

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SOSTENIBILIDAD DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO
ESTRATEGIA TRANSVERSAL EN LA DIRECCIÓN REGIONAL DE RECTORÍA
DE LA SALUD CENTRAL OCCIDENTE

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Trabajo Social para optar al grado y título de Maestría Profesional en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social.

HAZEL PÉREZ MADRIGAL

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Costa Rica

Sede de Occidente

2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia; mamá, papá, Geiner y Carlos, a ustedes por estar de principio a fin apoyándome, inspirándome y sosteniéndome emocionalmente para concluir este proceso, sin validar la opción de darme por vencida.

Agradecimientos

A Dios, por darme la oportunidad y las posibilidades de vivir esta experiencia y cumplir esta meta personal.

A mi directora de tesis Karina Warner, gracias por su acompañamiento académico, su orientación profesional, pero, sobre todo, por sus palabras de motivación en los momentos de angustia y desánimo.

A mis compañeras de maestría, a Adriana, gracias por permitirme construir con usted una alianza que resultó fundamental para lograr concluir con éxito este proceso, a Karen, Natasha y Tatiana, por sus motivaciones y apoyos. Gracias a todas por llegar en este proceso de maestría para quedarse en mi vida.

A mi “PT” (Dino, Yami, Roberto y Karol), gracias por estar siempre pendiente, por animarme, por apoyarme y por construir juntos sueños que dieron fuerzas para seguir, siempre con la motivación de continuar con nuestras metas viajeras.

A Eder Rojas, gracias por el apoyo, por la insistencia para que dedicara tiempo a este trabajo, por unirme al reto de alcanzar esta meta.

A mis lectoras y a las personas informantes, gracias por su tiempo y sus aportes en este proceso investigativo, sin sus colaboraciones este trabajo no hubiese sido posible.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social.”

Mag. Heilen Díaz Gutiérrez
Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

Mag. Karina Warner Cordero
Profesora Guía

Dra. Cindy Calvo Salazar
Lectora

M.Sc. Julieta Campos Sequeira
Lectora

M.Sc. Silvia Urrutia Rojas
Representante de la Dirección del
Programa de Posgrado en Trabajo Social

Hazel Pérez Madrigal
Sustentante

Contenido	
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	ii
Hoja de aprobación	iii
Resume en español.....	ix
Lista de tablas	x
Lista de figuras.....	x
Introducción	1
<i>Capítulo I. Estado del arte.....</i>	<i>4</i>
1. Antecedentes investigativos relacionados con Promoción de la salud	5
2. Antecedentes investigativos relacionados con Rectoría en Salud	10
3. Antecedentes investigativos relacionados con participación de actores sociales en salud	12
4. Balance del estado del arte.....	14
<i>Capítulo II. Formulación y justificación del tema, interrogante y objeto de estudio.....</i>	<i>18</i>
1. Tema	25
2. Interrogante de investigación.....	25
3. Objeto de investigación	25
4. Objetivo General.....	25
5. Objetivos específicos	25
<i>Capítulo III. Marco teórico-conceptual.....</i>	<i>27</i>
1. Salud y Promoción de la salud: su abordaje desde un enfoque positivo	27
2. Política Social en Salud y Trabajo Social	33
3. La gestión social y la sostenibilidad institucional.	39
4. Balance del marco teórico- conceptual	46
<i>Capítulo IV. Contextualización institucional del Ministerio de Salud</i>	<i>48</i>
1. Reseña del sector salud en Costa Rica (1927- 2006).....	48
2. Contextualización de Salud	50
3. Contextualización de la promoción de la salud en Costa Rica.	54
<i>Capítulo V. Marco Metodológico</i>	<i>57</i>
1. Tipo de investigación.....	57
2. Delimitación temporal y espacial del estudio	59
3. Viabilidad del estudio:	60

4. Población Participante	60
5. Técnicas e instrumentos	62
6. Categorías y subcategorías.....	64
7. Etapas de la investigación.....	66
Formulación del diseño:.....	66
Recolección de información:	66
Socialización de los resultados:	68
Cronograma:	68
Tabla 3: Cronograma de actividades	68
<i>Capítulo VI. Proyecto institucional</i>	<i>70</i>
• Misión del Ministerio de Salud.....	81
• Visión del Ministerio de Salud	82
• Valores del Ministerio de Salud.....	84
• Objetivos estratégicos del Ministerio de Salud.....	87
• Políticas institucionales.....	91
<i>Capítulo VII. Capacidad institucional y características gerenciales para la gestión de la promoción de la salud.....</i>	<i>93</i>
<i>7.1. Conociendo la Dirección Regional y sus Área Rectoras.....</i>	<i>94</i>
La Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente	94
Talento Humano, recursos tecnológicos, materiales y financieros de la DRRSCO: ..	97
Recursos tecnológicos:	97
Recursos materiales	98
Recursos financieros	100
Talento Humano	103
El Despacho de la Dirección Regional	104
Talento humano:	104
Unidades organizativas de las Direcciones Regionales	104
Unidad de Planificación	105
Objetivo y funciones asignadas:	105
Talento humano	106
Unidad de atención al cliente:.....	106
Objetivo y funciones	106
Talento humano:	107
Unidad de Rectoría de la Salud.....	107
Objetivo y funciones	107
Talento humano	108
Unidad de apoyo logístico y administrativo	109
Objetivo y funciones	109

Talento humano:	110
Las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.....	110
Objetivo y funciones de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.....	111
Procesos que conforman las Áreas Rectoras de Salud	112
Promoción de la salud.....	112
Atención al cliente	113
Apoyo logístico y administrativo.....	114
Vigilancia de la salud.....	115
Planificación	116
Regulación de la salud	116
Servicios de salud	117
Área Rectora de Salud Naranjo:	118
Recursos materiales y tecnológicos	118
Talento humano	118
Tabla 10. Características talento humano DARS Naranjo	119
Área Rectora de Salud Palmares:.....	119
Recursos materiales, tecnológicos:	119
Talento humano	120
Área Rectora de Salud San Ramón:.....	120
Recursos materiales y tecnológicos	121
Talento humano	121
Área Rectora de Salud Valverde Vega:	122
Recursos materiales y tecnológicos	122
Talento humano:	122
Área Rectora de Salud Zarcero:.....	123
Recursos materiales y tecnológicos	123
Talento humano	124
7.2. El lado blando de la Dirección Regional: Características gerenciales en torno a	
<i>promoción de la Salud.</i>	126
Participación en capacitaciones sobre el marco estratégico institucional.....	127
Comprensión de la razón de ser del Ministerio de Salud	129
Interpretación sobre las prioridades institucionales.....	132
Comprensión de Salud, promoción de la salud y actor social.	136
Conocimientos sobre los antecedentes de dirección Regional en Promoción de la	
Salud.	147
Debilidades y fortalezas que se han presentado en el abordaje de promoción de la	
salud en la DRRSCO	152
Figura 20. Principales fortalezas en el trabajo en promoción de la salud en la	
DRRSCO, según las personas informantes.....	157
Condiciones institucionales actuales en torno a promoción de la salud	158

Conocimiento y opiniones sobre el Manual de Organización	162
Importancia que tiene la Promoción de la Salud en la DRRSCO.....	166
Tabla 17: Importancia que dan las personas informantes, al trabajo en promoción de la salud.	167
<i>Capítulo VIII. Conclusiones</i>	169
<i>Capítulo IX. Recomendaciones</i>	180
Recomendación gerencial general	180
Recomendaciones específicas:.....	181
Recomendaciones generales	187
Recomendaciones al Ministerio de Salud:.....	187
Recomendaciones a la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente:	188
Recomendaciones al Colegio de Profesionales en Trabajadores Sociales de Costa Rica:	188
<i>Referencias bibliográficas</i>	190
<i>Anexos</i>	199
Anexos 1.	199
Caracterización general de la bibliografía analizada para el Estado del Arte	199
Anexo 2.....	200
Investigaciones sobre promoción de la salud, vinculados con el enfoque de riesgo	200
Anexo 3.....	202
Investigaciones sobre promoción de la salud, vinculados con el enfoque positivo..	202
Anexo 4.....	204
Investigaciones vinculadas con rectoría en salud	204
Anexo 5.....	205
Investigaciones relacionadas con la participación de actores sociales en salud.	205
Anexo 6.....	207
Lista de personas que trabajaron en la elaboración del Modelo de Rectoría en promoción de la salud	207
Anexo 7.....	208
Organigrama del Ministerio de Salud de Costa Rica.....	208
Anexo 8.....	209
Formulario para el consentimiento informado basado en la ley N°9234	209
Anexo 9.....	212
Sistemas de información de los que dispone el Ministerio de Salud.....	212

Anexo 10.....	213
Informes de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud, 2019	213
Anexo 11.....	215
Resumen descriptivo de organismos presupuestarios 2019.....	215

Resume en español

El presente documento es el resultado del proceso investigativo titulado: Sostenibilidad de la Promoción de la Salud como estrategia transversal en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente. Correspondiente al Trabajo Final de Investigación Aplicada para obtener el grado de Maestría Profesional en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social.

El objetivo de la investigación se enfocó a analizar los desafíos gerenciales de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente respecto a la promoción de la salud, para potenciar estrategias orientadas hacia su sostenibilidad. Para alcanzarlo se abordaron elementos del Enfoque Estratégico de Gestión como el proyecto y la capacidad institucionales de la DRRSCO en materia de promoción de la salud.

A partir de los resultados al finalizar el proceso, se plantean recomendaciones gerenciales que buscan contribuir a la sostenibilidad de la promoción de la salud en esa Dirección Regional.

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción de técnicas e instrumentos	63
Tabla 2. Categorías y subcategorías de análisis.....	64
Tabla 3. Cronograma de actividades.....	69
Tabla 4. Valores del Ministerio de Salud	85
Tabla 5. Características del talento humano, Dirección Regional.....	104
Tabla 6. Características talento humano Unidad de Planificación	106
Tabla 7. Característica talento humano Unidad Atención al Cliente.....	107
Tabla 8. Características talento humano Unidad de Rectoría	108
Tabla 9. Características talento humano Unidad de Apoyo Logístico y Administrativo	110
Tabla 10. Características talento humano DARS Naranjo	119
Tabla 11. Características talento humano DARS Palmares.....	120
Tabla 12. Características talento humano DARS San Ramón.....	121
Tabla 13. Características talento humano DARS Valverde Vega	123
Tabla 14. Característica talento humano DARS Zarceró	124
Tabla 15. Comprensión sobre salud y promoción de la salud	136
Tabla 16. Debilidades en el trabajo en promoción de la salud	153
Tabla 17. Ventajas o fortalezas para el trabajo en promoción de la salud.....	157

Lista de figuras

Figura 1. Evolución del concepto de salud	28
Figura 2. Determinantes de la salud.....	31
Figura 3. Vinculación Política Social- Trabajo Social	33
Figura 4. Puntos de partida teóricos sobre gestión social y sostenibilidad institucional	40
Figura 5. Triangulo de la sostenibilidad	45
Figura 6. Cambios en la estructura del Ministerio de Salud 1990-2008.....	51
Figura 7: Niveles administrativos Ministerio de Salud	52
Figura 8. Áreas en las que se organizan las funciones rectoras del Ministerio de Salud	73
Figura 9. Modificaciones en programas y servicios del Ministerio de Salud.....	75
Figura 10. Avances en el proyecto de rectoría 1992-1998	76
Figura 11. Avances en el proyecto de rectoría 1998-2010	77
Figura 12. Modelo conceptual y estratégico del Ministerio de Salud	78
Figura 13. Trayectoria del Modelo conceptual y estratégico del Ministerio de Salud ...	80
Figura 14. Ejes de acción de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud	91
Figura 15. Elementos que orientan las políticas institucionales del Ministerio de Salud	92
Figura 16 Organigrama DRRSCO.....	96
Figura 17. Fuentes de financiamiento del Ministerio de Salud	100
Figura 18. Conformación de las DARS	112
Figura 19. Elementos que contempla la comprensión de salud.....	139
Figura 20. Elementos que contempla la comprensión de promoción de la salud.....	143
Figura 21. Elementos que destacan en los antecedentes de la DRRSCO con relación a promoción de la salud	150
Figura 22. Debilidades en el trabajo en Promoción de la Salud en la DRRSCO	155
Figura 23. Aspectos que destacan respecto a la importancia de trabajar en promoción de la salud	168

Lista de abreviaturas

ASIS: Análisis de Situación en Salud

BNCR: Banco Nacional de Costa Rica

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CNVE: Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología

COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

CONIS: Consejo Nacional de Investigación en Salud

CTAMS: Consejo Técnico de Asistencia Médico Social

DARS: Dirección de Área Rectora de Salud

DM: Despacho Ministerial

DRRSCO: Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente

EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

MAG: Ministerio de Ganadería

MCJ: Ministerio de Cultura y Juventud

MEP: Ministerio de Educación Pública

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

MIG: Modelo Institucional de Gestión

MINAE: Ministerio de Ambiente y Energía

MINSA: Ministerio de Salud

MRG: Modelo Regional de Gestión

MS: Ministerio de Salud

MTSS: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

OCIS: Oficina de Cooperación Internacional de la Salud

PS: Promoción de la salud

SIBDI: Sistema de Bibliotecas Documentación e Información



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Hazel Pérez Madrigal, con cédula de identidad 205520136, en mi condición de autor del TFG titulado Sostenibilidad de la promoción de la salud como estrategia transversal en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. **SI NO ***

***En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).**

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Introducción

El presente documento corresponde al Trabajo Final de Investigación Aplicada para obtener el grado de Maestría Profesional en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social, de la Universidad de Costa Rica. Maestría que enfatiza en integrar la investigación y la acción social en el desarrollo profesional y disciplinario del Trabajo Social en los campos de la gerencia y la investigación, con miras a responder a un contexto nacional y regional complejo, dinámico y cambiante. Este posgrado, proporciona herramientas para que profesionales en Trabajo Social planifiquen, diseñen, conduzcan y evalúen políticas, planes, programas, proyectos y sistemas de atención en instituciones sociales.

