficiente de los recursos. Estimulan la creatividad, la innovación, la mejora continua y la orientación a los resultados, como medio para superar día con día la productividad.

a.4) **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.

a.5) **Objetivos estratégicos.**

a.5.1) 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 los determinantes positivos de la salud.

a.5.2) 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.

a.5.3) 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.

b) **Como proveedor de servicios de salud de nutrición y desarrollo infantil.** El Ministerio de Salud contribuye a proteger y mejorar la salud y bienestar de los niños y niñas del país, desde su periodo de gestación hasta los 13 años de edad, brindando servicios nutrición y desarrollo infantil con calidad, accesibilidad y equidad.

Artículo 3º—**De las funciones específicas de rectoría de la producción social de la salud.** Para ejercer la rectoría de la producción social de la salud, el Ministerio ejecuta, de manera continua, sistemática, proactiva, multidisciplinaria, sectorial, intersectorial y participativa, las siguientes funciones específicas:

a) **Dirección Política de la Salud.** Función rectora que realiza el Ministro de Salud y sus representantes (Viceministro de Salud, Director General, Directores de Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y Directores de Direcciones de Áreas Rectoras de Salud) que consiste en definir las prioridades de intervención sobre la situación de salud y sus determinantes de la salud y, cuando sea necesario para causar el impacto requerido; concertar directamente con los actores sociales del Sistema de Producción Social de la Salud, las acciones estratégicas necesarias, incluidas las relacionadas con la consecución de recursos, para proteger y mejorar la salud de la población.

b) **Mercadotecnia de la Salud.** Función rectora que realiza el Ministerio de Salud, que consiste en definir y ejecutar las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud en la población, persuadir o incentivar a los actores sociales para que adopten e implementen la Estrategia de Promoción de la Salud y promover la Cultura de la no Exclusión en Salud.

c) **Vigilancia de la Salud.** Función rectora que realiza el Ministerio de Salud, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, que consiste en seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre la salud, sus determinantes y tendencias, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.

d) **Planificación Estratégica de la Salud.** Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en formular y ejecutar, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la

Salud, planes y proyectos, sectoriales e intersectoriales, dirigidos a proteger y mejorar la salud de la población, a partir de las políticas nacionales de salud y la información sobre la salud, sus determinantes y tendencias.

e) **Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud.** Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en garantizar, que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.

f) **Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud.** Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en determinar, con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud 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 proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados.

g) **Regulación en Salud.** Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en; con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, elaborar 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 realice actividades o mantenga conductas que, por su naturaleza, puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.

h) **Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud.** Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, evaluar el impacto de las acciones, sectoriales e intersectoriales, dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población.

Artículo 4°—De los servicios de salud a cargo del Ministerio de Salud. Las actividades que mantenga el Ministerio como proveedor directo de servicios de salud se prestarán en condiciones de eficiencia, oportunidad y eficacia.

Como proveedor directo de servicios de salud, el Ministerio continuará priorizando el mejoramiento de la calidad y el aumento de la cobertura de los servicios de nutrición y desarrollo infantil.

CAPÍTULO II

De la Organización General del Ministerio de Salud

Artículo 5°— De la estructura organizacional. La estructura organizacional que se describe a continuación permite al Ministerio de Salud ejecutar, eficaz y eficientemente, los procesos necesarios para cumplir con las funciones de rectoría de la producción social de la salud, de provisión de servicios de salud y de gestión institucional.

Artículo 6°—De los niveles de jerarquía institucional. Con la finalidad de determinar los niveles de responsabilidad y distribuir los procesos entre las unidades organizativas, en la organización del Ministerio de Salud se identifican dos niveles de jerarquía:

a) **Nivel superior.** Conformado por el nivel político y por el nivel estratégico. Constituye el primer nivel en la escala jerárquica del Ministerio.

a.1) **Nivel político.** En este nivel se definen las políticas institucionales y los objetivos organizacionales. Cuenta con potestades para tomar decisiones sobre las funciones sustantivas y de apoyo necesarias para que la institución logre alcanzar las metas que están expresadas en los objetivos organizacionales y que la ley le impone y, como tal, exige el cumplimiento de éstas al mismo tiempo que ejerce la dirección máxima del Ministerio. Este nivel es ejercido por el Despacho del Ministro que, para estos efectos, esta integrado por el Ministro y el Viceministro.

a.2) **Nivel estratégico.** Las unidades organizativas que integran este nivel están subordinadas directamente al Ministro de Salud. La finalidad primordial de este nivel consiste en definir los lineamientos estratégicos que permitan operativizar las políticas institucionales emanadas por el nivel político, en planes, programas, proyectos y servicios de la institución. Este nivel es el responsable directo ante el nivel político, de planificar, organizar, coordinar y controlar las actividades sustantivas y de apoyo dirigidas al logro de los objetivos institucionales. Este nivel es ejercido por la Dirección General de Salud y la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil.

b) **Nivel operativo.** Constituye el segundo nivel en la escala jerárquica del Ministerio. En este nivel se agrupan las unidades organizativas del Ministerio que operativizan las políticas institucionales emanadas por el nivel político y apegadas a los lineamientos definidos por el nivel estratégico, para cumplir los objetivos organizacionales y garantizar la prestación de los servicios que brinda la institución, tanto de rectoría de la salud como de nutrición y desarrollo infantil. Este nivel está conformado por las Direcciones Regionales y las Direcciones del Nivel Local, así como por la División Técnica de Rectoría, la División Administrativa y las Direcciones del nivel central subordinadas directamente a las Direcciones Generales y a las Divisiones.

Artículo 7º— **De los niveles de gestión institucional.** La estructura organizacional del Ministerio de Salud se divide en tres niveles de gestión, que tienen las siguientes características:

a) **Nivel central.** Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Determina, formula y garantiza el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico, según corresponda, a los niveles regional y local. Ejecuta directamente las actividades operativas para cumplir con las funciones

específicas de rectoría de la salud en ámbitos geográficos que requieren de un abordaje nacional o multiregional.

Para cumplir con las funciones sustantivas de rectoría y de provisión de servicios de nutrición y desarrollo infantil, el nivel central cuenta con dos tipos de unidades organizativas:

a.1) Dirección General de Salud.

a.2) Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil.

b) **Nivel regional.** Constituye el nivel político-táctico y enlace entre el nivel central y el nivel local. Apoya a las unidades organizativas del nivel central en la determinación, formulación y en la garantía del cumplimiento de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. Brinda supervisión capacitante y acompañamiento al nivel local. Ejecuta directamente las actividades operativas para cumplir con las funciones específicas de rectoría de la salud en ámbitos geográficos que requieren de un abordaje regional o multilocal.

El nivel regional del Ministerio de Salud cuenta con dos tipos de unidades organizativas:

b.1) Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud.

b.2) Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil.

c) **Nivel local.** Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud. Participa, conjuntamente con los niveles central y regional, en la determinación, formulación y ejecución de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional.

El nivel local del Ministerio de Salud cuenta con dos tipos de unidades organizativas:

- c.1) Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.
- c.2) Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.

CAPÍTULO III

De la Organización del Nivel Central

Artículo 8°— **Del nivel central.** El nivel central del Ministerio de Salud está organizado en tres niveles:

- a) Nivel político.
- b) Nivel estratégico.
- c) Nivel operativo.

Artículo 9°— **Del nivel político.** El nivel político del nivel central está conformado por:

- a) El Despacho del Ministro de Salud.
- b) La Dirección de Asuntos Jurídicos.
- c) La Unidad de Asuntos Internacionales en Salud.

Artículo 10. — **Del nivel estratégico.** El nivel estratégico del nivel central está conformado por:

- a) La Dirección General de Salud.
- b) La Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil.

- c) La Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional.

Artículo 11. — **Del nivel operativo.** El nivel operativo del nivel central está conformado por:

- a) La División Técnica de Rectoría de la Salud y las Direcciones dependientes de ésta.
- b) La División Administrativa y la Direcciones dependientes de ésta.
- c) La Dirección de Atención al Cliente.

CAPÍTULO IV

De la Organización Interna del Despacho del Ministro de Salud

Artículo 12. — **Del Despacho del Ministro de Salud.** El Despacho del Ministro de Salud es el órgano jerárquico superior del Ministerio de Salud. Está conformado por el Ministro y el (los) Viceministro (s).

Artículo 13. — **Del Ministro de Salud.** Con base en las atribuciones que le confieren la Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, la Ley General de la Administración Pública, entre otras, al Ministro de Salud le corresponde ejecutar los procesos de Dirección Política de la Salud y Dirección Institucional y coordinar el Consejo Nacional de Salud y el Consejo Sectorial de Salud. Le corresponde, además, la representación judicial y extrajudicial del Ministerio de Salud y del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social.

Del Ministro de Salud dependen los siguientes Consejos y unidades organizativas:

- a) Consejo Nacional de Salud.

- b) Consejo Sectorial de Salud.
- c) Consejo Ministerial.
- d) Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA).
- e) Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- f) Dirección de Asuntos Jurídicos.
- g) Unidad de Asuntos Internacionales en Salud.
- h) Dirección General de Auditoría.
- i) Dirección General de Salud.
- j) Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Artículo 14. — **Del Consejo Nacional de Salud.** El Consejo Nacional de Salud está conformado por los jefes de las instituciones del Sector Público y constituye la instancia formal de asesoría y coordinación del más alto nivel político. Le corresponde asesorar al Ministro de Salud en la formulación de las políticas nacionales de salud y en todos aquellos asuntos relacionados con la protección y el mejoramiento de la salud de la población.

Artículo 15. — **Del Consejo Sectorial de Salud.** El Consejo Sectorial de Salud está conformado por los jefes de las instituciones del Sector Salud. Le corresponde asesorar al Ministro de Salud en la formulación de las políticas del Sector Salud y en todos aquellos asuntos relacionados con el mejoramiento de la cobertura y calidad y de los servicios públicos de salud.

Artículo 16. — **Del Consejo Ministerial.** El Consejo Ministerial es coordinado por el Ministro de Salud y constituye la instancia formal de asesoría y coordinación del más alto nivel político institucional,

que sirve para establecer las políticas y prioridades institucionales, definir, dar seguimiento y evaluar el accionar de la Institución a nivel nacional, comunicar asuntos clave y, en general, facilitar la integración de los esfuerzos institucionales para el logro de su marco estratégico.

El Consejo Ministerial está integrado por:

- a) El Ministro.
- b) El Viceministro de Salud.
- c) El Director General de Salud.
- d) El Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- e) El Director de Asuntos Jurídicos.
- f) El Jefe de la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud.

Artículo 17. — De la Dirección de Asuntos Jurídicos. La Dirección de Asuntos Jurídicos es una unidad organizativa asesora dependiente orgánicamente del Ministro de Salud. Su objetivo consiste en brindar el soporte jurídico que el Despacho del Ministro y el Ministerio en general le solicite, así como normalizar el desarrollo de la función de soporte jurídico dentro del Ministerio de Salud y asesorar a quienes lo requieran. Además, le corresponde revisar los instrumentos legales en los que interviene el Ministerio de Salud, así como mantener un inventario de leyes, decretos, acuerdos, convenios y otros instrumentos jurídicos relacionados con la producción social de la salud y la rectoría en materia de salud pública. De esta forma, contribuye a garantizar que las actuaciones de los funcionarios de la Institución estén acordes con el principio de legalidad y el ordenamiento jurídico vigente.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Asesoría Legal.
- b) Unidad de Gestión Jurídica.

