Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social
ISSN 1409-1259 versión impresa

Rev. cienc. adm. financ. segur. soc v.10 n.2 San José jul. 2002

El papel rector del Ministerio de Salud. Una visión desde el nivel local de la CCSS

Patricia Salas Abarca.

Asesora Regional de Microbiología a.i.
Región Chorotega. Caja Costarricense de Seguro Social.

Resumen

La presente investigación pretende estudiar cuáles han sido los factores del contexto de la Reforma del Sector Salud de Costa Rica, que han obstaculizado el nuevo papel de rectoría asignado al Ministerio de Salud. Tal aproximación se alcanza en el análisis, determinando en primera instancia los componentes del papel rector del Ministerio de Salud, identificando el ámbito de acción de la rectoría y sus implicaciones en la salud pública y, por último, precisando la visión que tienen los funcionarios del nivel local de la Caja Costarricense de Seguro Social, acerca del papel rector del Ministerio de Salud. Manualmente, como producto del estudio, se analizan algunos factores del contexto de la Reforma del Sector Salud, que han condicionado la resistencia al cambio, experimentada en el momento en que el Ministerio de Salud asumiera su nuevo rol.

Introducción. El Ministerio de Salud y la reforma del sector.

El propósito continental ante el milenio que se avecina debe ser la renovación de voluntades para enfrentar un viejo reto: la búsqueda de la equidad. En las Américas hemos avanzado, pero aún queda mucho por hacer. Hay que acabar con la falta de equidad dentro y entre países. Si queremos fortalecer la salud, debemos bajar la pobreza y esto nos lleva, inevitablemente, a mejorar el acceso a la tierra, educación y salud.¹

Para este desarrollo humano permanente será cada vez más necesario el trabajo conjunto, la modernización de las instituciones, la participación social en todos los niveles de acción y la inversión en aquellas áreas que hagan posible el desarrollo sostenible del país. ²

El proceso de Reforma del Sector Salud está en marcha en nuestro país desde 1992. Su fines precisamente corregir y mejorar la capacidad operativo del mencionado sector e introducir modificaciones profundas en la prestación de servicios de salud, su financiamiento y organización.

Esta reforma, sin duda, es un ambicioso proceso de desarrollo institucional a nivel sectorial, el cual tiene como propósito garantizar el ejercicio de la rectoría del Sector Salud y la adopción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, a partir de la ejecución de un conjunto articulado de reformas políticas institucionales y operacionales en la prestación de los servicios de salud. 3

Los antecedentes de la actual Reforma del Sector Salud tienen sus inicios en la década de los setentas. Costa Rica, como otros países del continente, sufrió la grave crisis económica de los años ochentas. Esta década constituye uno de los períodos más críticos en la historia económica y social del país. El auge de la década anterior se quiebra a partir del aumento de precios del petróleo en 1979, que obliga a nuestro país a pagar un mayor precio por los artículos importados y a vender su producción exportable a precios menores.

Además, los errores administrativos en la política interna del primer gobierno neo-liberal y el uso fácil de los créditos externos produce un acelerado aumento del gasto público, de la deuda externa y de sus intereses. Llegan las primeras tendencias del ajuste del modelo económico político, se cuestiona el Estado de bienestar y empieza a preconizarse la reducción del tamaño del Estado y su función, se estimula la participación del sector privado y la globalización de la economía. Aumenta el sector de población calificado como pobre.4

Efectuando una reseña histórica de la reforma5 , encontramos que las políticas de ajuste estructural, que resultaron necesarias por la crisis económica, resultaron en una reducción del gasto público y en la presión de los bancos internacionales por la reducción de los gastos de inversión, mientras que el gobierno otorga una fuerte priorización al sector social y a la lucha contra la pobreza.