Todo ello partiendo de los fundamentos de la Gerencia Social, donde el contexto, así como la normativa jurídica y legal vinculada con políticas sociales, ocupan importancia fundamental, contribuyendo a la toma de decisiones para la atención de las demandas sociales.

Este trabajo articula los propósitos del posgrado, con el Enfoque Estratégico de Gestión propuesto por el Proyecto Nuevo Paradigma, respecto a la dimensión de la gestión para la sostenibilidad institucional. Concibiendo, desde este enfoque, sostenibilidad institucional como “un estado de reconocimiento social y de apoyo político, institucional y financiero logrado por una organización, como resultado de un proceso de interacción y negociación permanente con los actores clave de su entorno relevante” (Mato, Santamaría, De Souza y Cheaz, 2001: 49).

Desde este posicionamiento teórico interesa, analizar los desafíos gerenciales de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente respecto a la promoción de la salud, para potenciar estrategias orientadas hacia su sostenibilidad.

Este documento consta de 9 capítulos, para una mejor comprensión del documento, se expone seguidamente los contenidos de cada uno de ellos: el primer capítulo corresponde al estado del arte, el cual contempla los resultados de la revisión de investigaciones previas vinculadas con el tema de investigación.

Los resultados obtenidos se organizan por categorías teóricas: promoción de la salud, rectoría en salud y participación de actores sociales en salud, al finalizar el capítulo se muestran los hallazgos de la revisión bibliográfica y la reflexión que evidencia la pertinencia y relevancia del objeto de estudio.

En el segundo capítulo, se formula y se justifica el tema, interrogante de investigación y objeto de estudio, estableciendo a partir de ellos los objetivos que se persiguen con el Trabajo Final de Investigación Aplicada.

El tercer capítulo expone una contextualización institucional del Ministerio de Salud, como instancia en la que se realiza la investigación. Contempla una breve reseña del sector salud y el contexto actual de la institución.

En el capítulo cuarto se plantea el marco teórico, el cual se divide en tres categorías. La primera, es salud y promoción de la salud, que incluye la comprensión teórica de estos conceptos analizando su desarrollo histórico y el reto que significa a futuro su abordaje desde el enfoque positivo. La segunda categoría corresponde a la política social en salud y Trabajo Social, incorporando en ella reflexiones sobre el vínculo entre la política social, Trabajo Social, Estado y cuestión social. La tercera categoría comprende la gestión social y la sostenibilidad institucional de la promoción de la salud, desde el Enfoque Estratégico, donde la gestión es fundamental para la sostenibilidad institucional.

El capítulo quinto expone el marco metodológico que guía la investigación, estableciendo aspectos como: el enfoque y paradigma de la investigación, el método, el enfoque de gestión, la población participante, las técnicas y las categorías y subcategorías de análisis.

En el sexto capítulo se exponen los resultados obtenidos en el análisis del proyecto institucional del Ministerio de Salud, contemplando un recorrido histórico que ha implicado cambios en este proyecto por transformaciones institucionales. Además, se analizan los elementos relacionados con la razón de ser de la institución, misión, visión, valores, objetivos estratégicos, así como las políticas institucionales.

En el capítulo octavo se analiza la capacidad institucional de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente para la sostenibilidad de la promoción de la salud. Primero se describen las características de la Dirección Regional y de las Áreas Rectoras de Salud en cuanto a recursos tecnológicos, materiales, financieros y talentos humanos, así como las estructuras organizativas que conforman la Dirección Regional y competencias.

Posteriormente se analizan las características gerenciales que presenta la DRRSCO en torno a la promoción de la salud (PS), considerando elementos fundamentales de los procesos de gestión que determinan la sostenibilidad. Entre estos destacan la comprensión de la razón de ser de la institución y de conceptos básicos relacionados con salud y promoción de la salud. Además, se reflexiona sobre las debilidades y fortalezas en el trabajo que ha realizado la DRRSCO en promoción de la salud y las condiciones actuales en esa Región en torno a ese tema.

El capítulo VIII hace referencia a las conclusiones a las que se llega con el trabajo investigativo, considerando los hallazgos del proceso a la luz de la teoría y del enfoque estratégico de gestión.

Por último, el capítulo IX contempla las recomendaciones gerenciales y recomendaciones generales que surgen del trabajo de investigación.

Capítulo I. Estado del arte

Este capítulo expone los resultados obtenidos mediante la búsqueda, revisión y análisis de documentos relacionados con el tema de estudio y sus categorías teóricas, ofreciendo un panorama general sobre el estado de conocimiento generado en torno a la temática, así como las formas de abordaje, las demandas y vacíos de investigación que existen sobre el mismo. Significando los antecedentes investigativos un insumo valioso para orientar la definición de la interrogante, objeto de estudio y objetivos de la presente investigación.

Tres categorías se consideraron esenciales a tomar en cuenta para la realización del estado del arte, ellas son: promoción de la salud, rectoría en salud y participación de actores sociales en salud. La principal fuente de consulta fue el sistema de bibliotecas, documentación e información (SIBDI), de la Universidad de Costa Rica, priorizando en las producciones académicas, principalmente trabajos finales de graduación. También se tomaron en cuenta algunos informes institucionales del Ministerio de Salud que resultaron relevantes por su vinculación con el objeto de estudio.

Se realizó una revisión documental que contempló trabajos de investigación realizados desde el año 2000, año en que se fortalece el rol de rectoría del Ministerio de Salud como parte de las reformas del sector salud.

Esta búsqueda de antecedentes investigativos orientó el establecimiento de la interrogante, objeto de estudio y objetivos de la investigación, evidenciando los alcances y vacíos de información existentes, a partir de las categorías de análisis seleccionadas.

A nivel general, la consulta bibliográfica realizada contempló la selección de 25 documentos, cuyos contenidos, a criterio de la investigadora, realizan un aporte significativo respecto a los antecedentes investigativos que permitieron orientar la presente propuesta. De estos, 15 fueron realizados a nivel de licenciatura, 8 a nivel de maestría y 2 fueron producciones institucionales de diferentes disciplinas. Los espacios desde los cuales se produjeron estos trabajos son mayoritariamente desde Trabajo Social, con 7 documentos, seguidos por Ingeniería con 4, en tercer lugar, están los de Enfermería,

Psicología y Promoción de la salud con 3 documentos cada una. Las producciones institucionales fueron 2 y por último los generados desde estudios interdisciplinarios sobre Discapacidad, Nutrición y Salud Pública con 1 documentos cada uno.

La mayoría de los estudios identificados corresponden a tesis, el análisis también contempló proyectos de graduación, trabajos finales de investigación aplicada, productos de prácticas dirigidas y de seminario de graduación, así como un estudio de línea base y un proyecto de extensión docente. El cuadro resumen de estas características generales de los documentos analizados, puede ser visualizado en el anexo 1.

A nivel metodológico todas las investigaciones son de tipo cualitativo orientándose desde diferentes enfoques, entre ellos el histórico crítico, teoría fundamentada y sociocrítico. Con relación a las técnicas, la información se recopiló mediante entrevistas, grupos focales, revisión documental y observación participante con técnicas de análisis de contenido.

Una vez presentados los aspectos generales que caracterizan los documentos revisados, se procede a exponer los elementos y abordajes que destacaron durante el proceso, orientando a partir de ellos la investigación, dejando en evidencia su relevancia y pertinencia.

1. Antecedentes investigativos relacionados con Promoción de la salud

La revisión documental alrededor de promoción de la salud evidencia que esta categoría ha sido abordada desde dos enfoques, uno es el enfoque de riesgo, el cual se desarrolla a partir de los factores patógenos; es decir, aquellos que pueden llevar a la enfermedad, la muerte o a problemas sociales, y el otro, es el enfoque positivo, desde el cual se abordan los factores protectores de la salud, cuyo abordaje se enfoca al mantenimiento de condiciones favorables.

En lo que respecta a la promoción de la salud desde el enfoque de riesgo, fueron varios los trabajos encontrados. Sin embargo, sólo se consideraron en el análisis alguno de ellos,

por ser vinculante (ver anexo 2).

Las investigaciones encontradas vinculadas al enfoque de riesgo tratan temas relacionadas principalmente con: manejo del terror, las actitudes hacia conducir bajo la influencia del alcohol, las necesidades de salud de la población con discapacidad visual, vejez y necesidades nutricionales, manejo del estrés consumo de drogas y violencia intrafamiliar.

Respecto a los trabajos investigativos sobre promoción de la salud desde un enfoque positivo, seis de ellas se desarrollaron desde Trabajo Social, una desde Enfermería y una desde la carrera de Promoción de la salud (Ver anexo 3).

Lo primero que resulta importante de destacar respecto al aporte de estos trabajos investigativos, es la vinculación que realizan entre Trabajo Social y promoción de la salud. Porras (2015) destaca que la incorporación de Trabajo Social en la promoción de la salud responde a una serie de políticas internacionales impulsadas por la Organización Mundial de la Salud, desde los años 80, así como a la reforma del sector salud en Costa Rica. Agrega que el conocimiento crítico que tiene Trabajo Social de la realidad social posibilita a esta disciplina, participar no sólo en el ámbito de la ejecución, sino también en la investigación y la incidencia política en el tema de promoción de la salud.

Araya y Rivera (2005) señalan que la promoción de la salud desde Trabajo Social se ha asumido como una acción educativa, donde la población meta son actores pasivos, en el marco del Estado neoliberal que tiende a una satisfacción parcial de las necesidades. Aspecto a partir del cual, según las autoras, desde Trabajo Social se deben establecer nuevas formas de intervención que promueva la participación de la ciudadanía, respondiendo así al reto que implica la reforma del Sector Salud; esto también implica, al visualizar la salud como producto social.

Las autoras exponen claramente la necesidad de que, desde Trabajo Social, se establezcan nuevos instrumentos teórico-metodológicos para dar respuesta a las demandas sociales en materia de salud y que, contrario a lo que propone la Reforma del

Sector Salud, desde la profesión se continúa dando mayor énfasis a la intervención terapéutica, que al trabajo socio- educativo promocional. Destacando que, para ello se debe trascender el concepto de construcción social de la salud, de manera que no se priorice el abordaje con estrategias individuales, sino de estrategias colectivas.

En este sentido, Murillo (2003) destaca el trabajo colectivo que requiere la promoción de la salud, señalando que la responsabilidad sobre la salud no concierne sólo a las instituciones de salud, sino que las personas, grupos, comunidades e instituciones deben asumir un grado de compromiso para mejorar la salud. Agrega que la promoción de la salud con participación social se percibe como un discurso político de las autoridades de salud, quedándose más en el discurso que en la práctica.

Esta autora hace referencia, además, a la necesidad de que desde el sector salud se impulsen procesos de promoción de la salud que se aborden más allá de un enfoque biólogo, lo que lleva a su vez, a la importancia de establecer alianzas que permitan que más actores se involucren en su promoción.

Aquí resulta importante considerar a Vílchez (2010), quien señala que es necesario visualizar la promoción de la salud como un constructo social, el cual requiere elaboraciones tanto teóricas como prácticas. Para esta autora se debe superar las deficiencias existentes respecto a capacitación en el tema, siendo que, por lo general si las disciplinas se orientan al paradigma biólogo, no consideran de interés estudiar la promoción de la salud y trabajar en ella.

Aunado a esto, algunos autores destacan que no existen políticas públicas para abordar la promoción de la salud desde un enfoque positivo. Al respecto, Avendaño, Cruz García y Salas (2010) afirman que no existe un compromiso político para el cumplimiento de los lineamientos establecidos en las conferencias internacionales sobre el tema. En el caso particular de Costa Rica, afirman que existen esfuerzos por incorporar la Promoción de la salud en otras políticas públicas, pero que, por lo general, dichos esfuerzos se desvían hacia el enfoque preventivo al no existir una política específica desde el enfoque positivo.

Planteamiento que es apoyado por Porras (2015), quien afirma que el proceso de trabajo en promoción de la salud es cambiante, con altos niveles de incertidumbre, al contemplar tanto acciones curativas como de promoción, se carece de un rumbo claro. Esto debido a la ausencia de una política que defina la rectoría en este campo, así como las competencias de las diferentes instituciones que conforman el sector salud. El débil compromiso político en el tema se refleja en carencia de recursos y la poca claridad respecto a la diferencia entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Pese a que como varias de las autoras lo señalan, la promoción de la salud es un asunto que le compete a todo el Sector Salud e incluso a otros actores sociales, los documentos revisados evidencian que el abordaje del tema ha sido mayormente abordado desde la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud.

Al respecto, una de las investigaciones desarrolladas desde el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor recomienda la necesidad de revisar el modelo de intervención, propiciando un cambio del enfoque clínico, biólogo, asistencialista y organicista a un enfoque de integralidad, de manera que el abordaje de la promoción de la salud hacia las personas adultas mayores se estructure desde los aspectos positivos incrementando potencialidades de este grupo poblacional (Gamboa y Roosevelt, 2015).

En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social, Porras (2015) expone que hay carencia de apoyo político sobre el componente de promoción de la salud, lo que lleva a que las políticas o lineamientos no estén armonizados con el proceso institucional, lo que se podría justificar, según la autora, en que, al ser una institución con enfoque predominantemente biólogo, se dificulta la comprensión de las competencias institucionales vinculados con un posicionamiento desde lo positivo. Esto se ve reflejado en la planificación institucional y en las decisiones políticas, siendo las acciones en promoción de la salud la ejecución de actividades aisladas y no un proceso sostenido.