Artículo 18. — De la Dirección General de Auditoría. La Dirección General de Auditoría es una unidad organizativa asesora y fiscalizadora. Depende orgánicamente del Ministro de Salud y cuenta con independencia funcional y de criterio. Su objetivo consiste en proporcionar seguridad razonable a la población, de que la actuación del jerarca y de los subordinados se ejecute de conformidad con el marco estratégico institucional, el marco legal y las sanas prácticas. Para ello, evalúa y promueve la mejora de la efectividad de la administración del riesgo, del control y de los procesos de dirección y evalúa la actuación de las unidades organizativas en la ejecución de la rectoría de la salud, la provisión de servicios de salud y la gestión institucional.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Gestión de la Rectoría de la Salud.
- b) Unidad de Gestión de Tecnologías de la Información.
- c) Unidad de Gestión Administrativa y Financiera.

Artículo 19. — De la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud. La Unidad de Asuntos Internacionales en Salud es una unidad organizativa asesora, dependiente orgánicamente del Ministro de Salud. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho del Ministro en la ejecución de la función de Dirección Política de la Salud en el ámbito de asuntos internacionales, así como normalizar las prácticas relacionadas con este ámbito y asesorar en su implementación a las instituciones del Sector Salud y a las unidades organizativas del Ministerio de Salud que lo requieran. Además, mantiene un inventario de acuerdos, convenios y demás asuntos internacionales, tanto del Ministerio como del Sector Salud.

CAPÍTULO V

De la Organización Interna de la Dirección General de Salud

Artículo 20. — **De la Dirección General de Salud.** La Dirección General de Salud es una unidad organizativa que depende orgánicamente del Ministro. Su objetivo consiste en orientar y conducir la gestión del Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel nacional acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Provisión Social de la Salud, asegurando que todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emitiendo lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución.

De la Dirección General de Salud dependen los siguientes Consejos y unidades administrativas:

- a) Consejo de Gestión Institucional.
- b) Consejo de Gestión Regional de Rectoría de la Salud.
- c) Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional.
- d) Dirección de Atención al Cliente.
- e) División Técnica de Rectoría de la Salud.
- f) División Administrativa.
- g) Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud.

Artículo 21. — **Del Consejo de Gestión Institucional.** El Consejo de Gestión Institucional es coordinado por el Director General de Salud y constituye la instancia formal de asesoría y coordinación del más

alto nivel técnico institucional. Le corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos estratégicos institucionales, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Institución a nivel nacional. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos institucionales para contribuir con el logro del marco estratégico.

El Consejo de Gestión Institucional está integrado por:

- a) El Director General de Salud.
- b) El Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- c) El Director de Desarrollo Estratégico Institucional.
- d) El Director de Atención al Cliente.
- e) El Director de la División Técnica de Rectoría.
- f) El Director de la División Administrativa.
- g) El Director de Asuntos Jurídicos.
- h) El Jefe de la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud.

Artículo 22. — **Del Consejo de Gestión Regional de Rectoría de la Salud.** El Consejo de Gestión Regional de Rectoría de la Salud es coordinado por el Director General de Salud y constituye la instancia formal de asesoría y coordinación entre el nivel central y el nivel regional. Le corresponde colaborar con formulación de los lineamientos estratégicos para el nivel regional, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Institución a nivel regional. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos regionales para contribuir con el logro del marco estratégico institucional.

El Consejo de Gestión Regional de la Rectoría la Salud está integrado por:

- a) El Director General de Salud.
- b) Los Directores Regionales de Rectoría de la Salud.

Artículo 23. — De la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional. La Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional es una unidad organizativa asesora dependiente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en apoyar a la Dirección General de Salud en el alineamiento estratégico de la institución, ejecutando los procesos de planificación intrainstitucional, desarrollo organizacional, mercadotecnia institucional, control interno, gestión integral de la información y observatorio jurídico, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud, y asesorando a las demás unidades organizativas de la institución en estos procesos.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Planificación Institucional.
- b) Unidad de Mercadotecnia Institucional.
- c) Unidad de Gestión Integral de la Información.
- d) Unidad de Desarrollo Organizacional.

Artículo 24. — De la Dirección de Atención al Cliente. La Dirección de Atención al Cliente depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste ejecutar el proceso de Atención al Cliente Interno y Externo en el nivel central, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud, normalizando la ejecución de este proceso en el nivel regional y local y asesorando a quienes lo requieran.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Plataforma de Servicios.
- b) Unidad de Gestión de Trámites.
- c) Unidad de Contraloría de Servicios Institucionales.

CAPÍTULO VI

De la Organización interna de la División Técnica de Rectoría de la Salud

Artículo 25. — **De la División Técnica de Rectoría de la Salud.** La División Técnica de Rectoría de la Salud depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en garantizar que los procesos de rectoría de la salud en el nivel central se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, acorde con las políticas públicas de salud, con las políticas de gestión institucional emitidas por el Ministro de Salud y apegadas a los lineamientos estratégicos establecidos por el Director General de Salud, garantizando el apoyo técnico necesario para que estas condiciones también se den en los niveles regional y local.

De esta División dependen el Consejo Técnico de Rectoría de la Salud y las siguientes unidades organizativas:

- a) Dirección de Mercadotecnia de la Salud.
- b) Dirección de Vigilancia de la Salud.
- c) Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.
- d) Dirección de Regulación de Salud.

- e) Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud.
- f) Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud.

Artículo 26. — **Del Consejo Técnico de Rectoría de la Salud.** El Consejo Técnico de Rectoría de la Salud es coordinado por el Director de la División Técnica de Rectoría de la Salud y constituye una instancia de asesoría y coordinación del nivel central. Le corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos tácticos para el desempeño de las funciones de rectoría de la salud, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud; y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de las Direcciones dependientes de la División. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos de la División para contribuir con el logro del marco estratégico institucional.

El Consejo Técnico de Rectoría de la Salud está integrado por:

- a) El Director de la División Técnica de Rectoría.
- b) El Director de la Dirección de Mercadotecnia de la Salud.
- c) El Director de la Dirección de Vigilancia de la Salud.
- d) El Director de la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.
- e) El Director de la Dirección de Regulación de Salud.
- f) El Director de la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud.
- g) El Director de la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud.

Artículo 27. — De la Dirección de Mercadotecnia de la Salud. La Dirección de Mercadotecnia de la Salud depende orgánicamente de la División Técnica de Rectoría de la Salud. Su objetivo consiste en garantizar que la ejecución del proceso de mercadotecnia de la salud a nivel nacional se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas del proceso de mercadotecnia de la salud correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Mercadotecnia Social.
- b) Unidad de Evaluación del Posicionamiento de Valores en Salud.

Artículo 28. — De la Dirección de Vigilancia de Salud. La Dirección de Vigilancia de la Salud depende orgánicamente de la División Técnica de Rectoría de la Salud. Su objetivo consiste en garantizar que la ejecución del proceso de vigilancia de la salud a nivel nacional se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas del proceso de vigilancia de la salud correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud.
- b) Unidad de Análisis Permanente de Situación de Salud.

Artículo 29. — De la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud. La Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud depende orgánicamente de la División Técnica de Rectoría de la Salud. Su objetivo consiste en garantizar que la ejecución de los procesos de planificación estratégica de la salud y evaluación del impacto de las acciones en salud a nivel nacional se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de los procesos de planificación estratégica de la salud y evaluación del impacto de las acciones en salud correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda.

Esta Dirección coordina la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN) y cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud.
- b) Unidad de Evaluación del Impacto de las Acciones Estratégicas en Salud.

Artículo 30. — De la Dirección de Regulación de Salud. La Dirección de Regulación de la Salud depende orgánicamente de la División Técnica de Rectoría de Salud. Su objetivo consiste en garantizar que

la ejecución del proceso de regulación de la salud a nivel nacional se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas del proceso de regulación de la salud correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda.

Esta Dirección coordina la Junta de Vigilancia de Drogas Estupeficientes y Psicotrópicas y cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Normalización.
- b) Unidad de Control.

Artículo 31. — De la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud. La Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud depende orgánicamente de la División Técnica de Rectoría de la Salud. Su objetivo consiste en garantizar la ejecución de las funciones de Armonización de la Provisión de Servicios de Salud y Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud, mediante la ejecución de los procesos de Vigilancia de Salud, Planificación Estratégica de la Salud, Evaluación de las Acciones en Salud y Regulación de la Salud en el ámbito de los servicios de salud a nivel nacional, asegurando que se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de esos procesos correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda.

Esta Dirección coordina con la Auditoría General de Servicios de Salud y cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas.
- b) Unidad de Servicios de Salud de Protección y Mejoramiento del Hábitat Humano.

Artículo 32. — De la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud. La Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico depende orgánicamente de la División Técnica de Rectoría de la Salud. Su objetivo consiste en articular y ejecutar los procesos de rectoría en el ámbito del Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud a nivel nacional, para garantizar que la generación de conocimiento científico y tecnológico responda a las prioridades nacionales, a criterios éticos y de calidad y que esté disponible, accesible y pueda ser utilizado como insumo para la toma de decisiones.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Gestión de Investigaciones en Salud.
- b) Unidad de Gestión de Tecnologías en Salud.

CAPÍTULO VII

De la Organización Interna de la División Administrativa

Artículo 33. — De la División Administrativa. La División Administrativa depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en garantizar que los procesos relacionados con la gestión de los recursos humanos, financieros, de infraestructura física y bienes y servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, respetando el marco legal vigente, acorde

con las políticas de gestión institucional emitidas por el Ministro de Salud y apegados a los lineamientos estratégicos establecidos por el Director General de Salud. Brinda además el apoyo técnico necesario para que estas condiciones se den en el Despacho del Ministro de Salud y en todas las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

La División Administrativa coordina el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS). Además, dependen de esa Dirección, la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS), el Consejo Técnico Administrativo y las siguientes unidades organizativas:

- a) Dirección de Desarrollo Humano.
- b) Dirección Financiera, de Bienes y Servicios.

Artículo 34. — Del Consejo Técnico Administrativo. El Consejo Técnico Administrativo es coordinado por el Director de la División Administrativa y constituye una instancia de asesoría y coordinación del nivel central. Le corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos tácticos para la gestión de los recursos de la institución, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud; y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de las Direcciones dependientes de la División. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos de la División para contribuir con el logro del marco estratégico institucional.

El Consejo Técnico Administrativo está integrado por:

- a) El Director de la División Administrativa.
- b) El Director de la Dirección de Desarrollo Humano.
- c) El Director de la Dirección Financiera, de Bienes y Servicios.

Artículo 35. — **De la Dirección de Desarrollo Humano.** La Dirección de Desarrollo Humano depende orgánicamente de la División Administrativa. Su objetivo consiste en garantizar que la ejecución del proceso de gestión de recursos humanos a nivel institucional se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de dicho proceso correspondientes a la Dirección de Desarrollo Humano. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Progreso Humano.
- b) Unidad de Recursos Humanos.