En concomitancia con estos cambios macroeconómicos, comienza a gestarse la reforma del sector salud en Costa Rica, dándose en la década de los setentas, "la primera gran transformación del sistema basado en dos pilares fundamentales de la Universalización de los Seguros Sociales, y la Atención Primaria de la Salud. Este fue un proceso pionero de extensión de la cobertura, que permitió llevar los servicios de salud a todas las comunidades del territorio nacional, con énfasis en áreas rurales y urbano marginales.

El proceso normativo e institucional, ordenado en 1961 por la Constitución Política para la universalización de los seguros sociales, alcanzó en esta etapa un grado de madurez con la promulgación de "Ley de Traspaso de Hospitales", en Setiembre de 1973; proceso que llevó, a partir de 1974, al traspaso de todos los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud y Juntas de Protección Social a la Caja Costarricense de Seguro Social, quedando sentadas así las bases para la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad y para la implantación de un sistema integral de salud. Este proceso se consolidó durante los años posteriores y abarcó la totalidad de los centros hospitalarios del país.

En 1973, fueron promulgadas la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, las cuales establecieron como responsabilidad del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud públicos y privados del país. La Ley Orgánica del Ministerio de Salud estableció la posibilidad de que otras dependencias administrativas desarrollaran acciones preventivas, a lo que contribuyó la reforma de la Ley Constitutiva de la CCSS, que autorizó a esta Institución a coadyuvar en la prevención y la promoción de la salud.

No obstante, durante los años siguientes, en la práctica, se comenzó a generar una separación entre salud preventiva y atención de la enfermedad, debido a que el Ministerio de Salud se abocó a lo preventivo y la CCSS a los asistencias, lo que produjo una dicotomía, con poca integralidad y continuidad en la atención, así como un duplicidad de esfuerzos y recursos entre ambas instituciones.

Para superar lo anterior, durante la década de los ochentas se propició un proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS, por medio de la suscripción de Convenios de Integración, el último de los cuales fue suscrito en 1992. Este convenio propició una mayor integración entre las instituciones, estableciendo que ambas instituciones tienen responsabilidades comunes en las áreas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas, superándose así en gran medida la situación anterior.

Como parte del proceso de reforma, y en virtud de lo estipulado en la Ley 7374, publicada en la Gaceta el 19 de Enero de 1994, se acordó que el Ministerio de Salud asumiera la rectoría de Sector Salud y trasladara a la CCSS las actividades relacionadas con la atención directa a las personas.

En este sentido, todos los programas que incluyen actividades de atención directa a las personas, incluyendo los servicios de apoyo clínico (laboratorio y farmacia), tales como la consulta de prenatal postnatal, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, y morbilidad, serían transferidos a dicha institución.

Como los programas contienen los servicios de atención directa por un lado y la formulación de planes y programas, así como la vigilancia, por otro, se hace una separación de funciones de la siguiente manera: la CCSS asume la ejecución de todas las actividades de atención directa a las personas, tanto de curación como de prevención; y el Ministerio de Salud mantiene la responsabilidad de la formulación de planes y políticas, así como la vigilancia de todos los servicios de salud que se presten en el país, entre otros.

El Ministerio empezó a transferir a la CCSS, desde principios de 1995, los servicios de atención de los siguientes programas

- Programa de Atención Primaria
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Programa de Cáncer
- Programa de Tuberculosis
- Programa de Dermatología Sanitaria (Lepra)
- Programa de Odontología Sanitaria

Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual

La transferencia se ha ido haciendo progresivamente, a medida que la CCSS se fue preparando para asumir los programas. Junto con éstos, el Ministerio ha transferido, a la fecha, 493 funcionarios de todos los niveles, además de equipos, materiales y otros elementos de infraestructura física.