En lo que respecta al Ministerio de Salud, Avendaño et al (2010) identificaron que, pese a que el Ministerio de Salud es el ente rector en materia de salud, y que en su estrategia maestra establece el paso de la atención de la enfermedad a la promoción de la

salud, dicha institución no evidencia lineamientos que orienten de manera efectiva, lo que ellos califican de enfoque, limitando su posicionamiento y desarrollo en los actores sociales.

Las autoras plantean como recomendación al Ministerio de Salud, la formulación de una política pública específica para la promoción de la salud, propiciando un cambio de visión y claridad teórico-operativa, que además se implementen mecanismos que garanticen que los actores sociales vinculados cumplan desde sus competencias con los principios de promoción de la salud.

Por su parte, Porras (2015) secunda esta recomendación al señalar que el Ministerio de Salud como ente rector, debe convocar a los diversos actores institucionales que integran el Sistema Nacional de Salud, para la definición de una política nacional en promoción de la salud, donde se defina el ámbito de actuación de las diferentes instituciones. Agrega que dicha política debería verse reflejada en la planificación a corto y mediano plazo que el Ministerio de Salud realiza mediante el Plan Nacional de Salud.

Porras (2015) asegura que el Estado no está preparado para responder a las demandas de una población sana, lo que requiere de un cambio radical en la forma en que se prestan y se gestan los servicios, además de apoyarse en una política de Estado que entienda los determinantes de la salud como producto social.

Hasta aquí se ha analizado lo referente a investigaciones en promoción de la salud a nivel nacional, Ahora bien, en lo que respecta a la promoción de la salud en la Región de Occidente, resulta importante señalar que, durante la construcción del estado del arte, se identificaron dos antecedentes investigativos.

Picado (2011) destaca que en esta región prevalece un desconocimiento por parte de los actores sociales con respecto a políticas, normas y directrices institucionales que fomentan la salud y la promoción de la salud y se mantiene una confusión respecto a la diferencia entre promoción y prevención.

Por otra parte, identifica, particularmente en los gobiernos locales, oportunidades para fomentar el enfoque de promoción de la salud y la producción social de la salud desde los Planes Estratégicos Municipales de la Región Central de Occidente. Aunado a ello, se evidencia una convicción de los actores sociales municipales en cuanto a su responsabilidad en estos campos, fortalecido con la representación que existe en los cantones, de instituciones, organizaciones y grupos ya involucrados en diversas actividades que repercuten en la salud.

Así mismo, Quesada y Picado (2014) destacan los esfuerzos que se han realizado en la Región Occidente en este tema, los cuales han sentado bases para fortalecer las acciones intersectoriales e interinstitucionales en este tema. Entre los proyectos destaca, el proceso de educación continua, ejecutado entre el 2009 y 2010, dirigido al personal de las Áreas Rectoras de Salud del Ministerio de Salud, de las Áreas de Salud de la CCSS, docentes y estudiantes universitarios de la Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica, funcionarios de instituciones de otros sectores y actores comunales de la región. Otro proyecto fue “Fomentando la cultura de Salud desde el enfoque de Promoción de la Salud: una acción hacia la integración de actores y redes sociales”, el cual nace en la Región Occidente del Ministerio de Salud, pero fue ejecutado en Alajuela, Heredia, San José y Puntarenas, con la participación de diferentes instituciones, conducidos por el Ministerio de Salud.

La conducción de esos procesos se da desde la rectoría que la institución debe ejercer en el tema de salud a nivel país, acción que es su propósito principal, por lo que resulta necesario hacer referencia al tema de rectoría en salud.

2. Antecedentes investigativos relacionados con Rectoría en Salud

Respecto al tema de rectoría en salud, se seleccionaron tres trabajos de investigación, realizados desde otras disciplinas (Ver anexo 4).

Laroche (2000) realizó un trabajo de análisis del proceso de ejecutoría de la función de rectoría del Ministerio de Salud específicamente en la dirección de Área de Salud

(DARS) de Goicoechea, en cuyo momento tal Dirección no había definido las estrategias que le permitieran mejorar el proceso de ejecución de sus funciones y alcanzar los objetivos establecidos en la propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud.

Con su investigación, Laroche encuentra que una de las mayores limitaciones para que la Direcciones de Áreas Rectoras de Salud (DARS) cumplieran con las funciones de rectoría, era que no habían recibido por parte del nivel central del Ministerio de Salud, las herramientas operativas necesarias para gerenciar el cambio esperado por la propuesta de reestructuración, es decir, el modelo otorgó funciones de rectoría a personal que no estaba formado para eso.

Esta limitación es compartida por Ávila y Ledezma (2001), quienes afirman que el principal problema en el nivel local para la operacionalización de la rectoría es el desconocimiento de lo que implica una rectoría debido a que, los funcionarios de la Región Central Occidente del Ministerio de Salud (donde se ejecutó la investigación), no habían estudiado o analizado la documentación existente sobre rectoría. Lo que llevaba a dificultades en su ejecución, por la falta de capacitación y de claridad en los procesos institucionales, además de desmotivación y falta de liderazgo.

Cinco años después del estudio de Ávila y Ledezma, la situación parecía no haber cambiado mucho, tal y como lo evidencia el estudio de Lanzoni, Mora y Mora (2006), quienes analizaron el ejercicio de la función rectora en los niveles locales del Ministerio de Salud, específicamente en las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Sur. Ellos destacan que, en esa Dirección Regional, así como sus 19 Áreas Rectoras de Salud, no se estaba implementando el rol rector que les correspondía. Afirman que el Ministerio de Salud presentaba, para el momento del estudio, un enfoque reactivo en función de la demanda. Otra debilidad para el ejercicio del rol rector era la falta de líderes en las Direcciones de Área que promuevan la orientación de sus acciones desde un enfoque proactivo, además de la urgencia de un efectivo proceso de planificación estratégica.

Los resultados de las investigaciones consultadas evidencian carencias en el conocimiento que las personas funcionarias del Ministerio de Salud presentaban respecto

a la rectoría de la salud y las formas de operativizarla. Además de deficiencias en los procesos de planificación y la ejecución de acciones que no sólo se orienten a lo reactivo.

Al partir el ejercicio de la rectoría en salud de la conducción de los actores sociales hacia la producción social de la salud, la participación de dichos actores juega un papel fundamental en el logro de los objetivos rectores. Razón por la que resulta necesario hacer referencia a los antecedentes en esta categoría.

3. Antecedentes investigativos relacionados con participación de actores sociales en salud

Fueron seis los trabajos relacionados con la participación de actores sociales en salud, de ellos sólo uno fue desarrollado desde Trabajo Social, dos desde Ingeniería Industrial y desde Enfermería y Promoción de la salud uno en cada una (Ver anexo 5).

Dávila y Luna (2006) analizaron la articulación entre el Ministerio de Salud y la Municipalidad de Goicoechea, evidenciando mayor iniciativa y liderazgo por parte del Área Rectora de Salud, que por parte de la Municipalidad. Además, evidenciaron una falta de participación de algunos actores sociales, la cual puede deberse, según los autores, a que ni el Ministerio de Salud, ni la Municipalidad, conocen los actores presentes en el cantón y las características que podrían ser claves dentro del proceso de producción social de la salud.

Ante los resultados obtenidos, los autores recomiendan una identificación y caracterización de los actores sociales clave, para lograr incorporarlos en el proceso de producción social de la salud, resaltando la importancia de establecer estrategias para la realización de diagnósticos, planes, sistematizaciones y evaluaciones en procesos de producción social de la salud, estas acciones permitirían el desarrollo de proyectos sostenibles en el tiempo.

También, en el Área Rectora de Salud de Goicoechea Cadwell (2007) realizó un trabajo investigativo relacionado con modelo basado en procesos participativos de

articulación con actores sociales clave. Entre los resultados de este trabajo destacan:

- Al momento de la articulación con actores sociales, no se ha incorporado con claridad el marco estratégico que sustenta las necesidades del grupo de organizaciones que se deben enlazar.
- No se evidencia una definición clara de procedimientos e instrucciones que sistematicen los procesos que deben ser articulados interinstitucionalmente.
- Los procesos de articulación no cuentan con una identificación clara y sistemática de quienes deben ser los actores involucrados.
- Al momento de generar proyectos de intervención se tiene debilidad por la falta de análisis formal acerca de cuáles actores deben participar y cuál debe ser su rol de intervención.

A partir de los resultados, el autor realiza las siguientes recomendaciones, las cuales son importantes de señalar, por la relevancia que tienen para la presente investigación:

- El Ministerio de Salud debe avanzar en el desarrollo de sistemas locales de información en salud que integren bases de datos que proporcione información oportuna a todos los actores sociales que intervienen en la producción social de la salud a nivel local.
- Para lograr la articulación de actores es necesario tomar en cuenta el compromiso hacia las metas, la pertinencia del actor y el rol específico del actor social en el proceso de intervención en salud.

Vinculado a la importancia de ese compromiso al que Cadwell hace referencia, Ureña (2013) señala que hay una carencia de instrumentos de aplicación concreta de las políticas vinculadas con promoción de la salud. Agregando que, para el trabajo en promoción de la salud se requiere la incorporación de percepciones diferentes, formas de trabajo

distintas, intereses y capacidades diversas entre los actores participantes, por lo que la negociación y el trabajo en equipo son fundamentales.

Araya y Tenorio (2015) señalan también otras deficiencias, tal es el caso específico de los procesos de comunicación entre diversos actores que deben trabajar articuladamente en temas relacionados con promoción de la salud, lo que lleva, según las autoras, a que los procesos de planificación para la promoción de la salud en estos espacios sean deficientes. A partir de esto, destacan la necesidad de desarrollar procesos participativos mediante la construcción de alianzas estratégicas para la planificación en promoción de la salud.

Entre las estrategias que se visualizan para el desarrollo de esas alianzas destaca la interinstitucionalidad y la intersectorialidad. Tal y como lo señalan Andino y Vidaurre (2013) estas son dos estrategias sobresalientes en el desarrollo y fortalecimiento institucional, por lo que antes de iniciar una alianza estratégica, se deben evaluar las opciones de alianza, conocer las capacidades y limitaciones propias y hacer una valoración en el ámbito organizacional y directivo.

Castro y Granados (2009), por su parte, realizaron un análisis sobre la participación que debe tener Trabajo Social en la apertura de espacios de participación en promoción de la salud, las autoras identifican otra deficiencia que no había sido señalada en las investigaciones anteriores, al afirmar que no existe financiamiento para que las instituciones públicas trabajen en promoción de la salud. Además de que se genera confusión entre promoción y prevención, lo que se puede deber a que los actores sociales conocen poco del fundamento conceptual y técnico de promoción de la salud. Sumado a ello, en los procesos de planificación sobre promoción de la salud, no se toma en cuenta a los actores sociales.

4. Balance del estado del arte

La construcción del estado del arte permitió conocer el panorama existente en materia de investigaciones relacionadas con las tres categorías construidas de acuerdo con el tema

de investigación: promoción de la salud, rectoría en salud, participación de actores sociales en salud.

Las investigaciones realizadas en el tema de promoción de la salud se pueden clasificar desde dos distintos enfoques. Por un lado, las que se vinculan con el enfoque de riesgo, desde el cual se relaciona la promoción de la salud con la prevención y atención de la enfermedad, por otro, las que abordan el tema desde el enfoque positivo.

Desde el enfoque de riesgo, prevalecen los planteamientos orientados a universalizar los servicios relacionados con promoción de la salud, pero lo hace desde la focalización de acciones hacia grupos vulnerables. El análisis de las investigaciones permitió conocer que prevalece el enfoque de riesgo.

En el caso de las investigaciones desde el enfoque positivo, destacan que es de suma importancia que el Ministerio de Salud, como ente rector, promueva y oriente la formulación de una política nacional en promoción de la salud, mediante la cual se asignen responsabilidades claras a los diferentes actores que tienen competencias en el tema. Agregan además que dicha política debe llevar a que la promoción de la salud se contemple en los procesos de planificación institucional, de manera que deje de ser acciones esporádicas e independientes, pasando a ser un proceso sistemático, planificado y sostenible en el tiempo, siendo estos aspectos de índole gerencial.

Sumado a lo anterior las investigaciones señalan que las alianzas estratégicas con actores sociales son una estrategia clave para el fortalecimiento de las acciones en promoción de la salud.

Por último, los documentos evidencian que Trabajo Social ha tenido incidencia en la creación e implementación de políticas, planes y programas vinculados con promoción de la salud, lo que le ha permitido posicionarse como una de las profesiones con participación y aporte en el desarrollo y posicionamiento del tema en los diferentes campos de acción.

Respecto a la categoría de rectoría en salud, a nivel general, las investigaciones, dejan en evidencia deficiencias en el cumplimiento de esta función por parte del Ministerio de Salud. Además, plantean algunas condiciones organizacionales que inciden directamente en la rectoría, lo que resulta un insumo valioso para esta investigación por lo vinculante de la rectoría con la gerencia social. Un aspecto relevante de los resultados respecto a rectoría es que, en la región de Occidente, se han realizado pocos estudios en el tema, lo que da mayor relevancia a la presente investigación.

Con relación a la participación de actores sociales en salud, se destaca que existe poca participación de los actores sociales, lo que podría deberse, entre otras razones, a que ni el mismo Ministerio de Salud conoce y precisa los actores sociales involucrados, así como sus fortalezas y debilidades para que se involucren activamente.

Se evidencia también la necesidad de establecer procesos claros para la participación de los actores, tomando en cuenta los marcos estratégicos que orientan el actuar de cada uno de ellos. Esta acción debe orientar los procesos de planificación para la promoción de la salud, tomando en cuenta aspectos como la pertinencia del actor y su rol específico en el tema.