Artículo 36. — **De la Dirección Financiera y de Bienes y Servicios.** La Dirección Financiera y de Bienes y Servicios depende orgánicamente de la División Administrativa. Su objetivo consiste en garantizar que la ejecución de los procesos de gestión de recursos financieros, de infraestructura física y de bienes y servicios a nivel institucional, se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de estos procesos correspondientes a esta Dirección. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad Financiera.
- b) Unidad de Bienes y Servicios.

Artículo 35. — **De la Dirección de Desarrollo Humano.** La Dirección de Desarrollo Humano depende orgánicamente de la División Administrativa. Su objetivo consiste en garantizar que la ejecución del proceso de gestión de recursos humanos a nivel institucional se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de dicho proceso correspondientes a la Dirección de Desarrollo Humano. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Progreso Humano.
- b) Unidad de Recursos Humanos.

Artículo 36. — **De la Dirección Financiera y de Bienes y Servicios.** La Dirección Financiera y de Bienes y Servicios depende orgánicamente de la División Administrativa. Su objetivo consiste en garantizar que la ejecución de los procesos de gestión de recursos financieros, de infraestructura física y de bienes y servicios a nivel institucional, se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de estos procesos correspondientes a esta Dirección. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

Esta Dirección cuenta con las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad Financiera.
- b) Unidad de Bienes y Servicios.
- c) Unidad de Gestión Inmobiliaria.

CAPÍTULO VIII

De la Organización Interna de la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil

Artículo 37. — **De la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil.** La Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil depende orgánicamente del Ministro. Su objetivo consiste en orientar y conducir la gestión de los servicios de nutrición y desarrollo infantil que provee la institución, para garantizar el cumplimiento de su marco estratégico acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil, asegurando que todos los procesos relacionados con la provisión de estos servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emitiendo lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución en esta materia.

De la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil dependen los siguientes Consejos y unidades organizativas:

- a) Consejo de Gestión de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) Consejo Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- c) Unidad de Desarrollo Estratégico.
- d) Unidad de Gestión de la Información.
- e) Dirección Técnica de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- f) Dirección de Gestión de Recursos.

Artículo 38. — **Del Consejo de Gestión de Nutrición y Desarrollo Infantil.** El Consejo de Gestión de Nutrición y Desarrollo Infantil es coordinado por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil y

constituye la instancia formal de asesoría y coordinación del más alto nivel técnico institucional en este ámbito. Le corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos estratégicos institucionales en este ámbito, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de las unidades organizativas de Nutrición y Desarrollo Infantil a nivel nacional. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos institucionales para contribuir con el logro del marco estratégico de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.

El Consejo de Gestión de Nutrición y Desarrollo Infantil está integrado por:

- a) El Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) El Director de la Dirección Técnica de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- c) El Director de la Dirección de Gestión de Recursos.
- d) El Jefe de la Unidad de Desarrollo Estratégico.
- e) El Jefe de la Unidad de Gestión Integral de la Información.

Artículo 39. — Del Consejo Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil. El Consejo Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil es coordinado por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil y constituye la instancia formal de asesoría y coordinación entre el nivel central y el nivel regional. Le corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos estratégicos regionales en este ámbito, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Dirección Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil y de las Unidades Locales de Nutrición y Desarrollo Infantil. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos regionales para contribuir con el logro del marco estratégico de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.

El Consejo de Gestión Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil está integrado por:

- a) El Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) Los Directores Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Artículo 40. — De la Unidad de Desarrollo Estratégico. La Unidad de Desarrollo Estratégico es una unidad organizativa asesora dependiente de la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Su objetivo consiste en apoyar a la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil en el alineamiento estratégico institucional, ejecutando los procesos de planificación intrainstitucional, desarrollo organizacional, mercadotecnia institucional, control interno, gestión integral de la información y observatorio jurídico relacionados con la provisión de servicios de salud de nutrición y desarrollo infantil a cargo del Ministerio de Salud, en estrecha coordinación con la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional y acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Además, asesora en estos procesos a las demás unidades organizativas de Nutrición y Desarrollo Infantil de los niveles central, regional y local, según corresponda.

Artículo 41. — Unidad de Gestión Integral de la Información. La Unidad de Gestión Integral de la Información es una unidad organizativa asesora dependiente de la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Su objetivo consiste en apoyar a la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil implementando y asesorando a las unidades organizativas de Nutrición y Desarrollo Infantil de los niveles central, regional y local, en los procesos de información que garanticen la efectiva captura, procesamiento, análisis y divulgación de la información, la efectividad de las comunicaciones internas y externas de la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil y el resguardo documental, para contribuir a garantizar la satisfacción de los requerimientos de información y comunicación de los clientes internos y externos.

Artículo 42. — Dirección Técnica de Nutrición y Desarrollo Infantil. La Dirección Técnica de Nutrición y Desarrollo Infantil depende orgánicamente del Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Su objetivo consiste en apoyar a la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil, formulando las normas técnicas y los procedimientos de los servicios de nutrición y desarrollo infantil que provee la Institución, apegadas al Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil. Contribuye a garantizar que los servicios de este tipo a cargo del Ministerio de Salud se provean de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil, realizando asesoría y supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades locales.

De esta Dirección dependen las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Investigación y Vigilancia.
- b) Unidad de Normalización y Asistencia Técnica.

Artículo 43. — Dirección de Gestión de Recursos. La Dirección de Gestión de Recursos depende de la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Su objetivo consiste en apoyar a la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil asegurando que, mediante la estrecha coordinación con la Dirección General de Salud y la División Administrativa, los procesos relacionados con la gestión de los recursos humanos, financieros, de infraestructura física y de bienes y servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil, y brindando el apoyo técnico necesario para que estas mismas condiciones se den en las unidades organizativas de Nutrición y Desarrollo Infantil los niveles regional y local.

De esta Dirección dependen las siguientes unidades organizativas:

- a) Unidad de Recursos Humanos.

- b) Unidad Financiero-Contable.
- c) Unidad de Bienes y Servicios.
- d) Unidad de Gestión Inmobiliaria.

CAPÍTULO IX

De la Organización del Nivel Regional

Artículo 44. — **De las unidades organizativas del nivel regional.** El nivel regional del Ministerio de Salud cuenta con dos tipos de unidades organizativas:

- a) Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud.
- b) Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Las Direcciones Regionales son unidades organizativas que responden a un modelo de desconcentración técnico, administrativo y geográfico y dependen jerárquicamente de las direcciones generales del nivel central.

Artículo 45. — **Del nivel regional.** El nivel regional del Ministerio de Salud está organizado en dos niveles:

- a) Nivel político-estratégico.
- b) Nivel operativo.

Artículo 46. — **Del nivel político-estratégico de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud.** El nivel político-estratégico del nivel regional está conformado por:

- a) El Despacho del Director Regional.

- b) La Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional.

Artículo 47. — Del nivel operativo de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud. El nivel operativo del nivel regional está conformado por:

- a) La Unidad de Rectoría de la Salud.
- b) La Unidad de Atención al Cliente.
- c) La Unidad de Apoyo Logístico Administrativo.

Artículo 48. — Del nivel político-estratégico de las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil. El nivel político-estratégico del nivel regional está conformado por:

- a) El Despacho del Director Regional.
- b) La Unidad de Desarrollo Estratégico.

Artículo 49. — Del nivel operativo de las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil. El nivel operativo del nivel regional está conformado por:

- a) La Unidad Técnica de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) La Unidad de Gestión de Recursos.

CAPÍTULO X

De la Organización Interna de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud

Artículo 50. — De las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud. Las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud dependen orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo

consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel regional, asegurando que los componentes regional y local de todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Provisión Social de la Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud.

Para cumplir con su objetivo, las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud dirigen y conducen a los actores sociales con representación regional y articulan los esfuerzos de las Áreas Rectoras de Salud haciendo uso, en especial, de la supervisión capacitante como herramienta base para la mejora continua.

Las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud están conformadas por los siguientes Consejos y unidades organizativas:

- a) Consejo de Gestión Regional de Salud.
- b) Consejo de Gestión Local de Salud.
- c) Despacho del Director Regional de Salud.
- d) Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional.
- e) Unidad de Atención al Cliente.
- f) Unidad de Rectoría de la Salud.
- g) Unidad de Apoyo Logístico Administrativo.

Artículo 51. — De los Despachos de los Directores Regionales de Salud. Los Despachos de los Directores Regionales de Salud dependen orgánicamente del Director General de Salud. Les corresponde ejercer los procesos de Dirección Política de la Salud y Dirección del Nivel Regional mediante los cuales dirigen y conducen, políticamente, a los actores sociales de la producción social de la salud con

representación regional, y dirigen y articulan a las unidades organizativas de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y a las Áreas Rectoras de Salud.

Artículo 52. — De los Consejos de Gestión Regional de Salud. Los Consejos de Gestión Regional de Salud son instancias de asesoría y coordinación y están coordinados por los Directores Regionales de Salud. Les corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos tácticos regionales, acordes con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud, y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Institución a nivel regional. Además, en estas instancias, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos regionales para contribuir con el logro del marco estratégico institucional.

Los Consejos de Gestión Regional de Salud están integrados por:

- a) El Director Regional de Salud.
- b) El Jefe de la Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional.
- c) El Jefe de la Unidad de Atención al Cliente.
- d) El Jefe de la Unidad de Rectoría de la Salud.
- e) El Jefe de la Unidad de Apoyo Logístico Administrativo.

Artículo 53. — De los Consejos de Gestión Local de Salud. Los Consejos de Gestión Local de Salud son instancias de asesoría y coordinación entre el nivel regional y el nivel local y están coordinados por los Directores Regionales de Salud. Les corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos operativos locales, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud y

y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Institución a nivel regional. Además, en estas instancias, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos regionales para contribuir con el logro del marco estratégico institucional.

Los Consejos de Gestión Regional de Salud están integrados por:

- a) El Director Regional de Salud.
- b) El Jefe de la Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional.
- c) El Jefe de la Unidad de Atención al Cliente.
- d) El Jefe de la Unidad de Rectoría de la Salud.
- e) El Jefe de la Unidad de Apoyo Logístico Administrativo.

Artículo 53. — De los Consejos de Gestión Local de Salud. Los Consejos de Gestión Local de Salud son instancias de asesoría y coordinación entre el nivel regional y el nivel local y están coordinados por los Directores Regionales de Salud. Les corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos operativos locales, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud y los lineamientos tácticos establecidos por el Director Regional de Salud; y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Institución a nivel local. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos locales para contribuir con el logro del marco estratégico institucional.

Los Consejos de Gestión Local de Salud están integrados por:

- a) El Director Regional de Salud.
- b) Los Directores de las Áreas Rectoras de Salud.

Artículo 54. — **De las Unidades de Desarrollo Estratégico Institucional.** Las Unidades de Desarrollo Estratégico Institucional son unidades organizativas asesoras dependientes orgánicamente de los Directores Regionales de Salud. Su objetivo consiste en apoyar a los Directores Regionales de Salud en el alineamiento estratégico de la Región, ejecutando los procesos, subprocesos y actividades, correspondientes a este nivel de gestión, de planificación intrainstitucional, desarrollo organizacional, mercadotecnia institucional, control interno, gestión integral de la información y asesorando a las demás unidades organizativas de la Región y de las Áreas Rectoras de Salud en estos procesos.