También, como parte del proceso de desarrollo de la rectoría, los siguientes programas, que por su importancia estratégica y política no fueron transferidos, fueron objeto de una profunda transformación. Estos son:

Promoción y Protección de la Salud

Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano

Nutrición y Desarrollo Infantil (Centros Infantiles)

El Ministerio diseñó los modelos de reorganización de esos tres programas con el objeto de adecuarlos a su rol rector. Así, la nutrición, el ambiente y la promoción de la salud pasaron a ser tres temas de rectoría, pero que el Ministerio no podrá desentenderse de los aspectos operativos de esos tres programas y ha continuado manejándolos, para ser transferidos cuando se identifiquen u organicen, según el caso, las instituciones que habrán de asumirlos. En este momento, el Ministerio será una institución entera y exclusivamente rectora.

En este camino hacia la consolidación del Ministerio de Salud como organismo rector, como es de esperar ⁶, ha sido más fácil el acuerdo en torno a principios amplios, tales como universalidad y solidaridad, que respecto a acciones específicas de cómo llevarlos a cabo.

Efectivamente, el nuevo papel de rectoría asignado al Ministerio de Salud, ha generado una serie de conflictos a nivel local, entre los funcionarios de la CCSS y el Ministerio de Salud. Estas diferencias merecen ser evaluadas, para tratar de dilucidar cuáles han sido los factores del contexto de la Reforma del Sector Salud, que han condicionado esa controversia.

El propósito de la presente investigación es el de precisar la percepción que tiene el nivel local de la Caja Costarricense de Seguro Social, acerca del papel rector del Ministerio de Salud. De manera específica se plantean los siguientes objetivos:

- 1) Determinar los componentes del papel rector del Ministerio de Salud.
- 2) Identificar el ámbito de acción de la rectoría y sus aplicaciones en la salud pública.
- 3) Precisar la visión que tienen los funcionarios del nivel local de la Caja Costarricense de Seguro Social, acerca del papel rector del Ministerio de Salud.

Materiales y métodos

Objeto de estudio

Para realizar la investigación acerca del papel rector del Ministerio de Salud, se seleccionó el Área de Salud de Bagaces. Cabe recordar que el cantón de Bagaces es el cuarto de la provincia de Guanacaste y se encuentra ubicado entre los cantones de Liberia y Cañas, en una localización casi central. Limita al norte con la Cordillera de Guanacaste, al este con el Río Tenorio y al oeste con el Río El Salto. ⁷

Se eligió esta Arca debido a que pertenece a la Región Chorotega, la cual se constituyó en pionera a nivel nacional en la transferencia de los programas de atención directa de las personas hacia la CCSS, en concomitancia con la adjudicación del nuevo rol de rectoría al Ministerio de Salud. En el caso del Arca de Salud de Bagaces, estos cambios se concretaron a finales del año 1995.

Con el fin de determinar los componentes del papel rector del Ministerio de Salud, el ámbito de acción de la rectoría y sus aplicaciones en salud pública, se procedió a realizar la revisión bibliográfica del caso, así como una entrevista a un informante clave. Por el hecho de haber fungido como Gerente de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el momento en que se llevó a cabo la transferencia de atención directa a las personas del Ministerio de Salud a la CCSS, se eligió como informante clave al doctor Mario León Barth.

Para precisar la percepción que tiene el nivel local de la Caja Costarricense de Seguro Social, acerca del papel rector del Ministerio de Salud, se utilizó la técnica de grupo focal, mediante la convocatoria de diez personas del equipo de trabajo de la CCSS del Área de Salud de Bagaces.

En este grupo de funcionarios, se contó con la participación de:

- Cinco técnicos de atención primaria
- La Jefe del Servicio de Enfermería
- La Jefe de Registros Médicos
- La Directora del Área de Salud de Bagaces
- El Jefe de Administración del Área de Salud de Bagaces
- Un Auxiliar de Enfermería

Guía de observación y análisis

Luego de coordinar con la Directora del Área de Salud Bagaces, se procedió a elaborar una Guía de Observación y Análisis (ver Anexo 2), que permitiera identificar y analizar los siguientes aspectos:

- Concepto de rectoría que manejan los funcionarios del nivel local de la CCSS.
- Nivel de información sobre los componentes del papel rector del Ministerio de Salud.
- Implicaciones que tiene para los funcionarios de la CCSS, ese nuevo papel rector.