Una vez conociendo a esos actores, sus competencias y características, resulta necesaria la articulación mediante la intersectorialidad e interinstitucionalidad, las cuales son estrategias clave para la salud pública, campo en el cual la profesión de Trabajo Social puede brindar grandes aportes a través de procesos gerenciales y de trabajo socioeducativo, interviniendo desde abordaje enmarcado en los derechos y el desarrollo humanos.

Finalmente, los antecedentes investigativos reflejan que el Ministerio de Salud históricamente ha sido insuficiente en el cumplimiento de sus funciones particularmente en las vinculadas con la promoción de la salud.

Los antecedentes no revelan la existencia de investigaciones orientadas a analizar la sostenibilidad de algunas de las funciones o competencias del Ministerio de la Salud desde

su rol rector, tampoco se identificaron trabajos cuyas propuestas estuvieran orientadas a incidir en los procesos gerenciales del Ministerio de Salud. Los trabajos desarrollados tanto a nivel nacional, como en la zona de occidente son diferentes del objeto de estudio de esta propuesta de investigación.

El análisis de investigaciones realizadas refleja una necesidad urgente de que el Ministerio de Salud incorpore mejoras en los procesos gerenciales, para el ejercicio de la rectoría en promoción de la salud, así como la urgencia de una política específica en el tema.

Los antecedentes señalan que las investigaciones que abordan aspectos vinculados al Ministerio de Salud como organización, se han realizado desde disciplinas que no son de las ciencias sociales, como la ingeniería industrial, por ejemplo. Ante esto, una investigación vinculada con la sostenibilidad institucional en un proceso rector específico significa una oportunidad para evidenciar los aportes que desde Trabajo Social se pueden realizar en el ámbito gerencial.

Capítulo II. Formulación y justificación del tema, interrogante y objeto de estudio

La sostenibilidad institucional es una propiedad emergente de la interacción entre la organización, a través de sus relaciones, productos, servicios y significados y su contexto relevante, a través de sus relaciones, realidades, necesidades, aspiraciones y significados (De Souza et al., 2005: 180).

Los servicios sociales derivados de las políticas públicas y ofrecidos a los diferentes actores a través de organizaciones productoras de esos servicios sociales, dependen de una relación permanente entre estas y su contexto relevante. De ahí que, desde la gerencia social una prioridad es lograr la articulación necesaria y pertinente entre la organización y ese entorno en el cual se diseñan, se ejecutan y se evalúan las políticas y los servicios sociales, a fin de que se cumpla con los propósitos para los que fueron creadas, la atención de las necesidades de la población meta.

Este Trabajo Final de Investigación Aplicada, desde el enfoque Estratégico de Gestión, propone analizar los desafíos gerenciales de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente respecto a la promoción de la salud, para potenciar estrategias orientadas hacia su sostenibilidad. En este capítulo se hace referencia a varios aspectos que permiten evidenciar la relevancia y pertinencia de esta investigación.

Primero, resulta necesario señalar de dónde y cómo surge la rectoría en salud en Costa Rica, de manera que se contextualice el tema y su importancia en la actualidad. En este sentido cabe hacer referencia a que, como respuesta a las recomendaciones de instituciones financieras internacionales y bajo la asesoría la Organización Panamericana de la Salud, entre los años 1994 y 2006, el sector salud costarricense experimentó un proceso de reforma, que contempló, entre otros cambios, la separación de la rectoría, de todas las demás funciones del sector.

A partir de esto, el Ministerio de Salud de Costa Rica, en articulación con otros actores, debió iniciar la transferencia de servicios, priorizando sus acciones en el fortalecimiento su nuevo rol de rectoría del sector salud, asumiendo como autoridad

sanitaria la responsabilidad principal en las acciones de protección y promoción de la salud.

Como parte de este proceso, en 1997 el Ministerio de Salud, inicia las gestiones para una reestructuración institucional, que incluyó en su última etapa un proceso de desarrollo organizacional, que para el año 2008 llevó a la puesta en práctica de un nuevo modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud.

En este nuevo modelo se estableció como estrategia maestra para la institución, “avanzar de la atención de la enfermedad hacia la Promoción de la salud”, mediante el ejercicio de una rectoría que lidere, conduzca y articule los esfuerzos de los diferentes actores sociales hacia el abordaje de los determinantes de la salud. Todo ello para potencializar el 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 (Ministerio de Salud, 2008).

A partir de ese momento, la promoción de la salud debía transversalizar todo el actuar del Ministerio de Salud, estableciéndose además como una de las funciones esenciales de la salud pública. Asignándosele responsabilidades como: la articulación de actores sociales, la coordinación de sus acciones, la identificación y desarrollo de medios de conexión entre ellos y la gestión conjunta de recursos, para el posicionamiento de la salud como un valor social (Ministerio de Salud, 2008).

Estas transformaciones que experimentó el Ministerio de Salud de Costa Rica están estrictamente vinculadas con un marco normativo, nacional e internacional, al cual Costa Rica debe responder respecto al tema de promoción de la salud.

Entre la normativa internacional destaca la Declaración Universal de los Derechos Humanos, nueve cartas internacionales, entre ellas la carta de Otawa y el Plan Regional de promoción de la salud para Centroamérica y República Dominicana 2014- 2018, el cual al 2021 no ha sido actualizado.

A nivel nacional, existen normativas que se vinculan con la promoción de la salud y que deben guiar el actuar del Ministerio de Salud como ente rector del sector, entre los que destaca la Ley General de Salud, Política Nacional de Salud, el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y varios decretos.

Cabe destacar entonces que, la promoción de la salud es parte fundamental de la rectoría en salud en Costa Rica, es un tema de importancia social y política que cuenta con fundamento legal que respalda la obligatoriedad del Estado de asumir acciones en el tema. De ahí la relevancia de una investigación que se oriente a la sostenibilidad de la rectoría en promoción de la salud.

La presente investigación resulta también relevante porque, desde el año 2008 el Ministerio de Salud inició con la implementación del nuevo modelo conceptual y estratégico. Según Picado (2017) desde entonces varias evaluaciones externas e internas del proceso de promoción de la salud y de la rectoría del Ministerio de Salud, han reflejado resultados no muy halagüeños respecto al cumplimiento de los objetivos de la función rectora de Promoción de la salud.

Según esta autora, entre el 2012 y el 2015, un estudio sobre el ejercicio de la función rectora del Ministerio de Salud, otro sobre la medición de desempeño de las funciones esenciales de la salud pública y una auditoría de la Dirección de Promoción de la Salud, reflejaron que el Ministerio de Salud tiene deficiencias, en los tres niveles de gestión, en lo que respecta al cumplimiento de sus competencias como ente rector y especialmente en lo correspondiente a la función esencial de Promoción de la salud.

Los resultados de estas evaluaciones externas e internas, vinculados con las responsabilidades otorgadas al Ministerio de Salud en diferentes instrumentos legales y políticos, revelaron la necesidad de hacer ajustes funcionales, organizacionales y normativos, para responder de forma efectiva a las competencias de la función de Promoción de la Salud.

Ante esto, en marzo del 2016 surgió, por parte de un Equipo Técnico Asesor interno,

una propuesta de reorganización parcial de la estructura administrativa del Ministerio de Salud, para el fortalecimiento de la rectoría en promoción de la salud. Dicha propuesta fue aprobada por el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN) en noviembre de ese mismo año, estableciéndose un nuevo modelo de la estructura administrativa del Ministerio de Salud para el fortalecimiento de la rectoría en promoción de la salud.

Este modelo plantea una reorientación de las acciones del Ministerio de Salud, teniendo como propósito contribuir a “posicionar y visibilizar la promoción de la salud desde su visión positiva, en su rol de rectoría técnica, por parte de la dirección responsable de su implementación, así como de sus tres niveles de gestión: nacional, regional y local” (Ministerio de Salud, 2016: 3).

Este nuevo modelo propone superar las deficiencias gerenciales que el Ministerio de salud había evidenciado en la ejecución de la rectoría en promoción de la salud, planteando que:

Es de suma relevancia valorar la gerencia social pública que debe ejercer el ente rector de la salud, lo que implica desarrollar y fortalecer conocimientos, procesos, técnicas, herramientas y destrezas gerenciales, que pueden ser aplicadas para trascender de las ideas a políticas, planes, programas y acciones orientadas a la consecución de resultados. Desde su gestión, debe liderar, así como articular esfuerzos y coordinar los procesos que buscan atender de manera conjunta intereses y situaciones sociales que favorezcan la salud. (Ministerio de Salud, 2016:5)

Agrega que:

Es necesario fomentar un proceso permanente de lectura y análisis del entorno local, regional, nacional e internacional, para redefinir o definir las estrategias, objetivos de satisfacción y planificar acciones colectivas en promoción de la salud en correspondencia con los constantes cambios. (Ministerio de Salud, 2016: 22)

A partir de la aprobación del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud por parte de MIDEPLAN, el Ministerio de Salud giró instrucciones para su puesta en práctica, iniciando con un proceso de capacitación, para que personal de los tres niveles de gestión conocieran el Modelo, tanto sus principios teóricos como los planteamientos metodológicos para su puesta en marcha. Al tiempo que se realizaban las sesiones de trabajo, con participación de funcionarios de los tres niveles, para el ajuste de los manuales de proceso, de manera que fueran coherentes con lo que planteaba el nuevo modelo de rectoría en el tema.

En el caso de ajuste a los manuales de proceso, el personal participante, debía trasladarse desde las diferentes regiones del país al Nivel Central para las sesiones de trabajo. Así mismo para los procesos de capacitación, que fueron avalados por el Servicio Civil, primero se capacitó a personal de las diferentes Direcciones del Nivel Central y para abarcar a funcionarios y funcionarias de las regiones, éstas se agruparon por criterio de cercanía geográfica, para desarrollar las capacitaciones en modalidad aprovechamiento, con duración de 48 horas, en un lugar específico agrupando personal de dos Regiones, hasta cubrir las nueve Regiones, Huetar Norte, Chorotega, Brunca, Central Occidente, Central Sur, Central Norte, Huetar Caribe, Central Este y Pacífico Central.

Esto requirió una inversión de recursos significativa, ya que implicó el pago de viáticos y las horas profesionales a todos los funcionarios y funcionarias que participaron en los procesos.

Sumado a estas acciones, a partir del Modelo también se dio la aprobación del decreto Ejecutivo 40706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MTSS, que ordena la creación de las comisiones de promoción de la salud, en los tres niveles de gestión, instrumento normativo necesario para la rectoría en Promoción de la Salud con los diferentes actores sociales.

En Algunas Direcciones Regionales y Áreas Rectoras del país también se desarrollaron procesos de capacitación sobre el modelo y el decreto, dirigidos a los actores

sociales que conformaban las comisiones. Estos procesos también se desarrollaron bajo la modalidad de aprovechamiento, con duración de 48 horas, implicando inversión de tiempo y recursos, tanto por parte del Ministerio de Salud como instancia organizadora, así como por los actores sociales participantes.

Pese a todo el trabajo realizado entorno al modelo de rectoría, desde su formulación, su oficialización y la capacitación para darlo a conocer. Entre finales del 2018 y principios del 2019 el Ministerio de Salud realiza una propuesta de reorganización administrativa parcial, que es aprobada por MIDEPLAN en mayo 2019. Esa reorganización contempla cambios significativos en el tema de Rectoría en Promoción de la Salud. Entre los aspectos relevantes destaca la supresión de la Dirección de Promoción de la Salud. Esto justificado en otro cambio que se da a partir de este proceso, la promoción de la salud deja de ser considerada en el Ministerio de Salud como una función esencial para pasar a abordarse como una estrategia transversal.

(...) se propone suprimir esta Dirección de Promoción de la Salud y sus unidades organizacionales dado que la promoción de la salud se establece como una estrategia transversal, siendo sus funciones asumidas por las unidades organizativas de la estructura institucional. (...) El personal será redistribuido para apoyar la ejecución de las acciones en otras unidades organizativas. (MIDEPLAN, 2019:19)

A partir de este cambio, para el abordaje de la Promoción de la Salud como estrategia transversal, el Ministerio de Salud toma como instrumento de referencia la Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030, el cual se plantea desde la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Estrategia que tiene por objetivo, renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes sociales de la salud, con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades en el contexto de la Agenda 2030.

En los nuevos documentos institucionales, no aparece el Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud, evidenciándose poca relevancia a los esfuerzos y logros

alcanzados a partir de dicho Modelo. Tampoco se visualiza articulación de la nueva propuesta con el decreto de conformación de la Comisiones de Promoción de la Salud.

Al revisar la Estrategia y Plan de Acción con la que el Ministerio de Salud propone ahora abordar la Promoción de la Salud, se identifica que, desde su planteamiento teórico parece posicionarse desde un enfoque de Promoción de la salud orientado al fortalecimiento y desarrollo de factores protectores y comportamientos positivos. Sin embargo, entre los indicadores de cumplimiento contempla la prevención y atención de problemas como enfermedades arbovirales y no transmisibles. Situación que evidencia variaciones en el enfoque de la promoción de la salud entre el Modelo de Rectoría y la Estrategia en el contexto de los objetivos del desarrollo sostenible.

Al ser esta nueva estrategia para el abordaje de la Promoción de la salud parte todo un proceso de reorganización administrativa, sumado a que el tema pasa a ser transversal, llama la atención que, el Ministerio de Salud no programó procesos de capacitación, para orientar al personal respecto a cómo trabajar la promoción de la salud desde las diferentes funciones y competencias de la institución. A diferencia de esta situación, antes de empezar a ejecutar el Modelo de Rectoría en promoción de la salud, sí se desarrollaron procesos de capacitación en los diferentes niveles de gestión.