Artículo 55. — **De las Unidades de Atención al Cliente.** Las Unidades de Atención al Cliente dependen orgánicamente de los Directores Regionales de Salud. Su objetivo consiste en ejecutar el proceso de Atención al Cliente.

Artículo 56. — **De las Unidades de Rectoría de la Salud.** Las Unidades de Rectoría de la Salud dependen orgánicamente de los Directores Regionales de Salud. Su objetivo consiste en asegurar que los procesos de rectoría de la salud en el nivel regional se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y garantizar el apoyo técnico necesario para que estas condiciones se den en las Áreas Rectoras de Salud.

Artículo 57. — **De las Unidades de Apoyo Logístico y Administrativo.** Las Unidades de Apoyo Logístico y Administrativo dependen orgánicamente de los Directores Regionales de Salud. Su objetivo consiste en ejecutar los procesos relacionados con la gestión de los recursos humanos, financieros, de infraestructura física y de bienes y servicios correspondientes al nivel regional, de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, y brindar el apoyo técnico necesario para que estas condiciones se cumplan en las Áreas Rectoras de Salud.

CAPÍTULO XI

De la Organización Interna de las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil

Artículo 58. — De las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil. Las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil dependen orgánicamente del Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Su objetivo consiste en garantizar la calidad y la cobertura de los servicios de nutrición y desarrollo infantil a nivel regional, asegurando que los componentes regional y local de todos los procesos relacionados con estos servicios de salud se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Para este fin, se emiten lineamientos tácticos, se brinda apoyo técnico y administrativo y se ejerce supervisión capacitante al personal de las Unidades Locales de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil están conformadas de la siguiente manera:

- a) Despacho del Director Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) Consejo de Gestión Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- c) Consejo de Gestión Local de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- d) Unidad de Desarrollo Estratégico.
- e) Unidad Técnica de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- f) Unidad de Gestión de Recursos.

Artículo 59. — **De los Despachos de los Directores Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil.** Los Despachos de los Directores Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil dependen orgánicamente del Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Les corresponde dirigir y articular a las unidades organizativas de las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil y a las Unidades Locales de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Artículo 60. — **De los Consejos de Gestión Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil.** Los Consejos de Gestión Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil son instancias de asesoría y coordinación y están coordinados por los Directores Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil. Les corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos tácticos regionales en el ámbito de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil, y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Institución en este ámbito a nivel regional. Además, en estas instancias, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos regionales para contribuir con el logro del marco estratégico de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Los Consejos de Gestión Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil están integrados por:

- a) El Director Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) El Jefe de la Unidad de Desarrollo Estratégico.
- c) El Jefe de la Unidad Técnica de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- d) El Jefe de la Unidad de Gestión de Recursos.

Artículo 61. — De los Consejos de Gestión Local de Nutrición y Desarrollo Infantil. Los Consejos de Gestión Local de Nutrición y Desarrollo Infantil son instancias de asesoría y coordinación entre el nivel regional y el nivel local y están coordinados por los Directores Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil. Les corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos operativos locales en el ámbito de los servicios de nutrición y desarrollo infantil, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil y los lineamientos tácticos establecidos por el Director Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil; y con la definición, seguimiento y evaluación del accionar de las unidades organizativas de Nutrición y Desarrollo Infantil a nivel local. Además, en esta instancia, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos locales para contribuir con el logro del marco estratégico de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Los Consejos de Gestión Local de Nutrición y Desarrollo Infantil están integrado por:

- a) El Director Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) Los Directores de las Unidades Locales de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Artículo 62. — De las Unidades de Desarrollo Estratégico. Las Unidades de Desarrollo Estratégico son unidades organizativas asesoras dependientes orgánicamente de los Directores Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil. Su objetivo consiste en apoyar a los Directores Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil en el alineamiento estratégico de la Región ejecutando, en estrecha coordinación con las Unidades de Desarrollo Estratégico Institucional, los procesos, subprocesos y actividades correspondientes a este nivel de gestión, de planificación intrainstitucional, desarrollo organizacional, mercadotecnia institucional, control interno, gestión integral de la

De las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil dependen los centros en los que se brindan directamente los servicios, los que se clasifican en tres tipos:

- b.1) Centros de Nutrición y Educación (CEN).
- b.2) Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CINAI).
- b.3) Centros de Nutrición y Comedores Escolares (CENCE).

Las unidades organizativas del nivel local responden a un modelo de desconcentración técnico, administrativo y geográfico y dependen jerárquicamente de las direcciones regionales.

Artículo 66. — **Del nivel local.** El nivel local del Ministerio de Salud está organizado en dos niveles:

- a) Nivel político-táctico.
- b) Nivel operativo.

Artículo 67. — **Del nivel político-táctico de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.** El nivel político-táctico de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud está conformado por el Director del Área Rectora de Salud.

Artículo 68. — **Del nivel operativo de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.** El nivel operativo de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud está conformado por los siguientes equipos:

- a) Equipo de Mercadotecnia de la Salud.
- b) Equipo de Vigilancia de la Salud.
- c) Equipo de Formulación y Evaluación de Estrategias en Salud.
- d) Equipo de Regulación de la Salud.

- e) Equipo de Atención al Cliente.
- f) Equipo de Apoyo Logístico y Administrativo.

CAPÍTULO XIII

De la Organización Interna de las Direcciones de Áreas Rectoras de la Salud

Artículo 69. — De las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud. Las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud dependen de las Direcciones Regionales de Salud. Su objetivo consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel local, asegurando que el componente local de todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Provisión Social de la Salud y con los lineamientos tácticos emitidos por el Director Regional de Rectoría de la Salud.

Las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud están conformadas de la siguiente manera:

- a) Despacho del Director de Área Rectora de Salud.
- b) Consejo de Gestión de Área Rectora de Salud.
- c) Equipo de Mercadotecnia de la Salud.
- d) Equipo de Vigilancia de la Salud.
- e) Equipo de Formulación y Evaluación de Estrategias en Salud.
- f) Equipo de Regulación de la Salud.
- g) Equipo de Atención al Cliente.
- h) Equipo de Apoyo Logístico y Administrativo.

Artículo 70. — **De los Despachos de los Directores de Áreas Rectoras de Salud.** Los Despachos de los Directores de Áreas Rectoras de Salud dependen orgánicamente de los Directores Regionales de Salud. Les corresponde ejercer los procesos de Dirección Política de la Salud y Dirección de Áreas Rectoras mediante los cuales dirigen y conducen, políticamente, a los actores sociales de la producción social de la salud de las respectivas áreas geográficas, y dirigen y articulan a los equipos que conforman las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.

Artículo 71. — **De los Consejos de Gestión de Áreas Rectoras de Salud.** Los Consejos de Gestión de Áreas Rectoras de Salud son instancias de asesoría y coordinación y están coordinados por los Directores de Áreas Rectoras de Salud. Les corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos operativos, acordes con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud y con los lineamientos tácticos fijados por el Director Regional de Salud respectivo, así como la definición, seguimiento y evaluación del accionar de la Institución a nivel del Área Rectora. Además, en estas instancias, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos locales para contribuir con el logro del marco estratégico institucional.

Los Consejos de Gestión de Área Rectora de Salud están integrados por:

- a) El Director del Área Rectora de Salud.
- b) Los Coordinadores de los Equipos del Área Rectora de Salud.

CAPÍTULO XIV

De la Organización Interna de las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil

Artículo 72. — **De las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.** Las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil dependen de las Direcciones Regionales de Nutrición y Desarrollo Infantil. Su objetivo consiste en garantizar a la población blanco, el acceso equitativo y oportuno a servicios de nutrición y desarrollo infantil de calidad, mediante la provisión directa de servicios bajo las modalidades de atención intramuros y extramuros, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil, el Marco Estratégico Institucional y los lineamientos tácticos emitidos por el Director Regional de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil están conformadas de la siguiente manera:

- a) Despacho del Director de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) Equipo Itinerante de Apoyo a Establecimientos.
- c) Equipo de Planta de Establecimientos CEN.
- d) Equipo de Planta de Establecimientos CINAI.
- e) Equipos de Planta de Establecimientos CENCE.
- f) Consejo de Dirección de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Artículo 73. — **De los Despachos de los Directores de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.** Los Directores de las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil dependen orgánicamente

del Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil. Les corresponde dirigir y articular a los equipos itinerantes y a los equipos de los establecimientos CEN, CINAI y CENCE.

Artículo 74. — De los Consejos de Dirección de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil. Los Consejos de Dirección de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil son instancias de asesoría y coordinación y están coordinados por los Directores de las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil. Les corresponde colaborar con la formulación de los lineamientos operativos de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil, acorde con las políticas y prioridades definidas por el Ministro de Salud, con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Nutrición y Desarrollo Infantil y con los lineamientos tácticos establecidos por los Directores Regionales; y con la definición, seguimiento y evaluación de la cobertura y calidad de los servicios prestados. Además, en estas instancias, se comunican asuntos clave y, en general, se facilita la integración de los esfuerzos locales para contribuir con el logro del marco estratégico de los Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.

Los Consejos de Dirección de Nutrición y Desarrollo Infantil están integrados por:

- a) El Director de la Dirección de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- b) El coordinador del equipo itinerante.
- c) Los coordinadores de los equipos de los establecimientos.

CAPÍTULO XV

Derogatorias

Artículo 75.—Deróguense los siguientes Decretos Ejecutivos: N° 30921-S del 6 de diciembre del 2002, publicado en La Gaceta N° 11 de 16 de enero del 2003; N° 34054-S del 5 de setiembre del 2007, publicado en La Gaceta N° 218 del 13 de noviembre del 2007 “Reglamento del Consejo Nacional de Salud”; N° 29893-S del 10 de octubre del 2001, publicado en La Gaceta N° 205 del 25 de octubre del 2001 “Creación de la Comisión Asesora en Detención y Prevención de Armas Biológicas y Químicas”; N° 19311-S del 15 de noviembre de 1989, publicado en La Gaceta N° 233 del 11 de diciembre de 1989 “Creación del Consejo Nacional de Salud de la Mujer y la Familia”; N° 33296-S del 7 de julio del 2006, publicado en La Gaceta N° 167 del 31 de agosto del 2006 “Creación de la Comisión Nacional de Género y Salud”; N° 26970-S del 16 de abril de 1998, publicado en La Gaceta N° 98 del 22 de mayo de 1998 “Reglamento a la Ley General de Protección a la Madre Adolescente”; N° 30921-S del 6 de diciembre del 2002, publicado en La Gaceta N° 11 del 6 de enero del 2003 “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”. Asimismo deróguense los incisos 3), 5), 7) y 9) del Decreto Ejecutivo N° 19343-S del 23 de noviembre de 1989, publicado en La Gaceta N° 239 del 19 de diciembre de 1989 “Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional”.

CAPÍTULO XVI

Transitorios

Transitorio I. —El Ministerio de Salud contará con el plazo máximo de un año contado a partir de la entrada en vigencia de este Reglamento para que el mismo aplique en su totalidad.

Transitorio II. —El Ministerio de Salud contará con el plazo máximo de seis meses contado a partir de la entrada en vigencia de este Reglamento para emitir los reglamentos específicos de funcionamiento de los diferentes consejos de asesoría y coordinación intra-institucional.

Artículo 76. —Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República. —San José, a los cuatro días del mes de abril del dos mil ocho.