Discusión de los resultados

Concepto de rectoría

El nuevo papel rector del Ministerio de Salud implica "garantizar la salud de la población, estableciendo las condiciones para el cumplimiento de los principios de equidad, universalidad y solidaridad, mediante el ejercicio de la Rectoría sobre las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud, y la ejecución de programas prioritarios, para contribuir al logro de la calidad de vida de la población y al desarrollo del país" 8 .

Componentes de la Rectoría

El Ministerio de Salud cumple su misión por medio de una función general de dirección y conducción y cuatro funciones específicas:

Además, el Ministerio de Salud ejecuta tres programas operativos que le han sido asignados, según las prioridades y necesidades de la población y como una contribución específica de parte de la Institución al proceso de producción social de la salud (MIDEPLAN. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud. 1998. pp. 5-6) y son los siguientes:

- Salud ambiental
- Promoción de la salud
- Alimentación y Nutrición humana

FUNCIONES ESTRATEGIAS

1. Vigilancia de la Salud

Análisis de la situación de salud y la elaboración de escenarios de salud, los cuales constituyen el principal insumo para la función de planificación estratégica. Incluye el desarrollo de sistemas de información para medición, análisis y monitores de los factores que determinan la situación de salud actual y para la evaluación de escenarios futuros.

- Desarrollar un sistema de información en salud, que ayude a predecir situaciones en salud y a actuar en forma proactiva y que incluya información de tipo ecológica, biológica, socioeconómica y de los servicios de salud.

2. Planificación estratégica

Planificación, coordinación e integración de las actividades relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción de la capacidad de respuesta de los actores que participan en este proceso. Esta función se fundamenta en la formulación y seguimiento al cumplimiento de la Política Nacional de Salud, Programas Sectoriales de Salud y Planes Estratégicos de Salud.

- Identificar prioridades para enfocar la acción rectora, dentro y fuera del sector salud, en las áreas críticas para el logro del nivel de salud deseado.

o Fomentar la participación proactiva de todos los actores sociales en la producción de la salud.

- Definir estrategias de comunicación interna y externa, para fortalecer el papel y liderazgo del Ministerio de Salud.

- Gestionar el financiamiento de las actividades en la producción social de la salud y velar porque los recursos financieros disponibles se asignen de acuerdo con los lineamientos y directrices de la política sectorial pertinente.

3. Investigación científica y tecnológica

Promoción y desarrollo de las investigaciones científicas y tecnológicas en salud, para producir conocimiento científico y respuestas tecnológicas necesarias para apoyar la dirección y conducción de la producción social de la salud, de acuerdo con las prioridades en salud.

- Fomentar que la investigación científica y tecnológica en salud brinde respuesta a problemas prioritarios nacionales.

4. Regulación

Controlar y evaluar las actividades que afectan los niveles de salud, para velar porque las normas, reglamentos técnicos y procedimientos jurídicos, administrativos y técnicos sean cumplidos por los actores sociales que realizan actividades relativas a la salud.

- Establecer la reglamentación necesaria para velar efectivamente por el cumplimiento de la Ley General de Salud y los decretos ejecutivos en salud, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

Ámbito de acción de la rectoría

Tal y como lo señala su misión institucional, el Ministerio de Salud ejercerá la rectoría sobre las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud. Entre las instituciones públicas, privadas, mixtas y las organizaciones no gubernamentales (ONG), a las cuales deben ir dirigidas las acciones de rectoría del Ministerio de Salud, tenemos:

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Instituto Nacional de Seguros
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
- Universidades públicas y privadas
- Servicios de salud privados o cooperativos
- Municipalidades
- Organizaciones comunales
- Colegios profesionales
- Otros Ministerios
- Organizaciones no Gubernamentales
- Otras instituciones autónomas y públicas
- Entidades privadas
- Instituciones asistenciales financiadas total o parcialmente con fondos públicos. 9

Visión que tienen los funcionarios del nivel local de la CCSS, acerca del papel rector del Ministerio de Salud

Luego de efectuar la investigación, mediante la técnica de grupo focal, a nivel de los funcionarios del Área de Salud de Bagaces, se puede inferir que estos desconocen el nuevo papel de rectoría del Ministerio de Salud, así como sus componentes y su ámbito de acción. Ellos refieren no estar enterados sobre algunas otras funciones encomendadas al Ministerio de Salud, aparte del rol de regulación.