A partir de los cambios mencionados las actividades institucionales se orientaron al ajuste en los manuales de proceso, de manera que respondieran a la organización institucional vigente, en el tema de promoción de la salud, desde un enfoque de estrategia transversal.

Los cambios que se venían desarrollando en el periodo 2016-2019 en el abordaje de la rectoría en promoción de la salud, incidían en su sostenibilidad institucional, teniendo como fundamento estrategia maestra del Ministerio de Salud es pasar de la atención de la enfermedad a la promoción de la salud.

Los acontecimientos institucionales señalados en el marco del Modelo de rectoría en promoción de la salud implicaron, además de cambios al nivel interno del Ministerio de

Salud respecto a la promoción de la salud, un involucramiento de diversos actores sociales que, mediante decreto ejecutivo, debieron incorporarse a los procesos de trabajo interinstitucionales para el abordaje de la promoción de la salud. Trabajando la sostenibilidad del modelo con la credibilidad de esos actores.

A partir de lo anteriormente expuesto, se plantea la presente investigación, que tiene como elementos orientadores, los siguientes:

1. Tema

Sostenibilidad de la Promoción de la Salud como estrategia transversal en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente.

2. Interrogante de investigación

¿Cuáles son los desafíos gerenciales relacionados con la sostenibilidad institucional de la Promoción de la Salud, en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente?

3. Objeto de investigación

Los procesos gerenciales en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, vinculados con Promoción de la Salud, 2020.

4. Objetivo General

Analizar los desafíos gerenciales de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente respecto a la promoción de la salud, para potenciar estrategias orientadas hacia su sostenibilidad.

5. Objetivos específicos

Caracterizar el proyecto institucional de gestión del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Identificar el proceso gerencial en torno a la capacidad institucional, para el abordaje de la promoción de la salud, en la Región Central de Occidente.

Generar recomendaciones gerenciales orientadas a la sostenibilidad de la rectoría en promoción de la salud en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente.

Capítulo III. Marco teórico-conceptual

El presente capítulo tiene como propósito mostrar el posicionamiento teórico desde el cual se parte para abordar el objeto de estudio, para ello, se ha establecido tres grandes categorías.

La primera es salud y promoción de la salud: su abordaje desde un enfoque positivo. En ella se incluye la comprensión teórica de salud y promoción de la salud, analizando los cambios históricos de esas comprensiones y el reto que significa abordar la salud desde un enfoque positivo.

La segunda corresponde a la política social en salud y Trabajo Social. Para comprender ese vínculo se expone las comprensiones de la investigadora sobre, política social y Trabajo Social y se incluyen elementos fundamentales presentes en ese vínculo, tal es el caso de Estado y cuestión social.

La tercera hace referencia a la gestión social y la sostenibilidad institucional de la promoción de la salud. Exponiendo cómo se comprende la gerencia o gestión social, explicada desde el posicionamiento del Enfoque Estratégico, donde la gestión social juega un papel fundamental en la sostenibilidad institucional y política del modelo de rectoría en promoción de la salud.

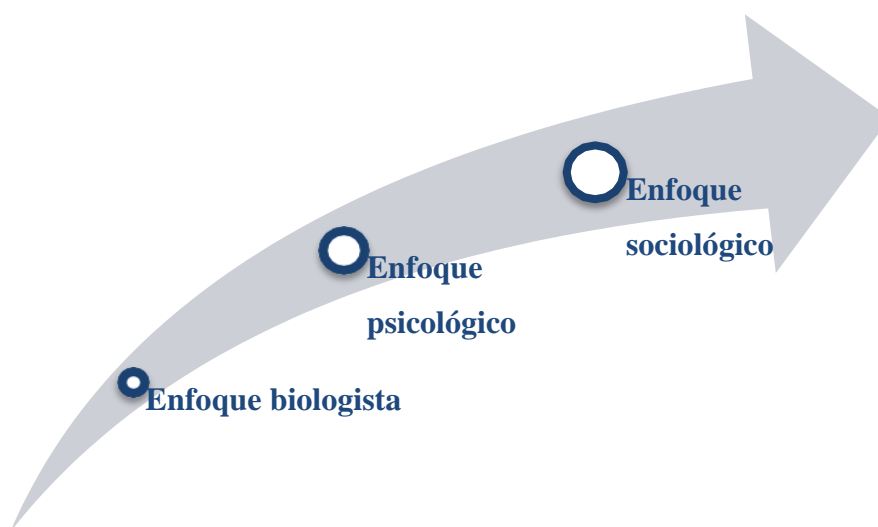
1. Salud y Promoción de la salud: su abordaje desde un enfoque positivo

Históricamente, ha predominado un enfoque de riesgo correspondiente a una visión biomédica, donde se comprende la salud como ausencia de enfermedad, posiblemente esta es la razón por la cual la mayoría de las políticas públicas vinculadas con salud, se orientan a la detección y abordaje de situaciones que llevan al riesgo de enfermar o morir.

Al plantear la investigación desde un enfoque positivo de la salud, resulta necesario hacer referencia a la evolución que ha tenido la comprensión del concepto de salud desde los diferentes planteamientos teóricos.

Para hacer referencia a las orientaciones desde los cuales se ha abordado la salud, se toma como referencia a los autores Carmona, Rozo y Mogollón (2005) quienes señalan que en la historia se pueden identificar tres grandes enfoques para la conceptualización de salud, los cuales se muestran en la siguiente figura.

Figura 1. Evolución del concepto de salud



Fuente: Elaboración propia, 2018 con los aportes de Carmona, Rozo y Mogollón, 2005.

Tal y como se muestra, la salud primero se concibió desde el enfoque biológico (biológico), que asume el cuerpo desde una dimensión predominantemente física. Este enfoque es reduccionista en su concepción, pues contempla como población apta para la intervención en este campo, a las personas que presentan problemas físicos. En la actualidad, este enfoque no ha sido superado y muchas de las propuestas estatales y privadas vinculadas con salud, parten de esta perspectiva biológica.

El segundo enfoque es el psicológico y plantea entender la salud, no sólo ligada a la anatomía y a la fisiología, sino en relación con la dimensión psíquica, en la que la historia personal empezó a tener importancia en el proceso salud- enfermedad. Hasta aquí, se habían logrado avances, pero se seguía omitiendo que la psique humana se define a partir

de las interacciones del individuo con su entorno y las condiciones estructurales.

Por último, el enfoque sociológico, desde el cual la Organización Mundial de la Salud aclara que, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que se considera “un completo estado de bienestar, físico, mental y social” (Ministerio de Salud, 2008:05) Desde esta comprensión se viene a incorporar la vida social de los individuos como un aspecto relevante en sus condiciones de salud- enfermedad.

Sigerist (1941) citado por Carmona et al., (2005: 63) agrega que, desde este enfoque, la salud “no es sencillamente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación entusiasta de la responsabilidad que la vida impone a la persona”.

A partir de ese momento empieza a visualizarse que la relación entre los actores sociales incide en el proceso salud-enfermedad; es decir, la salud es un producto social y como tal, se constituye en un proceso “mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de estos con su entorno, genera como resultado final el estado de salud que caracteriza a una población” (Ministerio de Salud, 2008: 8).

Partiendo de este planteamiento, la salud deja de ser producto de lo individual para pasar a ser un producto de la colectividad. Al respecto, Jaime Breihl, afirma:

Las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado de ese proceso complejo y dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla (...) la vida humana se forja entre los aspectos que nos hacen daño y los que nos protegen en cada momento y el resultado de las contradicciones es lo que se llama la salud- enfermedad, cuyos fenómenos observables se hacen evidentes en las personas. (Breihl:1994) citado por Picado y Quesada, 2010: 9)

El aporte de Breihl lleva a un avance más en la comprensión de la salud, al superar la salud como un estado (estático) y empezar a concebirla como un proceso, conllevando

a una construcción permanente de ella. Donde la relación de los individuos con el espacio en el que se desenvuelven va a incidir en los aspectos constitutivos, es decir, los llamados determinantes.

Respecto a los determinantes de la salud, existen diferentes propuestas para su definición, los cuales se entenderán como:

Las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto y que se pueden alterar con medidas fundamentadas. Las condiciones sociales en que vive una persona influyen de sobremanera en sus posibilidades de estar sana (Organización Mundial de la Salud, 2004: 42).

Respecto a la clasificación de los determinantes de la salud, también existen diferentes planteamientos. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, los agrupa en biológicos, ambientales, socioeconómicos y culturales y los relacionados con los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2008: 9, 10).

Sin embargo, se parte de la clasificación que se hace en el Plan Estratégico de Promoción de la Salud para Centroamérica y República Dominicana, cuyo enfoque va de la mano con la perspectiva sociológica de la salud, estableciendo cinco categorías: ambientales, socioeconómicos, psicológicos, espirituales y culturales y los relacionados con servicios de salud (COMISCA, 2013).

En la siguiente figura, se muestran las características generales de cada uno de esos determinantes.

Figura 2. Determinantes de la salud

Determinantes biológicos	Aspectos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano. Ejemplo: La carga genética, el proceso de envejecimiento y los sistemas internos del organismo.
Determinantes ambientales	Aspectos relacionados con el ambiente en general y el espacio donde vive un individuo o grupo humano en particular, incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que influyen en la salud de las personas. Ejemplo: Las condiciones de saneamiento básico, de vivienda, el medio laboral, el escolar, el físico y natural.
Determinante socioeconómico	Variables sociales y económicas en las que se desenvuelven las personas las cuales tienen efecto sobre su salud. Ejemplo: Los estilos de vida, las decisiones individuales, los tipos de familia, las vivencias y prácticas de la sexualidad, la recreación, las redes de apoyo, el ingreso económico, el nivel educativo, el empleo.
Determinantes relacionados con servicios de salud	Son aquellos 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. Ejemplo: Clínicas, EBAIS, hospitales, CENCINAI.
Determinante Psicológico, Espiritual y Cultural	Espiritual: área del desarrollo del ser humano que puede generar factores protectores de la salud. Ejemplo: la meditación, adquisición de habilidades y el fortalecimiento de valores. Psicológico: Se enfatiza en la salud mental. Cultura: Todo aquello, que identifica a un grupo de personas, teniendo incidencia en la forma en que las personas conciben y construyen la salud.

Fuente: Elaboración propia, con insumos de COMISCA, 2013.

Dicha comprensión se considera relevante al partir de un espectro más amplio de las áreas de la vida del ser humano, permitiendo un mejor abordaje de la salud desde el enfoque sociológico.

Una vez expuestos los determinantes sociales de la salud, se puede comprender por qué la salud está ligada estrechamente a la interacción del ser humano con cada uno de esos determinantes.

La forma en que esa interacción se dé va a incidir positiva o negativamente en la

salud, generando factores patógenos o de riesgo, o factores salutogénicos o protectores de la salud. Es precisamente en la búsqueda y conservación de esos factores protectores, en los que se centra la promoción de la salud, la cual se comprende en esta investigación como:

Un proceso integral, transformador y dinámico, de análisis, potencialización y de trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen desde una visión positiva, la salud en la población. (Ministerio de Salud, 2017:18)

En este marco, la promoción de la salud viene a contemplar ese conjunto de acciones, que buscan mantener y potenciar el bienestar, convirtiéndose esto en una tarea social, es decir, no solo del individuo, sino de la sociedad en su conjunto, por tanto, la promoción de la salud se constituye:

Un proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a fortalecer las condiciones sociales, ambientales y económicas requeridas para impactar positivamente en la salud colectiva e individual. (Ministerio de Salud: 2017: 17)

Desde esta teoría salutogénica, se amplía la salud a una visión biopsicosocial y se propone “que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren” (Hernán y Mena, 2010:16)

En síntesis, se puede evidenciar los cambios que ha experimentado históricamente la comprensión de la salud; es decir, la trascendencia de un enfoque biológico a otro social en constante movimiento, donde los actores pasan de ser entes pasivos a entes activos, partícipes de la construcción y mantenimiento de la salud. Además, al incorporar el concepto de promoción de la salud desde un enfoque positivo, se innova en ir más allá de los factores de riesgo, motivando a las poblaciones y actores institucionales y organizacionales a identificar, mantener y fortalecer los factores protectores de la salud

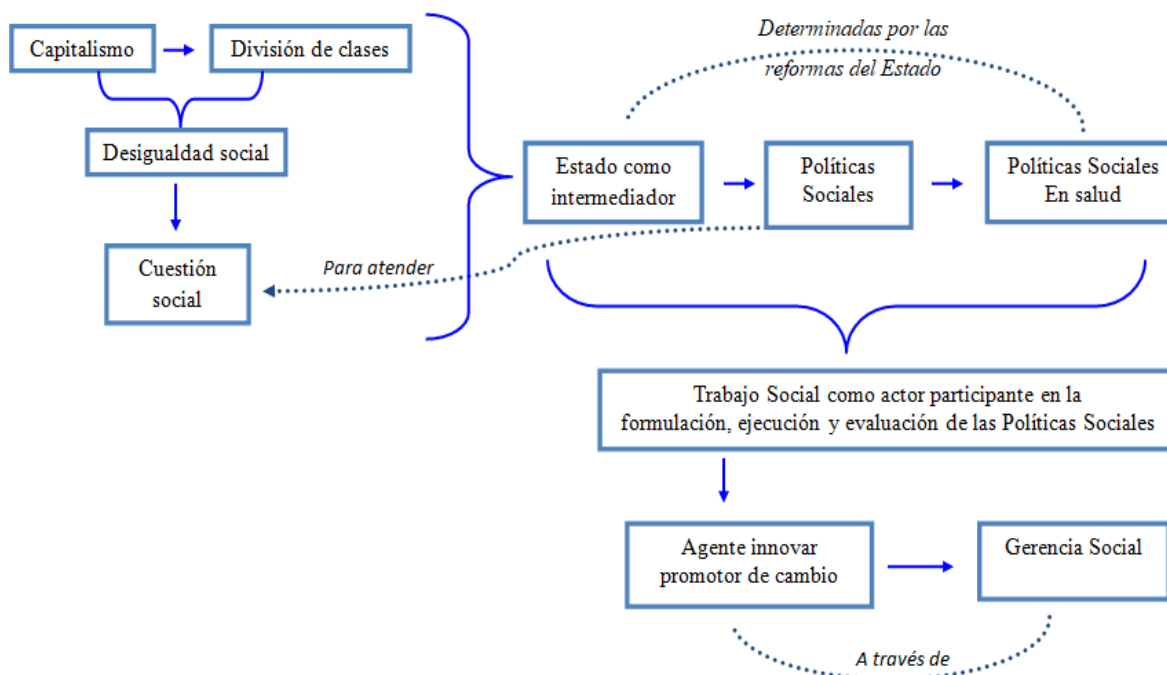
con que cuentan en cada uno de los determinantes.