ÓSCAR ARIAS SÁNCHEZ. —La Ministra de Salud, Dra. María Luisa Ávila Agüero. —1 vez. — (Solicitud N° 473462). —C-1407635. — (D34510-41715).

APARTADO 3

Evolución del Sistema de Salud de Costa Rica: Del Sector Salud al Sistema de Producción Social de la Salud

Evolución del Sistema de Salud de Costa Rica:

*Del Sector Salud al Sistema de Producción Social de la Salud*¹

Rossana García González²

1. Principales indicadores demográficos, socio-económicos y de salud.

Costa Rica es un país centroamericano pequeño que cuenta con una extensión territorial de 51.100 Km². Limita al norte con Nicaragua, al sur con Panamá y se encuentra entre el Océano Pacífico y el Mar Caribe. Según la división político – administrativa, éste se encuentra subdividido en 7 provincias y 81 cantones y presenta una densidad poblacional promedio de 87,6 hab./Km², siendo la provincia de San José, su capital, la que presenta la mayor densidad poblacional (308 hab./Km²).

En términos generales, los indicadores sociales que ha alcanzado Costa Rica se parecen más a los de países desarrollados que a los del resto de los países en vías de desarrollo debido, sobre todo, al énfasis que, durante muchos años, se le ha dado a la política social. En el año 2007, el índice de desarrollo humano alcanzado fue de 0,834, lo que ubicó al país en el puesto No. 43 a nivel mundial, una posición mucho más alta que la que le correspondería en el ordenamiento mundial según el PIB por habitante, como se muestra a continuación.

1.1 Principales indicadores demográficos.

En el año 2007 se estimaba que, Costa Rica, contaba con una población total de 4.476.640 habitantes, distribuidos de la siguiente manera:

¹ Documento elaborado en mayo del 2011.

² Dra. Rossana García González, Dra. en Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica (UCR), MSc. en Administración Pública con énfasis en Servicios de Salud del Instituto Centroamericano de Administración Pública (INCAP).

Tabla 1
Población de Costa Rica
Según: provincia, extensión geográfica y
densidad poblacional -2009-

Provincia	Población		Extensión territorial (Km ²)	Densidad poblacional (hab/Km ²)
	Número	%		
Costa Rica	4.509.392	100	51.100	88,2
San José	1.608.476	35,7	4.966	323,9
Alajuela	865.748	19,2	9.757	88,7
Cartago	505.785	11,2	2.656	161,9
Heredia	441.973	9,8	10.141	166,3
Guanacaste	280.605	6,2	11.266	27,7
Puntarenas	369.217	8,2	9.189	32,8
Limón	437.588	9,7	3.125	47,6

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

La pirámide poblacional muestra una clara tendencia hacia el envejecimiento siendo que, solamente el 25,3% de la población es menor de 15 años y el 6,4% ya supera los 65 años de edad.

El Índice de Desarrollo Humano fue, en nuestro país, De la población costarricense, la mitad (49,9%) vive en zonas urbanas y la otra mitad (50,1%) en zonas rurales. A nivel nacional, más del 95% de las viviendas cuentan con sistemas de disposición de excretas pero solamente el 24,9% de la población tiene acceso a servicios de alcantarillados y el 95,2% tiene acceso segura para consumo humano.

En el año 2009, Costa Rica contaba con una tasa promedio de alfabetismo³ del 95,2%: 94,9% para los hombres y 96,9% para las mujeres.

En ese mismo año, en promedio, vivían 3,7 personas por vivienda y la esperanza de vida al nacer fue de 79,3 años, siendo para el sexo masculino de 76,8 años y para el sexo femenino de 81,8 años.

³Alfabetismo en personas de 10 años y más.

El crecimiento natural de la población costarricense en este año de referencia fue de 1,3% y, desde el año 1995 ha venido decreciendo. Por otro lado, Costa Rica registró, en el año 2009, un crecimiento poblacional por migración del 0,4%, porcentaje que se ha mantenido igual durante los últimos años.

De los 75.000 nacimientos registrados en el año 2009, el 19,6% fue de madres adolescentes, el 7,7 % con paternidad no reconocida, el 66,5% ocurrieron fuera del matrimonio y 99,1% se produjo en los hospitales.

1.2 Principales indicadores socio-económicos

En el año 2008, Costa Rica registró un ingreso per cápita \$ 6.442,8 y, del Producto Interno Bruto (PIB) generado ese mismo año, el 7,18% se gastó en el Sector Salud, mostrándose un leve aumento respecto a los dos años anteriores ya que en el año 2008 el gasto en salud fue del 7,07% del PIB y en el 2007 fue de 5,2%.

En Costa Rica, el Sector Salud está integrado por: el Ministerio de Salud y sus dependencias (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y la Dirección Nacional de Centros de Nutrición y Educación y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CEN-CINAI)); el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y la Caja Costarricense de Seguro Social.

Ese mismo año, en el 2008, la tasa de desempleo abierto a nivel nacional fue de 4,9%, ligeramente mayor que en el año 2007 (4,6%).

Se estima que, en el año 2009, el 21,7% de población costarricense era pobre, registrando un aumento de la pobreza respecto al año 2007 (19,3%) y al año 2008 (17,7%). El porcentaje de pobreza extrema también aumentó en el año 2009 (5,1%) con respecto al año 2008 (3,5) y al año 2007 (3,3%).

Tabla 2
Principales Indicadores Económicos y Sociales
-Costa Rica, 2007-

Indicador	Valor
Alfabetismo (10 y más años de edad)	95,2 %
Hombres	94,9 %
Mujeres	96,9 %
Agua segura para uso humano (potable)	95,2 %
Tasa de desempleo abierto (2008)	4,9 %
Pobreza total	21,7 %
Pobreza extrema	5,1 %
PIB <i>per cápita</i>	\$ 6.442,8
Gasto Sector Salud / PIB	7,18 %
Cobertura Seguro de Salud de la CCSS ("Enfermedad y Maternidad")	91,91 %
Partos en instituciones de salud	99,9 %
Uso de métodos anticonceptivos en mujeres (todos los métodos)	81,1 %

1.3 Principales indicadores de salud

Como puede apreciarse en la tabla siguiente, los principales indicadores de salud en Costa Rica han mantenido, desde hace muchos años y específicamente en el período comprendido entre 1997 y el 2007, la tendencia a mejorar.

Tabla 3
Indicadores Básicos
Costa Rica: 2007-2009

Indicadores	2007	2008	2009
Tasa de natalidad (por 1.000 hab.)	16,3	16,9	16,6
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 n.v.)	10,0	9,0	8,8
Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacimientos)	1,9	3,3	2,7
Tasa de mortalidad general (por 1.000 habitantes)	3,8	4,0	4,1
Consultas médicas / hab.	2,29		
Camas (por 1.000 hab.)	1,26	1,23	1,23
Hospitalizaciones (por 1.000 hab.)	73,6	74,2	74,06
Médicos (por 10.000 hab.)	17,3	18,2	18,6
Enfermeros (por 10.000 hab.)	17,2	18,6	19,1
Odontólogos (por 10.000 hab.)	7,8	7,8	8,7

En relación con la mortalidad general, durante la última década, Costa Rica ha presentado las mismas cinco primeras causas que, según su orden de frecuencia, han sido: enfermedades del aparato circulatorio, tumores, causas externas, enfermedades del aparato respiratorio y enfermedades del aparato digestivo.

De las enfermedades del aparato circulatorio las más frecuentes fueron las enfermedades isquémicas del corazón, y las cerebrovasculares. En relación con la mortalidad por tumores, en el año 2009 los que con mayor frecuencia cobran vidas en la población femenina son, en orden de frecuencia, los de: mama, estómago, colon y cuello del útero y colon, mientras que en la población masculina son los de: próstata, estómago, pulmón y colon.

Entre las principales causas de mortalidad infantil, en los últimos años, están: afecciones originadas en el período perinatal (la mayoría relacionada con prematuridad), malformaciones congénitas y enfermedades del sistema respiratorio. En el 2009, las muertes infantiles por afecciones originadas en el período perinatal representaron el 42% de las muertes, por malformaciones congénitas el 37% y por enfermedades del sistema respiratorio el 3,12%.

2. Sistema Nacional de Producción Social de la Salud

A partir la década de los setenta, en nuestro medio, se empezó a reconocer explícitamente el hecho de que la salud de una población no depende exclusivamente de lo que hacen las instituciones prestadoras de servicios de 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 de la 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”**⁴.

Un modelo explicativo de la forma como se produce la salud en una población, sobre el cual se basa el **Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud** que sustenta, a partir del 2008, el nuevo marco estratégico y Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud de Costa Rica, fue desarrollado en la década de 1970 por el gobierno canadiense, impulsado por el Dr. Marc Lalonde, que sostiene que, los factores que determinan la salud de la población pueden ser agrupados en cuatro categorías:⁵

- **Determinantes biológicos**, que se refieren a todos aquellos elementos, tanto físicos como mentales, 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.

⁴ Rossana García, Armando Castro, Pedro González. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Ministerio de Salud de Costa Rica, junio 2007.

⁵ Marc Lalonde, A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document. Canada: Government of Canada, Ministry of National Health and Welfare, 1974.

- ***Determinantes ambientales***, son aquellos aspectos relacionados con el ambiente en general y con el hábitat humano en específico, que influyen o tienen impacto en la salud de las personas (o en la enfermedad), entendiendo por hábitat humano 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 este tipo de determinantes se pueden citar: la calidad del agua, el aire y el suelo, los eventos naturales, la interrelación con el hábitat de otras especies, las condiciones laborales, las condiciones de la vivienda, las condiciones de saneamiento básico (disposición de las aguas residuales y de los residuos sólidos), el clima, la urbanización, entre otros.
- ***Determinantes socioeconómicos y culturales***, se refieren a aquellas variables sociales y económicas en las que se desenvuelve el individuo y que tienen un efecto sobre su salud o su enfermedad. Incluye, entre otros: el estilo de vida, las decisiones individuales, los hábitos alimentarios, los niveles socialmente tolerados de castigo físico, los tipos de familia, las prácticas religiosas, las vivencias y prácticas de la sexualidad, la recreación, la organización social y la existencia de redes de apoyo, el ingreso económico y la equidad en su distribución, el nivel educativo, el empleo, la participación política, la razón de dependencia, el nivel de satisfacción de necesidades básicas, el acceso a vivienda, la existencia de grupos excluidos, las políticas públicas y la organización de las instituciones gubernamentales, las condiciones de infraestructura, y otras.

Determinantes relacionados con servicios de salud, se refiere a aspectos relacionados con el acceso, cobertura, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con los usuarios, disponibilidad de recursos y organización de los servicios de salud de atención directa a las personas, conocidos también como servicios médicos.

A partir de este reconocimiento conceptual y del marco legal que lo sustenta, como resultado de la evolución y fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud de Costa Rica, a partir del 2008 esta institución declaró que su misión consiste en:

*“Garantizar la protección y el mejoramiento de la 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*

Reconoce además que, el Sistema Nacional de Producción de la Salud está conformado por 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 lo anterior se deduce que, el Sistema de Producción Social de la Salud es, por definición, un sistema complejo⁷, 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 que lo componen; asimismo, la relación entre sus componentes puede ser consciente o inconsciente 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 estado de salud observado.

Forman parte de este sistema, las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud pero, como se desprende de la definición,

⁶ Costa Rica. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, junio 2011.