Se advierte también desinformación en el nivel local con respecto al ámbito de acción del Ministerio de Salud. Los funcionarios perciben como único universo de la rectoría del Ministerio de Salud, a la Caja Costarricense de Seguro Social. Ignoran que la verdadera misión encomendada al Ministerio de Salud es la de ejercer la rectoría sobre todas las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud. Es comprensible por lo tanto que desconozcan el espectro de instituciones sobre las cuales debe ejercer el Ministerio de Salud su papel de rectoría.

En síntesis, los funcionarios del nivel local de la CCSS, distinguen actualmente al Ministerio de Salud, como un ente regulador cuya única función es regular a la Caja Costarricense de Segura Social. Lejos de conocer a profundidad el nuevo rol de rectoría del Ministerio de Salud, sus componentes y su ámbito de acción, los funcionarios se sienten amenazados por este nuevo papel. Sin duda, este emplazamiento es producto de

la desinformación que manejan, no solo los empleados de la CCSS, sino también del propio Ministerio de Salud.

En relación con los beneficios que traerá el cambio de rol del citado Ministerio a la salud pública, no se percibe optimismo y, más bien, salen a flote algunos aspectos críticos relevantes que los hacen sentirse apercibidos, sobre los cuales puntualizan directa e indirectamente todos los empleados:

- Exceso de fiscalización hacia la CCSS.
- Actuales funciones del Ministerio de Salud, no justifican el numeroso equipo de trabajo que este conservó.
- Número de empleados traspasados a la CCSS, al asumir estos los programas de atención directa a las personas, no compensa el incremento en los volúmenes de trabajo.
- Las áreas más afectadas con los nuevos volúmenes de trabajo, son las de Registros Médicos y Administración, ya que es aquí donde se concretó el menor número de traslados de personal.
- La mayoría de la información que emiten las Áreas de Salud del Ministerio, es generada por los Registros Médicos de la CCSS.
- Sigue existiendo duplicidad de funciones en cuanto a vigilancia epidemiológica.
- Falta de coordinación entre la rectoría y la CCSS en lo que respecta a vigilancia epidemiológica.
- Exigencias de la rectoría, se alejan de la realidad cotidiana actual de los empleados de la CCSS. (Nuevas exigencias de compromisos de gestión).
- Falta de autoridad de la rectoría para hacer respetar las leyes. Es así como lo perciben los funcionarios del nivel local de la CCSS; sin embargo, lo que sucede es que luego de que el Ministerio de Salud emite una orden sanitaria, el caso pasa a la Alcaldía y por ende al orden jurídico. Se suma a esta situación el hecho de que las multas actuales por incumplimiento legal tienen montos ridículos, por lo que se prefiere pagarlas que efectuar las correcciones del caso.
- Retroceso en los Programas de Salud Ambiental a nivel de las comunidades. Los funcionarios refieren que se ha dado un deterioro en la salud ambiental desde el momento en que se facultó al Ministerio como institución rectora. Esto se asocia probablemente, como mencionamos anteriormente, con el doble rol de rectoría y manejo de programas operativos.