2. Política Social en Salud y Trabajo Social

La política social es uno de los puntos de partida para el ejercicio profesional de Trabajo Social, de ahí que, resulta necesario dar una mirada a lo que ha sido, en Costa Rica, la evolución de la política social. Interesa en particular la política social en salud, intentando visualizar la participación de la profesión en el marco actual de dichas políticas.

No se puede mencionar las políticas sociales sin antes ubicarlas en el contexto político-económico histórico. Por lo que se requiere, primeramente, de un acercamiento general a elementos como Estado y cuestión social, para posteriormente comprender la función de las políticas sociales y del Trabajo Social en las políticas vinculadas con salud. El siguiente esquema permite visualizar el desarrollo de este apartado.

Figura 3. Vinculación Política Social- Trabajo Social



Fuente: Elaboración propia, 2018.

La comprensión del Estado necesariamente debe partir del reconocimiento del sistema capitalista y la división de clases sociales. Manteniendo el Estado una función primordial al preservar una autoridad política de las clases dominantes mediante la promoción de una convivencia pacífica. Refuerza este planteamiento Oszlak, al señalar que el Estado es “(...) la instancia política que articula un sistema de dominación social. Su manifestación material es un conjunto interdependiente de instituciones que conforman el aparato en el que se condensa el poder y los recursos de la dominación política” (1999:06).

Desde estas consideraciones teóricas, el Estado se concibe como la instancia de poder político, determinado por los intereses de clases que surgen del sistema de producción capitalista. Las luchas por esos intereses de clase han llevado a la conquista de derechos en el marco de esa expresión de las desigualdades de clases.

De esas desigualdades de clase producto de la relación capital-trabajo, surge la cuestión social, la cual “Expresa la relación entre las clases (y sus intereses antagónicos) conformados a partir del lugar que ocupan y el papel que desempeñan los sujetos en el proceso productivo” (Montaño, 2010: 170).

Las conceptualizaciones de la cuestión social son diversas, pero en este caso se entenderá como:

(...) expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social, mientras que la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad”. (Iamamoto, 2003: 41)

Entre las manifestaciones de la cuestión social se encuentra la exclusión social, la desigualdad, el desempleo, la pobreza, entre muchas otras situaciones sociales. Dichas manifestaciones son abordadas desde el Estado a través las políticas sociales.

Para efectos de esta investigación, se parte del planteamiento de Pastorini, quien propone dos perspectivas para entender la política social, la tradicional y la marxista. Desde la perspectiva tradicional, las políticas sociales “(...) son concebidas como un conjunto de acciones, por parte del aparato estatal, que tienden a disminuir las desigualdades sociales” (Pastorini, 1997: 2), orientando su función a la redistribución, que busca la “corrección” de los efectos negativos del sistema capitalista. En la perspectiva marxista, las políticas sociales son consideradas como “concesiones” del Estado y del capital y como “conquistas” de las clases trabajadoras”, agrega la autora que, desde esta perspectiva:

Se destaca la existencia no de una relación bipolar, sino una relación múltiple que involucra por lo menos tres sujetos protagónicos: las clases hegemónicas, el Estado “intermediador” y las clases trabajadoras y subalternas como usuarios de las políticas sociales (Pastorini, 1997:5).

En esta perspectiva marxista, se posiciona esta investigación, siendo que su planteamiento supera la asistencia y prestación de servicios sociales como única función de las políticas sociales, evidenciando que éstas, además, tienen también un trasfondo económico y político.

Otro aspecto importante de destacar de las políticas sociales es que:

(...) tiene como punto de partida las necesidades de los sujetos, parte de las cuales se transforman en demandas que serán reivindicadas frente a los organismos e instancias competentes, valiéndose de las movilizaciones y presiones de los sectores interesados, constituyendo de esa forma, verdaderas luchas entre diferentes clases sociales y sectores de las clases en pugna y enfrentados en la defensa de intereses diversos y hasta antagónicos. Ese proceso atravesado por las luchas de clases conduce a una instancia de negociación, momento en el cual cada una de las partes involucradas obtiene ganancias y pérdidas. (Pastorini, 1997: 17)

De esta manera las políticas sociales dejan de ser una acción unilateral donde el Estado decide acciones redistributivas, para pasar a ser consideradas como proceso dialéctico, contradictorio y de lucha entre los diferentes actores involucrados.

Una vez abordadas las generalidades de la política social, su vinculación con el Estado y su función en el abordaje de la cuestión social resulta pertinente hacer referencia específica a las políticas sociales relacionadas con salud, las cuales son las que se vinculan con el objeto de estudio definido.

En Costa Rica, la política pública vinculada con salud ha experimentado cambios a partir de las reformas del Estado. Para hacer referencia a estas transformaciones, se partirá del planteamiento de Ivannia Porras (2015), resumiendo el proceso histórico que ella detalla.

En la década de 1940 la instauración del Estado Social de Derecho y el reconocimiento de las Garantías Sociales llevó a la creación de instituciones que incidieron positivamente en la calidad de vida de la población, tal es el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica.

En los 50 con la llegada del Modelo de Sustitución de Importaciones, se iniciaron procesos de libre comercio entre los países de Centro América, situación que llevó a un crecimiento de la economía. En esta década se dio la creación de nuevos establecimientos en los niveles locales, orientados a la prevención y la promoción de la salud. Además, se creó la Dirección General de Asistencia Médico Social, buscando tener un mayor control sobre el sistema hospitalario.

En la década de los 70 la economía se mantuvo estable, dándose un crecimiento en el Producto Interno Bruto. Un aspecto relevante de esta década es que en ella se formuló el primer Plan Nacional de Salud, el cual priorizó la atención de grupos vulnerables en temas vinculados con nutrición, disminución de la mortalidad infantil y de enfermedades prevenibles.

En la primera mitad de la década de los 80, el país se vio en una situación de crisis económica, política y social que redujo los recursos de gasto social. En la segunda mitad de la década mejoraron las finanzas, disminuyó el desempleo y disminuyó la inflación, esto benefició a la CCSS disponiendo de más recursos para la atención, pero el presupuesto para el Ministerio de Salud se mantuvo bajo.

La crisis motivó el replanteamiento de la política social, así como el lugar ocupado por lo social en la reestructuración del Estado y el proceso de desarrollo. Las prioridades de la política empezaron a adquirir marcados matices de priorización y segmentación de las necesidades sociales (Porrás, 2015:47).

En la década de los 90 se incorpora a la economía nacional los Programas de Ajuste Estructural orientados a las exportaciones. Se dio un estancamiento económico que llevó a una disminución en los indicadores de calidad de vida. La disminución del gasto público en salud tuvo efectos negativos en los programas de atención primaria que estaban a cargo del Ministerio de Salud.

Ante este panorama, los esfuerzos se direccionaron hacia una reforma del sector salud, la cual incidió en un cambio en la comprensión del concepto de salud pasando de una visión desde lo biológico a una comprensión sociológica de la salud.

(...) en este período se da la evolución del concepto de salud, con el que se pretendía dejar de privilegiar su orientación biológica, para comprenderla como un producto social, en que participan una serie de actores, para actuar sobre los determinantes de la salud. (Porrás, 2015: 48)

Además, la reforma del sector se orientó al fortalecimiento de las instituciones del sector, principalmente de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la readecuación de su modelo de atención y del Ministerio de Salud, mediante el fortalecimiento de su rol rector.

En este contexto histórico, Trabajo Social ha tenido participación en los procesos de

elaboración y ejecución de políticas sociales orientadas al abordaje de la cuestión social, a través de las organizaciones productoras de servicios sociales.

Para Morera (2001: 44) la persona profesional en Trabajo Social “ocupa un lugar privilegiado en el proceso de definición y producción de tales servicios, dado que debe establecer y mantener un contacto directo y permanente con las poblaciones meta”. Esto según la autora, le da ventajas, debido a que a través de su ejercicio profesional tiene acceso a información relevante sobre la realidad de las poblaciones meta, significando un insumo valioso para la planificación de respuestas acertadas y efectivas desde las políticas públicas.

El reto para la profesión está en la comprensión de la realidad en la que actúa para, a partir de ella, construir estrategias para la conservación, defensa y establecimiento de derechos de las diferentes poblaciones. De esta forma, se puede concebir como un agente promotor de cambios, superando el cumplimiento estricto de la política social, llevando procesos continuos y participativos de establecimiento de nuevas políticas sociales que den respuesta a las demandas y situaciones emergentes.

La gerencia social significa aquí una herramienta valiosa en el ejercicio profesional de Trabajo Social, permitiendo “asegurar que las políticas y programas sociales respondan de manera valiosa, pertinente, eficaz y eficiente a problemas importantes para la ciudadanía, promoviendo así el logro de un desarrollo social equitativo y sostenible (Mokate, 2016: 2).

Según Morera (2001), la gerencia social debe realizar una rigurosa y constante lectura del contexto, para primero identificar y posteriormente actuar sobre las demandas identificadas, considerando tanto las prioridades de la sociedad civil como las del Estado.

Amplía estos alcances de la gerencia social señalando que:

La gerencia social tiene por objeto, en primer término, comprender los procesos de producción y distribución de los servicios sociales y, en segundo

término, definir, reorientar o fortalecer un proceso que busca la eficacia en el uso de los recursos para atender carencias sociales desde la perspectiva humanista de desarrollo social. (Morera, 2001: 64)

Para concluir, resulta importante señalar que el posicionamiento respecto a la profesión de Trabajo Social es que, a partir de los cambios en la realidad social y el surgimiento de nuevos enfoques para el abordaje de esa realidad, resulta necesario innovar.

Dicha innovación debe contemplar tener como punto de partida para el ejercicio profesional, no sólo las necesidades (problemas), también, fortalezas y potencialidades de las poblaciones. Esta innovación, en el campo de las políticas sociales en salud, debe iniciar con la participación de la profesión en la formulación de estrategias gerenciales posicionadas desde la promoción de la salud desde un enfoque positivo.

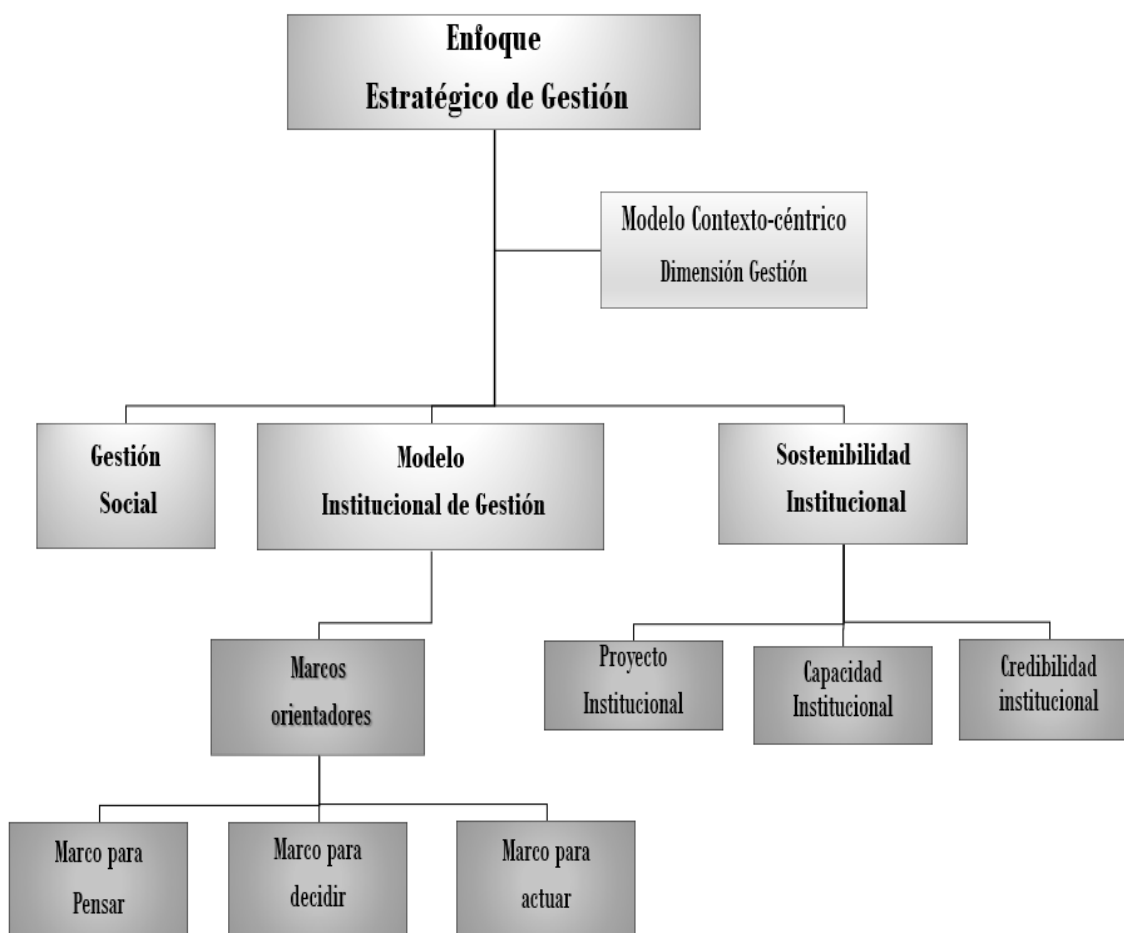
3. La gestión social y la sostenibilidad institucional.