⁷ 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. (Moriello, Sergio A. Sistemas complejos, caos y vida artificial. <http://www.redcientifica.com/>).

además todas aquellas que, con lo que hacen impactan o influyen en los otros determinantes de la salud, tales como: Ministerio del Ambiente, Energía y Telecomunicaciones, Ministerio de Educación, Ministerio de la Vivienda, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, otros ministerios, Instituto Nacional de Aprendizaje, cámaras de comercio, industrias, grupos organizados de la comunidad, gobiernos locales, organizaciones religiosas, entre otras.

3. Sector Salud y Sistema Nacional de Salud de Costa Rica

3.1 Conformación del 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 la salud de la población”***⁸.

En la actualidad, según se establece en el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo del junio del 2011, el Sector Salud está conformado por:

- Ministerio de Salud, como rector
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CEN-CINAI)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)

⁸ Costa Rica. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, junio 2008.

3.2 Reforma del Sector Salud: principales antecedentes

- ***Década de los setenta***

En términos generales podría decirse que, la ***Reforma del Sector Salud en Costa Rica*** que continúa implementándose y ajustándose hasta la fecha, dio inicio en la década de los setenta, con la ley de la universalización de la seguridad social y la implementación de la atención primaria de la salud por parte del Ministerio de Salud. Como resultado de estas trascendentales decisiones, se extendió la cobertura de los servicios de salud del primer nivel de atención en todas las comunidades del país, especialmente en las áreas rurales y urbano-marginales.

En esa misma década, específicamente en el año 1973, con la promulgación de la ***Ley de Traspaso de Hospitales***, que implicó traspasar los hospitales que eran administrados por el Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social, dio inicio un proceso de separación de funciones entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social que, a la fecha, no ha concluido, porque quedan algunas pocas acciones a cargo del Ministerio de Salud (búsqueda activa de casos sospechosos de malaria y suministro de tratamiento profiláctico), pero que, sin lugar a dudas, sentó las bases para la universalización del seguro de salud (conocido como seguros de enfermedad y maternidad) y del sistema integral de salud.

En el mismo año, se promulgaron la ***Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud***, mediante las cuales se estableció la responsabilidad del Ministerio de Salud de definir la política nacional de salud y de organizar y coordinar la dirección de los servicios de salud públicos y privados del país.

A partir de esa fecha, y habiendo traspasado los hospitales a la CCSS, el Ministerio de Salud, como proveedor de servicios de salud, se abocó a realizar actividades de promoción de la salud y prevención

de la enfermedad en el primer nivel de atención; además de las actividades de regulación de productos y establecimientos de interés sanitario que ya ejercía en calidad de autoridad sanitaria; mientras que la Caja Costarricense de Seguro Social continuó prestando servicios de recuperación y rehabilitación de la salud, ya no solo a la población directamente asegurada sino que, a toda la población del país pero, pese a la separación de servicios que establecía la ley, la CCSS prestaba también servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población asegurada.

Durante esa década, el Estado costarricense destinó una considerable proporción de su presupuesto al gasto social en salud pero, en la década siguiente, se produjo un deterioro de las finanzas públicas que redujo la capacidad del Estado para sostener e incrementar ese gasto, razón por la que la cobertura de los servicios de salud a cargo del Ministerio de Salud se vio seriamente comprometida.

- ***Década de los ochenta***

Por la razón supracitada y, además, en virtud de la evolución del concepto de salud que reconocía que la salud de las personas, familias y comunidades debía abordarse de manera integral; el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social reconocieron que los servicios de salud que prestaban, no solo provocaban una duplicación sino que, no favorecían la atención integral de la población por lo que, suscribieron, a partir del año 1984, convenios de entendimiento para integrar funcionalmente los servicios de salud que prestaban en el primer nivel de atención, lográndose con esto un mayor acercamiento entre ambas instituciones y una atención de las personas, familias y comunidades con enfoque integral.

- ***Década de los noventa***

Sobre la base de varios diagnósticos realizados, tanto en el Ministerio de Salud como en la CCSS, que revelaban: el poco impacto de la función rectora a cargo del Ministerio de Salud, la alta concentración

y burocratización de ambas instituciones, el enfoque predominantemente biólogo de los servicios de salud que prestaba la CCSS, reflejado en el **“modelo hospitalario”**, el importante deterioro económico de la CCSS y la alta ineficiencia en el uso de los recursos; el Estado Costarricense se planteó la urgente necesidad de desarrollar un **Proyecto de Reforma del Sector Salud**, con la finalidad de mejorar la capacidad operativa de sus instituciones e introducir modificaciones profundas en los modelos de rectoría de la salud, prestación de servicios de salud y asignación de recursos.

El proyecto supracitado incluyó de tres grandes componentes:

- a. **El Fortalecimiento de la Función Rectora de la Salud**, a cargo del Ministerio de Salud, con el fin de mejorar su eficacia y avanzar de la rectoría de los servicios de salud a las personas a la rectoría sobre todos los actores sociales que determinan la salud de la población.
- b. **La Readecuación del Modelo de Atención en Salud de la CCSS**, con el propósito de mejorar la cobertura y la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, fortalecer la gestión local y la participación social, así como promover el trabajo en equipo
- c. **La Readecuación del Modelo de Asignación de Recursos en la CCSS**, con el objetivo de mejorar eficiencia en el uso de estos recursos y la eficacia de la institución.

Para ejecutar el Proyecto de Reforma del Sector Salud, el Gobierno de Costa Rica suscribió, mediante leyes, contratos de préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM), mediante las cuales se estableció que el Ministerio de Salud debía asumir efectivamente la rectoría del Sector Salud y trasladarle a la Caja Costarricense de Seguro Social las actividades relacionadas con la atención directa a las personas manteniendo, el Ministerio de Salud, la responsabilidad de la formulación de las políticas y planes de salud, así como la regulación de todos los servicios de salud del país.

En el marco de la misma legislación se estableció que, la Caja Costarricense de Seguro Social debía asumir la ejecución de los servicios de salud que, hasta ese entonces, ejecutaba el Ministerio de Salud.

En consecuencia con lo legislado, el Ministerio de Salud le traspasó a la Caja Costarricense de Seguro Social, en el período comprendido entre 1994 y 1998, los servicios (así como los recursos humanos, equipamiento e instalaciones físicas) de prevención de la enfermedad (control prenatal, planificación familiar, detección temprana de cáncer de cuello uterino, control del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 6 años, inmunizaciones), así como la detección y seguimiento de algunas enfermedades consideradas de salud pública tales como: tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, lepra, dengue, leishmaniasis y malaria.

Por otro lado, se definió e implementó la **Readecuación del Modelo de Atención en Salud en el Primer Nivel de Atención** y se readecó el **Sistema de Asignación de Recursos en esa institución**.

Los principales resultados del Proyecto han sido:

a. Del fortalecimiento del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría:

- Reconocimiento legal y político de la competencia del Ministerio de Salud para ejercer la rectoría de la salud.
- Separación de funciones entre la rectoría de la salud y la provisión de servicios de salud.
- Ejercicio de la rectoría con amplia participación del Ministerio de Salud en el nivel local (desconcentración institucional).
- Claridad conceptual y visión compartida de que la salud es un producto social y no depende solamente de la calidad, oportunidad y cobertura de los servicios de salud públicos de atención a las personas.

- **Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud** formulado, claro, sencillo y apropiado por parte de los funcionarios del Ministerio de Salud en todos los niveles de gestión.
- **Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud** divulgado a las máximas autoridades de las otras instituciones del Sector Salud, a otros sectores de gobierno y a entidades del sector privado (usuarios directos e indirectos de la rectoría de la salud).
- Fortalecimiento de la competencia técnica de los funcionarios del Ministerio de Salud para ejercer la rectoría mejorada.
- Funciones, productos y procesos de la rectoría claramente identificados según nivel de gestión institucional (central, regional, local).
- Plan Nacional de Salud 2010-2021, oficializado y divulgado a las máximas autoridades de las otras instituciones del Sector Salud.

b. Del Modelo Readecuado de Atención en Salud:

- Modelo Readecuado de Salud (modelo conceptual) en el que se establecen los principios, características, organización y conjunto de servicios que deben proveerse en el primer nivel de atención de la CCSS.
- Voluntad política para la implementación del Modelo de Atención en Salud, desde el más alto nivel (prioridad de gobierno).
- Tendencia sostenida de aumento en la asignación presupuestaria en el primer nivel de atención de la CCSS.

- Formalización de la participación social mediante la promulgación de las leyes: ***Deberes y Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud y la Constitución de las Juntas de Salud*** (elegidas popularmente e integradas por funcionarios de la CCSS, representantes patronales y representantes de la comunidad en todos los servicios de salud y en todos los niveles de atención (“EBAIS”, clínicas y hospitales)).

c. Del Modelo de Asignación de Recursos Financieros de la CCSS:

- Separación de las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios al interior de la institución, asignándosele a la Gerencia Financiera la función de “financiamiento”, a la Gerencia de Operaciones la función de “compra” y a la Gerencia Médica y sus unidades proveedoras de servicios de salud la función de “provisión”.
- *Compromisos de gestión* formalmente suscritos entre el nivel central de la CCSS (“financiador” y “comprador”) y las unidades prestadoras de servicios de salud (“proveedoras” de los servicios de salud) mediante los cuales se vinculan la asignación de recursos financieros con los objetivos de salud (nivel central de la CCSS) y se traslada parte de los riesgos a los proveedores de los servicios (nivel local de la CCSS y/o terceros a los que el nivel central de la CCSS también les “compra” servicios de salud).
- Participación del sector privado en la prestación de servicios de salud, vinculado a la CCSS mediante los compromisos de gestión.
- Definición previa de los parámetros cualitativos y cuantitativos de los productos y servicios que el nivel central de la CCSS “compra” a las unidades prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas.

- Avance en el proceso de desconcentración administrativa: administración presupuestaria, contratación administrativa y gestión del recurso humano.
- ***Década de los 2000 (a la fecha):***

Pese a los logros obtenidos, tanto la CCSS como el Ministerio de Salud, han reiniciado procesos de fortalecimiento de sus instituciones, con la finalidad de corregir las debilidades y desviaciones que se han producido entre lo propuesto en el Proyecto de Reforma y las acciones realizadas, así como por el resultado de las “lecciones aprendidas” durante la última década y el avance conceptual relacionado con el fenómeno de la salud y la enfermedad. Las acciones realizadas se basan, principalmente en:

a. De la rectoría de la salud:

A partir del 2006, el Ministerio de Salud inició un proceso de desarrollo organizacional que ha incluido el ajuste de su marco estratégico con base en lo establecido en el ***Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud***, la definición de funciones y productos sustantivos de la rectoría de la salud, el levantamiento de los manuales de organización y de procedimientos, la reorganización de la institución oficializada en un nuevo Reglamento Orgánico, así como la consecución de plazas nuevas y el desarrollo de su recurso humano mediante la formación académica universitaria sobre Rectoría de la Producción Social de la Salud.

b. Del Modelo Readecuado de Atención en Salud:

El Ministerio de Salud, está trabajando en la revisión y ajuste del Modelo de Atención en Salud ya que, entre lo que propone el modelo vigente y los servicios que está brindando la CCSS en el primer nivel de atención existen diferencias sustantivas.