Factores del contexto de la Reforma del Sector Salud que condicionan esa visión

1) Rivalidad histórica entre la CCSS y el Ministerio de Salud

La rivalidad histórica que se ha dado entre la CCSS y el Ministerio de Salud ha sido un factor determinante de las dificultades que se han dado durante la Reforma del Sector Salud. Además, era de esperar que la separación de los empleados del Ministerio de Salud de los Programas de Prevención, iba a provocar resistencia al cambio, ya que los empleados de este Ministerio se han caracterizado por una mística muy marcada en el desempeño de sus labores a nivel comunitario. Sin embargo, como se dijo anteriormente, este fenómeno se pudo haber amortiguado con un apropiado y oportuno periodo de inducción.

2) Ausencia de un período de inducción

El Proceso de Reforma del sector Salud de nuestro país, se ha caracterizado por la falta de información a nivel de los actores involucrados en el proceso. Esta realidad se confirma en el Area de Salud estudiada, en la cual, a casi cuatro años de que se concretara el traslado de los Programas de Atención Primaria a la CCSS, y se asignara el papel de rector al Ministerio de Salud, se distingue un alto grado de desconocimiento sobre el nuevo rol de rectoría del Ministerio de Salud.

3) Falta de preparación para el cambio

Todo cambio genera incertidumbre y nuestro proceso de reforma en el campo de la salud, no ha escapado a esta realidad. La falta de comunicación y de participación de los funcionarios del nivel local, que caracterizaron el período, determinaron en gran medida la alta resistencia al cambio, que hemos venido presenciando. Sin embargo, esta falla debe constituirse más bien en un reto, que sirva de punto de partida para subsanar esta brecha.

4) Falta de procesos de definición organizacional.

La implantación de la política de rectoría, tal y como está esbozada en el Proyecto de Reforma, en la mayoría de documentos operativos y conceptuales elaborados con tales propósitos implica una profunda reorganización de la estructura organizacional". 10

5) Falta de apoyo tecnológico

Un vacío claro en la facilitación del Ministerio de Salud como rector, ha sido la falta de sistemas de información apropiados para enfrentar las nuevas funciones que le han sido encomendadas. Esta carencia de recursos se tornó crítica en el momento en que por decisión política se decide crear las Oficinas Locales de Rectoría, lo cual no estaba previsto inicialmente en el Programa de Reestructuración del Ministerio de Salud. Esta debilidad en la organización no le ha permitido al Ministerio de Salud adaptarse a los cambios requeridos para lograr operativizar la rectoría.

6) Falta de capacitación de los recursos humanos

Los funcionarios del nivel local de la CCSS consideran que los empleados que se quedaron con el Ministerio de Salud, no están capacitados para enfrentar los nuevos perfiles de labores y que por lo tanto, ellos mismos no tienen claras cuáles son sus nuevas funciones. Al respecto, el presupuesto asignado al proceso de reforma,

contemplaba la capacitación apropiada de todos estos funcionarios. Sin embargo, la injerencia política no estuvo excluida en el proceso y se cambiaron las prioridades.

7) Doble rol del Ministerio de Salud; ejercicio del nuevo papel de rectoría, conservando algunos programas operativos

A las dificultades que han tenido que enfrentar los equipos de trabajo que se quedaron con el Ministerio de Salud, se suma el hecho de que el Ministerio de Salud, ha tenido que mantener y sostener los programas de Promoción y Protección de la Salud, Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano, así como Nutrición y Desarrollo Infantil.

Estas responsabilidades operativas le han quitado velocidad de respuesta al nuevo papel de rectoría, y han contribuido a la confusión del concepto de rectoría, sus componentes y su ámbito de acción en los funcionarios del nivel local de la CCSS y del mismo Ministerio de Salud. La posibilidad de que todos o algunos de estos se constituyan en institutos adscritos o de que sean transferidos a otras instituciones, despejan el porvenir del Ministerio de Salud, ya que "en ese momento el Ministerio será una institución entera y exclusivamente rectora" 11 .

8) Creación de instancias locales

Inicialmente, se consideró que las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud, serían suficientes para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud. Sin embargo, la injerencia política, que decide a última hora crear las oficinas locales de rectoría, viene a acentuar la falta de recursos humanos y tecnológicos.