Como se explicó en el apartado anterior, una de las formas de participación de Trabajo Social en la promoción de la salud es a través de la gerencia social, esta participación puede darse en el diseño de estrategias gerenciales, la ejecución de esas estrategias o su evaluación.

Resulta necesario entonces, visualizar la perspectiva teórica sobre gerencia social y sostenibilidad institucional desde la que parte la presente investigación. Respecto a gerencia social, es necesario aclarar que la conceptualización puede variar dependiendo de los autores que se tomen como referencia, algunos utilizan el concepto de gerencia social, mientras otros hablan de gestión social.

Para la orientación general respecto a los elementos teórico conceptual que se abordarán en este apartado, se expone un esquema general de los que se desarrollará en los siguientes párrafos:

Figura 4. Puntos de partida teóricos sobre gestión social y sostenibilidad institucional



Fuente: Elaboración propia, 2018.

El enfoque teórico desde el que se posiciona esta investigación es el **Enfoque Estratégico de Gestión** desarrollado por el Proyecto Nuevo Paradigma. Este enfoque parte de propuestas teóricas para el abordaje del cambio y la innovación institucional, por lo que se define como pertinente para el acercamiento al objeto de estudio.

Desde este enfoque se concibe la innovación institucional como un proceso que responde a las reestructuraciones y ajustes que se derivan de la modernización del sector

público. Y en su análisis articula cinco dimensiones: futuro, entorno, participación, estrategia y gestión, además de tres temas transversales que son, investigación, facilitación e institucionalización.

Al elegir el Enfoque Estratégico como partida teórica, se decide adoptar también el modelo de gestión del cual este parte, en este caso, corresponde al *modelo contexto-céntrico*.

Este modelo “combina elementos para pensar la complejidad de forma sistémica, en el marco de las reglas metodológicas de la dialéctica y el constructivismo crítico” (Mato et al., 2001: 31). Este modelo tiene como principal atributo “la generación de conocimiento en el contexto de su aplicación” (Salazar et al., 2001:34).

Para la comprensión de la realidad según Mato et al. (2001: 31-33), el modelo contexto-céntrico contempla diez premisas orientadoras, ellas son:

- La realidad es compleja.
- La realidad es una construcción social.
- La realidad es lo que el método de observación permite percibir.
- La innovación emerge de la interacción social
- El contexto influencia la interpretación
- La mayor fortaleza de las organizaciones son sus talentos humanos.
- Los sistemas socio técnicos son complejos, contradictorios y asociados a otros sistemas.
- Las organizaciones sostenibles son organizaciones cambiantes.
- El contexto no existe de forma objetiva e independiente.
- La coherencia institucional implica la existencia de un modelo institucional de gestión.

Estas premisas son concordantes con la perspectiva desde la cual se pretende abordar el objeto de estudio, por lo que el modelo contexto-céntrico desde el que se posiciona el Enfoque Estratégico se considera pertinente para el presente trabajo.

Retomando el Enfoque Estratégico, esta propuesta se enfocará específicamente en la dimensión gestión y en el tema transversal de institucionalización. Esta selección se hace tomando en cuenta el momento actual que atraviesa la rectoría en Promoción de la Salud. Desde este posicionamiento resulta pertinente entonces dejar clara la comprensión desde la cual se parte respecto a gestión e institucionalización. Más adelante se hará referencia a otros conceptos contemplados desde este enfoque, que resultan fundamentales para el abordaje del objeto de estudio.

Se entenderá por *gestión* “el proceso del manejo dinámico de la interacción que ocurre entre la organización y su entorno relevante; la gestión puede ser comprendida como el manejo del cambio hacia adentro y hacia afuera de la organización” (Mato et al., 2001:47).

Los autores toman en cuenta los cuatro aspectos básicos que incorpora la gestión:

- Construir y compartir una visión de futuro.
- Identificar y consolidar elementos orientadores de referencia para el logro de los objetivos demandados por la visión de futuro.
- Construir las condiciones para que esta nueva coherencia sea institucionalizada.
- Tomar decisiones coherentes con esos elementos de referencia asociados a esa visión de futuro.

La *Institucionalización* por su parte será comprendida como “proceso complejo de interacción social, que se inicia cuando emerge la intención de generar algo que necesita ser institucionalizado, y que continúa hasta que lo generado se transforma en práctica generalizada y logra apoyo continuo mientras esté vigente” (Mato et al., 2001: 45). La institucionalización, según los autores, no debe ser reducida a la oficialización o formalización “algo está institucionalizado cuando logra ser practicado de forma irreversible y ser apoyado de forma continua, mientras su necesidad y relevancia estén vigentes”. (De Souza Silva, J., Cheaz, J. y Calderón, J., 2001: 44)

Ahora bien, habiendo hecho referencia a los aspectos generales del Enfoque Estratégico que servirán como punto de partida para la comprensión teórica de la investigación, en lo que a gestión y sostenibilidad se refiere, resulta necesario entrar en detalle sobre otras comprensiones y conceptualizaciones más específicas contenidas en este enfoque, que resultan determinantes para el acercamiento al objeto de estudio.

A partir de la comprensión general de gestión, la *gestión social* en particular se comprenderá como “un proceso de gestión centrado en el entorno, cuyo compromiso ético con la sociedad es considerar “lo social” como centro y fin del desarrollo” (Mato et al., 2001:49). De ahí que desde estos autores la gestión social considera los siguientes elementos:

- Funciona bajo la premisa de que los objetivos sociales son “objetivos fines”, asociados a la mejoría de las condiciones de vida, la calidad de vida y el nivel de vida.
- Considera los objetivos asociados a la promoción del crecimiento económico y el desarrollo tecnológico como “objetivos medios” para el logro de los objetivos sociales.
- Demanda compromisos con las dimensiones que aportan a la sostenibilidad institucional, el cual es imprescindible para el logro del desarrollo sostenible.

Los autores citados señalan que, para la comprensión de la gestión social, es necesario tener presente que ésta se desarrolla en un contexto cambiante influenciado por lo social, económico, político e institucional, donde se impulsa principalmente lo económico y se disminuye la relevancia de lo social. Todos estos elementos permiten vincular la gestión social con la promoción de la salud, en cuanto a ambos persiguen modelos institucionales de gestión que lleven al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones metas inmersas en una realidad social e institucional cambiante e influenciada por factores internos y externos.

La siguiente comprensión teórica relevante es el *modelo institucional* de gestión el cual “es un marco que articula elementos de referencia para orientar e influenciar la forma de pensar, decidir y actuar del equipo gerencial de una organización. Eso posibilita que la coherencia institucional esté en correspondencia con la coherencia gerencial” (Mato et al., 2001:55).

Resulta importante hacer la distinción entre el sistema institucional de gestión y el modelo institucional de gestión. Según los autores señalados, los sistemas institucionales están definidos a priori y se institucionalizan a través de los documentos legales e institucionales, los cuales hacen referencia a la estructura organizacional, sus competencias y los poderes de la alta gerencia. Por el contrario, los modelos institucionales de gestión no son definidos a priori, corresponde a la alta gerencia definir cómo va a interpretar, articular e interpretar los elementos del sistema institucional de gestión (Mato et al., 2001: 55). Desde este planteamiento, la gestión institucional está determinada por la visión de mundo (mecánica, económica u holística) de los actores involucrados.

Según Mato et al. (2001: 49) los modelos institucionales de gestión están constituidos por tres marcos orientadores de referencia: marco para pensar, marco para decidir y marco para actuar:

Marco para pensar

Contempla visión de mundo, filosofía gerencial, imagen de organización, visión de cambio, modelo de gestión de cambio, además de conceptos, enfoques y modelos orientadores para que el pensamiento de las personas gerentes guarden coherencia con el proyecto institucional de la organización.

Marco para decidir

Incluye procesos y sistemas de apoyo a la toma de decisiones. Obligatoriamente, se debe derivar del marco para pensar, garantizando la coherencia entre las decisiones y los elementos orientadores del marco para pensar.

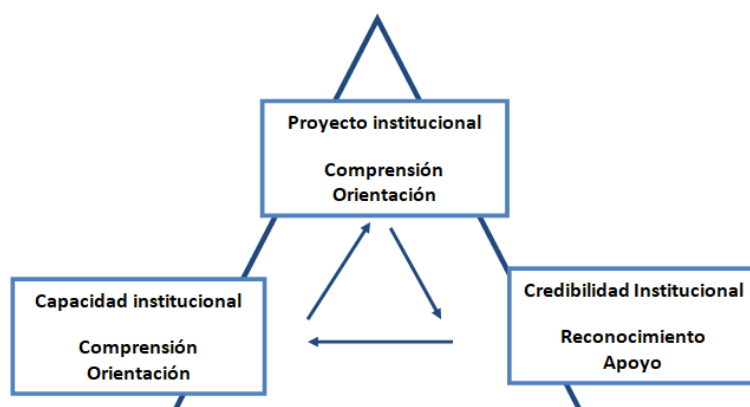
Marco para actuar

Incorpora procesos, mecanismos y sistemas de apoyo a la ejecución de actividades. Debe derivarse del marco para decidir, teniendo coherencia entre las actividades ejecutadas y las decisiones tomadas con el apoyo del marco para decidir.

A partir de estos marcos orientadores es que se empieza a gestar la sostenibilidad institucional de políticas, planes, programas y proyectos sociales, de ahí la importancia del abordaje de estos, en el análisis de la sostenibilidad de la Rectoría en promoción de la salud, entendiendo *sostenibilidad institucional* como “un estado de reconocimiento social y de apoyo político, institucional y financiero logrado por una organización, como resultado de un proceso de interacción y negociación permanente con los actores clave de su entorno relevante” (Mato et al., 2001: 37).

Estos autores afirman que ese reconocimiento existirá sólo durante la vigencia de la contribución de las organizaciones. Si las organizaciones no son capaces de renovar, el entorno no continuará reconociendo su contribución y apoyo. Para lograr esa sostenibilidad institucional proponen el triángulo de la sostenibilidad, el cual contempla tres vértices, tal y como se muestra en la siguiente figura:

Figura 5. Triangulo de la sostenibilidad



Fuente: La dimensión de “Gestión” en la construcción de la sostenibilidad institucional (Mato et al., 2001: 39).

De los elementos que contempla este triángulo, se plantea enfatizar en dos de sus vértices, el proyecto y la capacidad institucional.

El proyecto institucional, según los autores, contempla los elementos que establecen el marco orientador de la organización: visión de mundo, filosofía, valores, conceptos, enfoques, modos de intervención, paradigmas, principios, entre otros aspectos que guían la organización en armonía entre la realidad y sus aspiraciones.

La capacidad institucional, por su parte, hace referencia a la capacidad de la organización para la acción y su gestión. Involucra las capacidades conceptuales, metodológicas y culturales para que la organización pueda actuar en apego a su proyecto institucional.

No se propone el abordaje de la credibilidad institucional, porque éste hace referencia al apoyo social para el desarrollo del proyecto institucional y éste no es un punto de interés en este proceso investigativo.

4. Balance del marco teórico- conceptual

La comprensión de la salud y promoción de la salud desde un enfoque positivo significa un reto que implica, superar la construcción histórica de comprender salud desde la visión biológica, entendiéndola únicamente como ausencia de enfermedad. Para posicionarse en una visión sociológica, donde la salud es una construcción social en la que intervienen todos los elementos del entorno en el que se desenvuelve el ser humano.

El abordaje de promoción de la salud desde Trabajo Social significa un mayor reto aún, desde sus orígenes el ejercicio de la profesión parte de las necesidades y problemas sociales que han ido surgiendo en la cuestión social, resultante de las contradicciones capital- trabajo propias de un modelo capitalista. Sin embargo, por las características de

la profesión, su contacto directo con los actores sociales le permite conocer, no sólo sus necesidades, sino también sus fortalezas y oportunidades, los factores protectores de su salud, significando la promoción de la salud espacio idóneo para innovar mediante un ejercicio profesional desde lo positivo.

El posicionamiento desde el modelo contexto-céntrico permite un acercamiento al objeto de estudio reconociendo el entorno social e institucional en el que está inmerso, reconociéndolo como complejo y dinámico. Sumado a ello, desde el Enfoque Estratégico se analizará el marco institucional de gestión desde sus ejes orientadores; marco para pensar, marco para decidir y marco para actuar, de manera que supera la indagación desde los puestos de altas gerencias, reconociendo la participación y el aporte de múltiples actores que son partícipes en el establecimiento y la puesta en práctica de los procesos de gestión.

Capítulo IV. Contextualización institucional del Ministerio de Salud

En este capítulo se hace referencia a los aspectos generales que caracterizan el sector salud en Costa Rica, posteriormente se realiza una aproximación al Ministerio de Salud como institución rectora. Por último, se presenta información referente al Modelo de rectoría en promoción de la salud y la situación actual en la que se encuentra en el marco de dicha institución.