Por otro lado, el **Modelo de Atención** vigente se refiere solamente a los servicios de salud que presta la CCSS en el primer nivel mientras que, se reconoce, que es el **Sistema Nacional de Salud**, conformado por instituciones públicas y privadas proveedoras de servicios de salud y dirigidas por el Ministerio de Salud mediante las funciones de armonización de la provisión y modulación del financiamiento, el responsable de garantizar la cobertura universal con servicios de salud.

Adicionalmente, el conjunto de servicios de salud que provee la CCSS en el primer nivel de atención muestra diferencias significativas entre los servicios de salud que se ofrecen en diferentes Áreas de Salud de la misma institución lo que ha puesto de manifiesto la necesidad de definir, con mayor claridad, el conjunto de servicios que debe garantizar el Estado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud (no solo de la CCSS), así como redefinir y garantizar el funcionamiento de las redes de servicios (de la CCSS y entre los diferentes proveedores de servicios de salud) mediante efectivos sistemas de referencia y contrareferencia.

c) Del Modelo de Asignación de Recursos Financieros de la CCSS (SARF):

Si bien es cierto, se reconocen los aportes que el **Sistema de Asignación de Recursos Financieros** ha logrado; para muchos los llamados “compromisos de gestión” se han convertido en el fin, lo que ha repercutido en la calidad y amplitud de los servicios que debe brindar la institución en las diferentes comunidades del país. Por ello, el modelo y sus resultados están siendo revisados con la finalidad de potencializar sus resultados positivos e identificar e implementar, estrategias tendentes a disminuir o eliminar sus desviaciones o deficiencias.

4. Organización del Sistema Nacional de Salud (SNS)

4.1 Integración del SNS

Como se anotó, el Sector Salud en Costa Rica está integrado solamente por las instituciones públicas que prestan servicios de salud mientras que, como se define en el artículo 1° del Decreto Ejecutivo No. 19276-S publicado el 05 de diciembre de 1989: Reglamento del Sistema Nacional de Salud, este Sistema está conformado ***“por el conjunto de instituciones y establecimientos que forman parte del sector público y privado, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad”***⁹.

Como complemento de esta definición, en el nuevo ***Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud***, publicado el 02 de junio del 2008, el ***Sistema Nacional de Salud*** se define como el ***“conjunto de entes públicos y privados, 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 de la salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo. Además de los entes nacionales, se consideran parte de este sistema los entes que, siendo de carácter internacional, realizan actividades en el país relacionadas con la provisión de ese tipo de servicios”***.

Como puede deducirse de las definiciones supracitadas, el Sistema Nacional de Salud se diferencia del Sector Salud en que está conformado, por las instituciones públicas que integran el Sector Salud, más las instituciones privadas, nacionales e internacionales, que proveen directamente servicios de salud, así como los insumos requeridos para ello.

⁹Costa Rica. Diario Oficial La Gaceta No. 230, Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, 05 de diciembre de 1989.

4.2 Proveedores de servicios de salud que conforman el SNS

En Costa Rica, el principal proveedor de servicios de salud es la CCSS que cubre a más del 90% de la población con los servicios del primer nivel de atención (áreas y sectores de salud con EBAIS) y en la atención de las emergencias médicas y quirúrgicas que se realizan en la red de clínicas y hospitales de la institución.

La CCSS provee los servicios del primer nivel, en su gran mayoría, directamente en más de cien Áreas de Salud con sus más de novecientos Sectores de Salud a los que se les asignan la misma cantidad de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS); o a través de la compra de servicios a terceros.

Además, la CCSS complementa esta atención con la suscripción de convenios con consultorios de medicina de empresa y de medicina mixta, modalidades de atención en las que los patronos (en el primer caso) o los médicos del sector privado (en el segundo) ofrecen la consulta médica que, en el segundo caso paga el asegurado directamente, y la CCSS brinda los servicios de exámenes de laboratorio y gabinete y proporciona los medicamentos mediante el sistema de referencia y contrareferencia entre la CCSS y esos proveedores de servicios de salud.

Adicionalmente, la CCSS cuenta con servicios de segundo nivel de atención distribuidos en todas las regiones del país (clínicas y hospitales) y de tercer nivel, en cuyo caso el 100% de estos servicios se localizan en la provincia de San José pero son de cobertura nacional.

El conjunto de servicios de salud que ofrece la CCSS es muy amplio, y prácticamente solo excluye, en **“términos oficiales”**, los servicios especializados de odontología y cirugía plástica o cosmética, así como algunos exámenes de laboratorio y gabinete. Sin embargo, los tiempos de espera para los servicios especializados (consulta médica, hospitalización y exámenes de laboratorio y gabinete especializados), sobre todo en el tercer nivel de atención, son sumamente

prolongados, sobre todo en algunas especialidades como: oftalmología, oncología, ortopedia, cardiología, entre otros, lo que pone en tela de duda su efectiva cobertura.

Además, en el país se ofrecen otros servicios públicos de salud que son los que brinda el Instituto Nacional de Seguros (INS) mediante su programa denominado INS-SALUD que cubre, con las pólizas de los seguros obligatorios que vende, a las personas que sufren accidentes de tránsito o del trabajo y que presentan enfermedades ocupacionales, con el inconveniente de que, si los servicios de salud que requieren los asegurados de este tipo sobrepasan el monto de la póliza correspondiente, son trasladados a los establecimientos de la CCSS sin que para ello el INS reconozca a esta institución ningún pago por ello.

Por último, el sector privado, lucrativo y no lucrativo (ONGs), ofrece servicios de salud de atención médica ambulatoria y de hospitalización, así como servicios de apoyo (laboratorios clínicos, farmacias, servicios odontológicos, diagnóstico por imágenes, radioterapia, etc.). Se estima que, en la actualidad, más del 20% de la población utiliza alguno de estos servicios, sobre todo los de consulta externa (o medicina ambulatoria) y dos son las principales razones por las que lo hacen: períodos de espera prolongados en la CCSS y preferencia.

Si bien es cierto, como se dijo, en el país existen diversos proveedores de servicios de salud, estos no están articulados entre sí ni funcionan como un sistema.

Adicionalmente hay que reconocer que, los prolongados tiempos de espera y lo costoso de los servicios privados, han provocado en los servicios de la CCSS un preocupante **“tráfico de influencias”** que consiste en que, familiares, amigos o conocidos de los funcionarios de la CCSS se **“saltan”** las filas o, lo que es peor, algunos profesionales de la institución **“cobran”** a los asegurados por **“brincarse la fila”** y atenderlos en los establecimientos de la institución, provocándose

con ello un círculo perverso que atenta contra los principios de la seguridad social: equidad, universalidad y solidaridad.

4.3 Propósito del SNS

A partir del reconocimiento de que la salud de la población esta determinada por diferentes factores, en el ***Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción de la Salud*** se reconoce que, el propósito del ***Sistema Nacional de Salud*** consiste en contribuir a proteger y mejorar, con equidad, la salud de la población, ***“garantizando a toda la población, servicios integrales de salud de buena calidad, elaborando y aplicando estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, la orientación de los recursos y el control en el uso de los mismos”***¹⁰.

Es decir, que le corresponde al conjunto de entidades que lo conforman, y no solamente a las instituciones públicas, actuar en forma sinérgica, bajo la dirección y conducción del Ministerio de Salud, para asegurarle a toda la población, el acceso a servicios integrales de salud, del nivel de complejidad que requiera, sobre todo a los sectores de la población más vulnerables y pobres.

4.4 Estrategias del Sistema Nacional de Salud

Adicionalmente, tanto en el ***Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud*** como en el artículo 3° del ***Reglamento del Sistema Nacional de Salud*** se señala que, la universalización y la desconcentración de los servicios de salud basados en la atención primaria, son características propias de este sistema y se reconoce que, para que el sistema funcione como tal, ***los establecimientos de salud estarán articulados entre sí en redes de oferta de servicios según niveles de atención, capaces de ofrecer cobertura universal con servicios en el primer***

¹⁰ Costa Rica. [Reglamento del Sistema Nacional de Salud](#), artículo 2°.

nivel de atención y acceso escalonado a los niveles de mayor complejidad, según resulte apropiado a la necesidad del usuario”¹¹.

4.5 Funciones generales del Sistema Nacional de Salud¹²

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

a. Rectoría del Sistema

Como se ha mencionado, la función de rectoría del Sistema Nacional de Salud le corresponde al Ministerio de Salud, y consiste en organizar, coordinar y dirigir los servicios de salud del país, tanto públicos como privados, mediante dos funciones específicas:

a.1 Armonización de la Provisión

Función rectora que consiste en establecer el conjunto de servicios de salud de atención a las personas 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 provean.

a.2 Modulación del financiamiento

Función rectora que consiste en corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento de los servicios públicos de salud de atención a las personas con respecto a las prioridades definidas por el Estado; 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 estos servicios.

¹¹ Ibid

¹² Rossana García, Armando Castro, Pedro González. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, junio 2007.

b. Aseguramiento de los servicios de salud

Esta función consiste en la obligación que tiene el ***Sistema Nacional de Salud***, de garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud, con énfasis en los sectores vulnerables de la población, especialmente los más pobres. La función de aseguramiento incluye tres perspectivas.

- ***Perspectiva pública.*** Consiste en la definición, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; del conjunto de servicios de salud que el Estado debe garantizarle 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. Algunas de las entidades a las que corresponde ejecutar esta función son: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda, Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), la CCSS y el Instituto Nacional de Seguros (INS).
- ***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 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 el FODESAF.

c. Financiamiento de los servicios de salud

Esta función 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 que debe entregar a la población. Algunas de las instituciones que realizan esta función en Costa Rica son: la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, la Junta de Protección Social (JPS), el Ministerio de Hacienda, el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), el Ministerio de Salud y los proveedores de servicios de salud privados.

d. Provisión de los servicios de salud

Le corresponde la Sistema Nacional de Salud suministrar o proveer el conjunto de servicios de salud establecido. Esta función incluye la provisión de servicios de atención individual y colectiva. Como ejemplo de las instituciones que desempeñan esa función en Costa Rica se pueden mencionar: la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Ministerio de Salud, las cooperativas de salud y los servicios de salud privados (con y sin fines de lucro).

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.

5. Sistema de Seguridad Social

5.1 Antecedentes legales

- a. Ley No. 12: Creación del Banco de Seguros.

Mediante esta ley, publicada el 30 de octubre de 1924, se creó el Banco de Seguros, que a partir de 1948 se conoce como el Instituto Nacional de Seguros (INS). Esta institución administró el monopolio de los seguros desde su creación y, a partir de la creación de la CCSS, continuó el monopolio en los seguros de riesgos del trabajo y accidentes de tránsito; ambos seguros obligatorios para todos los patronos y propietarios de vehículos.

Adicionalmente, el INS administra o vende otros seguros destinados a proteger los daños a las personas y sus bienes, ante eventos tales como: terremotos, incendios, robos, accidentes, etc. A partir del año 2008, como resultado de las leyes complementarias necesarias para que entre en operación el ***Tratado de Libre Comercio*** que, conjuntamente con los otros países de Centroamérica y República Dominicana, suscribió Costa Rica con los Estados Unidos de América, se rompió el monopolio de los seguros en Costa Rica, aunque el de riesgos del trabajo y accidentes de tránsito continúan siendo obligatorios y administrados por el INS.

b. Constitución Política de la República de Costa Rica.