El hecho de absorber estas entidades locales de rectoría, a algunos recursos humanos que inicialmente se había previsto que pasarían a la CCSS, generó mayor tensión, ya que funcionarios de la CCSS, sintieron el marcado incremento en sus volúmenes de trabajo, sin que se concretara el traslado de estos recursos humanos. Esta decisión de última hora explica además la falta de recursos tecnológicos que han experimentado las Áreas de Salud del Ministerio de Salud.

Es posible que si no se hubieran creado las oficinas locales del Ministerio de Salud, los beneficios habrían sido menos significativos, ya que no se habría dado el enfrentamiento de los equipos de trabajo de ambas instituciones en el nivel local.

9) Falta de experiencia en rectoría a nivel latinoamericano

La facultación de los Ministerios de Salud, como entes rectores, es aún incipiente en América Latina, por lo que no se cuenta con mucha experiencia de países vecinos que nos sirvieran como punto de partida. Costa Rica se encuentra en una posición cercana a países como Argentina, Chile, Brasil y Colombia, que son los países que más han avanzado en materia de rectoría del Sector Salud.

A partir del análisis anterior, los elementos más importantes se destacan a continuación:

1) Resulta contundente el hecho de que los funcionarios del nivel local de la CCSS, no manejan la correcta información, con respecto al papel de rectoría del Ministerio de

Salud, sus componentes y su ámbito de acción. Este desconocimiento ha contribuido a que se diera tanta resistencia al cambio, lo cual debió preverse, abriendo canales de comunicación y participando a los trabajadores en el proceso.

- 2) Es evidente la confusión que existe en los funcionarios del Ministerio de Salud con respecto a rectoría del Ministerio de Salud, versus rectoría de la CCSS. Este hecho empeoró por la falta de experiencia en asuntos de rectoría y de procesos de definición organizacional, en el momento en que la CCSS asumió los programas de atención directa a las personas y el Ministerio de Salud, su nuevo rol.
- 3) A pesar de todas las trabas que se han presentado durante la reforma, Costa Rica ha avanzado mucho en el campo de la rectoría, y esto debería servirnos como un reto para llegar a ser pioneros en la consolidación del Ministerio de Salud, como ente regulador.
- 4) Es necesario mejorar los canales de comunicación entre ambas instituciones para disminuir los conflictos internos y externos entre ambas instituciones, de tal manera que se favorezca la operativización del rol rector del Ministerio de Salud.
- 5) Será necesario, además, mejorar los sistemas de información, de tal manera que el Ministerio de Salud pueda brindar una respuesta ágil y oportuna, en su nuevo papel rector.

1George Alleyne, Director de la OPS. Equidad reta al nuevo Milenio. LA NACION Domingo 8 de mayo 1999, pág . 20.A.

3Caja Costarricense de Seguro Social. www.ccss.sa.cr/ marzo 1999.

4Miranda. Guido. Costa Rica. Las políticas de salud en el umbral de la reforma. UNICEF, p. 140.

5MIDEPLAN. Propuesta de Reestructuración del Ministerio de Salud. 1998. pp. 7-9.

6Sojo, Ana. Costa Rica. Las políticas de Salud en el umbral de la reforma. UNICEF. 1997, p.p. 44-45

7Atlas Cantonal de Costa Rica. IFAM. 1987, p. 257.

8Villalobos, Luis Bernardo, Costa Rica. Las políticas de salud en el umbral de la reforma. UNICEF. 1997, p.309.

9MIDEPLAN Propuesta de Reestructuración del Ministerio de Salud 1998, p.p. 3 -4.

10Guendel, Ludwing. Las políticas de salud en el umbral de la reforma. UNICEF. 1998, p. 92.

11Propuesta de Reestructuración del Ministerio de Salud MIDEPLAN, 1998, p. 9.

© 2007 Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social

Apdo. 10105-1000
San José, Costa Rica

cendeiss@info.ccss.sa.cr