Mediante el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica ***“se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine”***.

En el mismo artículo se aclara que, ***“la administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social”*** y que ***“no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y reservas de los seguros sociales”***.

c. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el año 1943, mediante la Ley No. 17, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social para ***“aplicar los seguros sociales obligatorios”***. El artículo 2° de esa ley establece que ***“el seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro...”***

El artículo 3° señala que ***“las coberturas del Seguro Social y el ingreso al mismo, son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario. El monto de las cuotas que se deban pagar, se calculará sobre el total de las remuneraciones que bajo cualquier denominación se paguen, con motivo o derivados de la relación obrero-patronal,”***, además, en el artículo 23 se aclara que, ***“la contribución de los trabajadores no podrá ser nunca mayor que la contribución de sus patronos”***.

Adicional a lo anterior, en el mismo artículo 3° se menciona que, ***“los trabajadores independientes pueden asegurarse en forma voluntaria, para lo cual estarán exentos del pago de la cuota patronal”*** y se autoriza a la Junta Directiva de la institución para que ***“tome las medidas tendientes a coadyuvar en la atención médica a los indigentes...”***

5.2 Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social

En el artículo 6° se señala que, “la Caja será dirigida por una junta directiva integrada de la siguiente forma:

- Presidente Ejecutivo, designado libremente por el Consejo de Gobierno.
- Ocho personas de máxima honorabilidad:

- Dos representantes del Estado, quienes no podrán ser ministros de Estado ni sus delegados.
- Tres representantes del sector patronal.
- Tres representantes del sector laboral.”

La institución cuenta con tres niveles de gestión:

- a. Nivel central
- b. Nivel regional
- c. Nivel local

El nivel central, como se dijo, realiza las funciones de financiamiento y compra de servicios de salud, el nivel local provee los servicios de salud organizados en tres niveles de complejidad y el nivel regional articula y facilita la interrelación entre el nivel central y el local, a excepción de los hospitales nacionales o de tercer nivel que, siendo nivel local, se relacionan directamente con el nivel central.

5.3 Seguros Sociales Obligatorios de la CCSS

La CCSS cuenta con dos tipos de seguros, ambos obligatorios:

- a. Seguro de Salud, conocido como “**Seguro de Enfermedad y Maternidad**”.
- b. *Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.*

5.4 Tipos de asegurados

Para cubrir a la población con servicios de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con diferentes tipos de asegurados (as):

- a. *Asegurados (as) directos*

- Asalariados (as)
- Trabajadores independientes
- Voluntarios (as)
- Por cuenta del Estado
- Asegurados (as) por convenios específicos
- Pensionados por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte
- Pensionados por el Régimen No Contributivo
- Pensionados por Regímenes Especiales

b. Asegurados (as) indirectos

El Seguro de Salud (Enfermedad y Maternidad) cubre, además de los (as) asegurados (as) mencionados (as), a sus familiares hasta primer grado de consanguinidad y al cónyuge o compañero (a), siempre que demuestren dependencia económica. Los familiares a que nos referimos son:

- Hijos (as) menores de 18 años
- Hijos (as) hasta los 25 años de edad que estén estudiando
- Hijos (as) con algún tipo de minusvalía sin límite de edad
- Ambos padres

c. Asegurados por el seguro estudiantil

d. Asegurados (as) por leyes especiales, como por ejemplo el Código de la Niñez

Adicionalmente, la Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención a personas no aseguradas mediante el pago directo de éstos.

5.5 Cobertura del Seguro de Salud de la CCSS.

En el año 2008 la cobertura del seguro de salud, fue del 88,8 % de la población que habita legalmente en el territorio nacional, o sea, costarricenses y extranjeros con status migratorio conocido y legal.

Tabla 4
Cobertura de la CCSS
Según: tipo de aseguramiento
-Año 2008-

Tipo de aseguramiento	No.	%
Directo asalariado	1 344.726	30,21
Dependientes de asegurados	1 752.907	39,38
Por cuenta del Estado	462.931	10,40
Pensionados	391.711	8,80
Total	3.952.275	88,8

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud.
Situación de la Salud en Costa Rica: Indicadores Básicos 2009

De los datos anteriores se desprende que, el 11,2% de la población, que corresponde a 498.541 habitantes no contaba, en el año 2008, con el seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS. Esta población corresponde, en su mayoría, a patronos que, con o sin el consentimiento de los trabajadores, no los aseguran, sobre todo cuando se trata de trabajadores del sector informal, trabajadores temporales pertenecientes al sector agropecuario, de la construcción y del servicio doméstico. Además, forman parte de esta población, los trabajadores independientes e indigentes que no han solicitado el Seguro por el Estado o la CCSS no se los ha otorgado de oficio, así como sus familiares dependientes.

5.6 Financiamiento

La CCSS se financia de fondos provenientes de las contribuciones obligatorias de asalariados, patronos y el Estado; de subsidios estatales para el aseguramiento de los indigentes; del aseguramiento voluntario de los trabajadores independientes y de otros grupos; y de

la venta de servicios a personas no aseguradas. También recibe intereses producto de la deuda acumulada por el gobierno central con la institución a lo largo de su existencia.

El financiamiento de la institución es, básicamente tripartito, y el aporte de las partes es el que se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 5
Financiamiento obligatorio de la CCSS
Según: fuente del aporte y tipo de seguro

Aporte sobre el salario total	Seguro de Enfermedad y Maternidad (%)	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (%)	Total del aporte (%)
Trabajador (a)	5,25	4,25	9,5
Patrono	9,25	3,25	12,5
Estado	1,25	---	1,25
Total	15,75	7,50	23,25

En el artículo 24 de la Ley Constitutiva de la C.C.S.S. se determina que, la cuota del Estado -como tal y como patrono- se financiará de la siguiente manera:

- 20% de todos los derechos y recargos, sin excepción, sobre la importación de licores, vinos perfumes, cervezas, refrescos gaseosos, aguas minerales y artículos de lujo de fabricación extranjera.
- 15% del valor de los productos elaborados y vendidos por la Fábrica Nacional de Licores.
- 15% de todos los impuestos de consume que soporte la cerveza fabricada en el país.
- 0,5 céntimos por cada envase de refrescos gaseosos y aguas minerales que se elaboren en el país.

Adicionalmente, la CCSS percibe recursos provenientes de la venta de servicios a personas no aseguradas, de la Junta de Protección Social de San José y de los intereses que devenga de la deuda que mantiene el Estado con la institución, tanto como patrono y como “Estado”.

6. De la universalización del seguro social de la CCSS a la universalización de la cobertura de servicios de salud.

Se puede afirmar que, en Costa Rica, la cobertura de los servicios de salud que presta la CCSS en el primer nivel de atención (medicina general) y en emergencias médicas y quirúrgicas es prácticamente universal; sin embargo, la cobertura de los servicios especializados, que incluye tanto la atención médica especializada como los exámenes de diagnóstico y gabinete y los medicamentos especializados que se ofertan en el segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud es inoportuna e incompleta.

Por otro lado, como se anotó anteriormente, en Costa Rica existen otros proveedores de servicios de salud que, lejos de “invisibilizarse”, deben ser considerados como parte importante del Sistema Nacional de Salud (SNS) por lo que, en cumplimiento con la función rectora que le corresponde, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de armonizarlos entre sí, a fin de alcanzar el propósito del SNS que, desde el año 1989, se definió como sigue:

“Garantizarle a toda la población, servicios integrales de salud de buena calidad, elaborando y aplicando estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, la orientación de los recursos y el control en el uso de los mismos”¹³

¹³ Costa Rica. Reglamento del Sistema Nacional de Salud, artículo 2°

Es decir, que le corresponde al conjunto de proveedores de servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y no solamente a las instituciones públicas ni, mucho menos solo a la CCSS, actuar en forma sinérgica, bajo la dirección y conducción del Ministerio de Salud, para asegurarle a toda la población, el acceso a servicios integrales de salud, del nivel de complejidad que requiera, sobre todo a los sectores de la población más vulnerables y pobres.

Para esto, a partir del mejor entendimiento de la función rectora y del proceso de desarrollo organizacional que ha venido implementando desde el 2006, el Ministerio de Salud se ha venido preparando responsablemente para realizar con efectividad la rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud y del Sistema Nacional de Salud.

7. Conclusiones

Nuestra Constitución Política reconoce como derecho de la población, el derecho a la vida y, de éste se desprende (por reiteradas resoluciones de la Sala Constitucional y de la Procuraduría General de la República), el derecho a la salud. Como anotamos en el apartado 2, reconocemos que la salud de la población está determinada por varios factores que se pueden agrupar en cuatro categorías: biológicos, socio-económicos, ambientales y de servicios de salud. Le corresponde al Estado, conformado por el conjunto de los órganos de gobierno¹⁴, garantizarle a la población el derecho a la salud (y no solo a los servicios de salud) y, al Ministerio de Salud, velar porque así se haga.

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, sino también

¹⁴ Diccionario de la Lengua Española, 22a edición, 2001

asegurar el abordaje de los otros determinantes de la salud, con la finalidad de proteger y mejorar el estado 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 estado de salud o que se encuentran en mayor riesgo de sufrirlo.

En procura de garantizarle a la población este derecho, el Estado costarricense ha invertido, de manera sostenida desde hace varias décadas, esfuerzos y recursos importantes que, conjuntamente con el desarrollo social que ha alcanzado, le han permitido a Costa Rica alcanzar niveles de salud comparables con los de los países desarrollados ya que, como se sabe, el nivel de salud que posee la población de esos países no se debe a los elevados gastos *per cápita* en servicios de salud, ni a grandes inversiones en tecnologías de avanzada dedicadas al diagnóstico y tratamiento de personas enfermas, si no más bien se explican por la presencia de factores nutricionales, ambientales y culturales más favorables para el ser humano, tal ha sido el caso de Costa Rica.

No obstante lo anterior, con la **Reforma del Sector Salud** costarricense, que dio inicio hace tres décadas, se ha procurado universalizar la cobertura de los servicios de salud para lo que se han seguido las siguientes estrategias generales:

- a. Separación de funciones entre la rectoría de la salud (a cargo del Ministerio de Salud) y la provisión de servicios de salud (a cargo del Sistema Nacional de Salud).
- b. Conformación del Sistema Nacional de Salud.
- c. Universalización del seguro de salud (“enfermedad y maternidad”), sustentado en la obligatoriedad de la afiliación y la solidaridad en el financiamiento.

- d. Fortalecimiento del primer nivel de atención, mejorando su cobertura, eficiencia y capacidad resolutive.
- e. Esfuerzos sostenidos por priorizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todos los niveles de atención, principalmente en el primer nivel.
- f. Desarrollo y fortalecimiento del Ministerio de Salud para que ejecute efectivamente la función de rectoría de la salud y, en este caso, específicamente la rectoría del Sistema Nacional de Salud mediante las funciones específicas de armonización de la provisión de servicios de salud y modulación del financiamiento de esos servicios.
- g. A partir del 2006, reconocimiento explícito de la importancia de ***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.

Dirección General de Salud
*“De la atención de la enfermedad
hacia la promoción de la salud”*

3a edición ajustada
San José, Costa Rica
Agosto 2011

La presente publicación, fue producida con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

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