1. Reseña del sector salud en Costa Rica (1927- 2006).

Según María Muiser (2015: 138) desde 1927, la Secretaría de salubridad, (el ahora Ministerio de Salud), asume el rol de vanguardia de la salud pública nacional. En esa década las reformas políticas progresistas dieron pie al reconocimiento de las garantías sociales en Costa Rica, delegando al Estado la responsabilidad de proteger la salud del trabajador y de sus familias, esto mediante el seguro social obligatorio que comprendía, en sus orígenes los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario. (Muiser 2015: 154)

Siguiendo a la autora, desde entonces dos reformas del Sector Salud, han marcado la historia en este tema en Costa Rica: una se dio en la década de 1970 y otra en la década de 1990.

La primera reforma estuvo marcada por acontecimientos como el traspaso de los hospitales de la Junta de Protección Social, y los semiprivados o de caridad a la Caja Costarricense de Seguro Social, convirtiéndose en la única entidad en el país encargada de servicios hospitalarios públicos. Este proceso tuvo por objetivo asegurar los fondos para proteger la salud de la población costarricense, los cuales fueran recolectados en forma contribuciones sociales por la CCSS, evitando la intervención de intereses políticos en ellos, gracias a la autonomía administrativa asignada a dicha institución. (Muiser 2015:135)

Mientras esto sucedía en la CCSS, el Ministerio de Salud de Costa Rica ejecutaba los

programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, los cuales brindaban servicios de salud a la población de zonas alejadas que no tenían acceso a los servicios de la CCSS. De esta manera, se lograba que las acciones de ambas instituciones fueran complementarias, logrando en el país una cobertura en salud casi universal Garnier (2006) y Güendel y Trejos (1994) citado por María Muiser (2015).

La segunda reforma, que inició en 1994 y se extendió hasta el año 2006, se dio en el contexto de los Programas de Ajuste Estructural y la reforma del Estado, la cual mediante la propuesta de la Nueva Gerencia Pública (NGP), y la estrategia de “separación de funciones” buscaba dar mayor participación del sector privado en la administración pública.

Continuando con lo que indica Muiser (2015), esta segunda reforma se implementó en dos etapas consecutivas: la primera entre 1994 y 2001 y la segunda entre 2001 y 2006. Una de las acciones que incluyó esta reforma se orientó a la unificación del sistema de salud del país en relación con la prestación de los servicios de salud, financiamiento y gestión de recursos, asignándole estas competencias a la CCSS, la cual la asumió mediante el establecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS).

Esta unificación implicó que los servicios de atención primaria que ofrecía el Ministerio de Salud a través de los programas de salud rural y comunitaria pasaran a la CCSS, por lo que el Ministerio de Salud debía cederle los recursos financieros y humanos que tenía para dichos programas. A partir de este momento, el Ministerio de Salud dejó de brindar servicios de atención directa, quedando con una función de rectoría. (Muiser 2015: 243)

Todo este proceso respondió a recomendaciones de las instituciones financieras internacionales, asumiendo la Organización Panamericana de la Salud, como instancia asesora de los países de América Latina, una gran influencia en la adopción de esta estrategia, la cual daba gran importancia al fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional para el ejercicio de la rectoría.

Según Muiser, el modelo de separación de funciones no se desarrolló por igual en todos los países. Una de las estrategias estaba basada en la desconcentración, descentralización o privatización de funciones claves. La otra, separaba la rectoría de las demás y la otra separaba todas las funciones del sistema de salud.

En el caso de Costa Rica la autora señala:

(...) mediante la Reforma del Sector Salud de la década de 1990, se separaron en primera instancia de manera formal el conjunto de las funciones de prestación de servicios, financiamiento/aseguramiento y gestión de servicios de la función de rectoría. En segunda instancia, en 1998 se separó, a nivel interno de la CCSS, la función de compra o asignación de recursos del conjunto de funciones prestación de servicios y financiamiento/aseguramiento. (Muiser, 2015: 5)

La separación de la función rectora buscó que se mantuviera la rectoría como función principalmente pública, a cargo del Estado. Situación diferente a las demás funciones que podían ser otorgadas a instancias desconcentradas, descentralizadas o privadas. En tal caso y según lo estableció la OPS, el Ministerio de Salud, como Autoridad Sanitaria se consideraba el responsable de la salud, acciones de protección y promoción de la salud.

2. Contextualización de Salud

Como se señaló anteriormente, uno de los cambios generados por la reforma del sector salud fue la asignación de un rol rector al Ministerio de Salud. Durante ese periodo, dicha institución también sufrió cambios en su estructura:

A nivel del Ministerio de Salud se implementó también un proceso de descentralización institucional como parte de la Reforma de la década de 1990, aunque este proceso más bien sería de desconcentración: el objetivo no era dar más autonomía a los niveles descentralizados, sino, según la intención de la desconcentración en términos técnicos: aumentar la presencia del Ministerio de Salud en el nivel local. (Muiser, 2015:5)

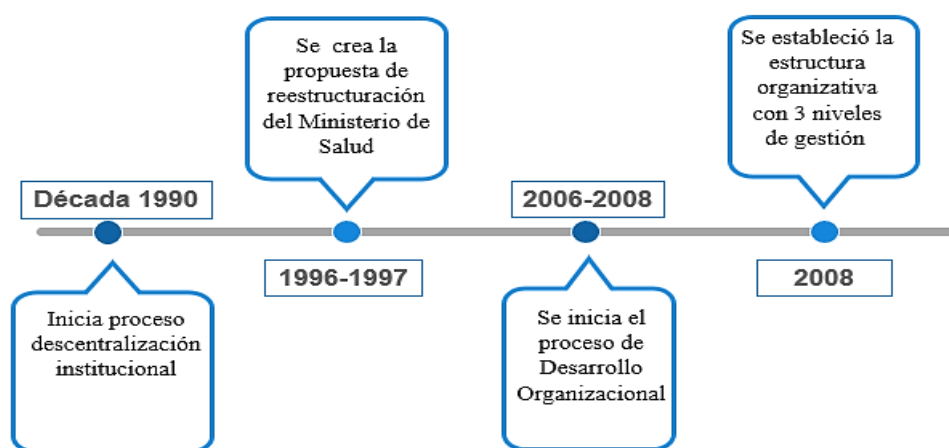
En el periodo de 1996 a 1997 se crea la propuesta de reestructuración del Ministerio

de Salud. Posteriormente, en la segunda administración Arias Sánchez, en el periodo comprendido entre 2006-2008, se inicia el proceso de Desarrollo Organizacional (DO) mediante una consultoría asumida por la Escuela de Ingeniería Industrial de la UCR.

En este periodo se realizó una revisión y ajuste del marco conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud y de las funciones y procesos de esa rectoría. Como parte de los resultados, está la definición de la estrategia maestra “De la atención de la enfermedad hacia la Promoción de la salud”. (Ministerio de Salud, 2011: 47).

En el año 2008, se da la última fase del Desarrollo Organizacional, estableciéndose una nueva estructura organizativa para el Ministerio de Salud y una nueva plantilla de puestos para la conformación de los equipos de trabajo y se establece como una de las funciones esenciales de la institución, la promoción de la salud. (Ministerio de Salud, 2008). En la siguiente figura se resume de manera cronológica los cambios en la estructura institucional, en este periodo.

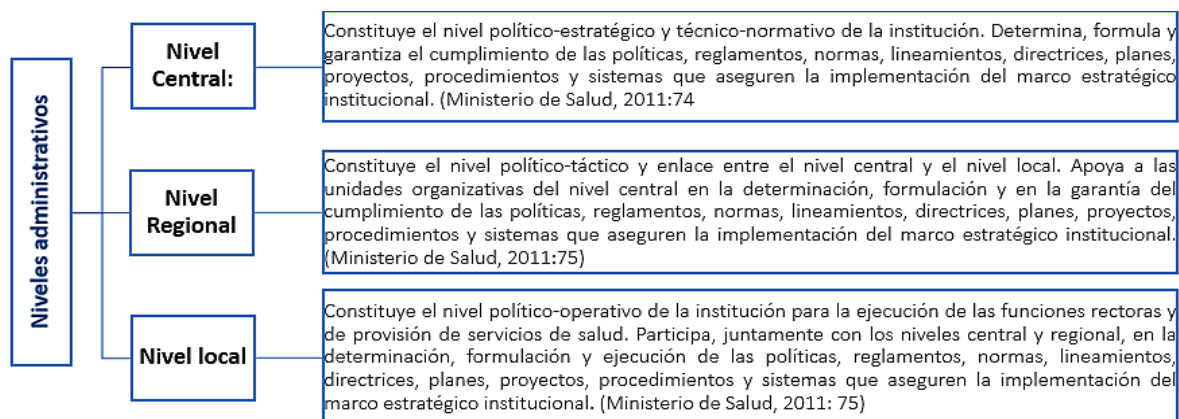
Figura 6. Cambios en la estructura del Ministerio de Salud 1990-2008



Fuente: Elaboración Propia con insumos de Ministerio de Salud, 2008.

Actualmente se mantiene la división institucional en tres niveles de gestión: Nacional, Regional y Local, clarificando las competencias específicas de cada nivel:

Figura 7: Niveles administrativos Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia con insumos de Ministerio de Salud, 2011.

Para ejercer la rectoría de la producción social de la salud, una de las funciones sustanciales que se asignó al Ministerio de Salud fue la de Mercadotecnia de la Salud, nombre que se le asignó a la instancia encargada de la promoción de la salud, tal y como lo indica el modelo conceptual y estratégico de la institución.

(...) 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. (Ministerio de Salud, 2011: 33)

En febrero del 2014, mediante el Decreto N.º 38150-S que contempla modificaciones al Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, se cambia el nombre de Mercadotecnia de la Salud a Promoción de la Salud, estableciéndose como objetivo el dirigir los esfuerzos de los actores sociales del sistema de producción social de la salud, para la modificación de los determinantes, protegiendo y mejorando el estado de salud de la población. Sin embargo, el cambio se dio en el nombre y en su objetivo, sin establecerse acciones que permitieran cumplir con el propósito planteado.

Fue en la Región Central Occidente del Ministerio de Salud, donde se realizaron los primeros esfuerzos por establecer con mayor claridad las competencias institucionales en materia de promoción de la salud, acciones que sirvieron de base en la creación del

Modelo de Rectoría.

Este modelo tuvo sus primeras bases técnicas en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente DRRSCO, donde tanto a nivel regional como local se determinó la necesidad de clarificar y definir las acciones rectoras respecto a Promoción de la Salud a fin de orientar los correspondientes procesos con actores sociales del Sector Salud y de otros sectores vinculados. (Ministerio de Salud 2017, 13)

A partir de esta experiencia en la Región Occidente y con la fundamentación de los resultados obtenidos en el estudio sobre el ejercicio de la función rectora del Ministerio de Salud, entre las que se pueden mencionar la medición de desempeño de las funciones esenciales de la salud pública y la auditoría de la Dirección de Promoción de la Salud, realizados entre el 2012 y 2015, es que, un equipo técnico asesor interno desarrolló una propuesta de reestructuración administrativa para el ejercicio de la rectoría en promoción de la salud.

Esta experiencia, así como resultados de informes, de La Contraloría General de la República N° DFOE-SOC-IF-13-2012 (2012) y de la Dirección General de Auditoría del Ministerio de Salud, N°DGA-030-2016, motivaron en el año 2016 a las autoridades de la Institución, direccionar un proceso de rediseño desde un enfoque conceptual, novedoso y positivo, en Promoción de la Salud que represente un marco orientador de las correspondientes acciones rectoras. (Ministerio de Salud, 2018: 13)

El Modelo de Rectoría contó con los aportes de representantes del Nivel Central del Ministerio de Salud, así como de las Regiones: Occidente, Este, Pacífico Central y Central Norte; “para su rediseño e implementación, la viceministra de Promoción de la Salud integró un equipo técnico asesor, conformado por profesionales de la Institución, con experiencia y formación vinculada a este campo.” (Ministerio de Salud, 2017).

Un dato importante de destacar es que, en la elaboración del Modelo participaron 10

personas, de las cuales 8 son profesionales en Trabajo Social. La lista de personas puede consultarse en el anexo 6.

3. Contextualización de la promoción de la salud en Costa Rica.

La propuesta diseñada por ese equipo técnico asesor fue aprobada por MIDEPLAN en diciembre 2016 mediante oficio MIDEPLAM-DM-834-16 y en abril 2017, con el DM-2712-2017 se oficializó el modelo a nivel institucional, a partir de esta acción, en mayo de ese año se iniciaron las gestiones para la construcción de los manuales de proceso vinculados al modelo. Al mismo tiempo, se iniciaban los cursos de formación sobre el desarrollo del modelo de rectoría en promoción de la salud, ejecutados entre abril y setiembre del 2017, proceso en el que participaron la totalidad de los funcionarios encargados de conducir el proceso de rectoría en los tres niveles de gestión.

El 02 de noviembre de ese mismo año fue publicado en el diario oficial La Gaceta, el Decreto Ejecutivo 40706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MTSS, referente a la creación de las comisiones de promoción de la salud, instrumento fundamental para la articulación con actores sociales en el ejercicio de la rectoría en el tema.

Además, cada una de las comisiones cantonales conformadas por las diferentes instituciones del sector salud, nutrición y deporte, estaban siendo capacitadas en el tema de promoción de la salud bajo la modalidad de aprovechamiento con un curso de 48 horas de duración.

Este proceso de capacitación resulta pertinente para que las comisiones conformadas inicien su trabajo con fundamentos teórico-metodológicos que orientaran su funcionamiento, de manera que cumplieran con sus funciones desde el enfoque de promoción de la salud y no desde la prevención de la enfermedad.

Pese a todo el trabajo realizado para la formulación, aprobación y puesta en marcha del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud, que se ha descrito en los párrafos anteriores, en marzo 2019 el Ministerio de Salud presenta a MIDEPLAN (oficio DM-

1097-19), una propuesta de organización administrativa parcial de la institución, la cual

(...) consiste en una reorganización administrativa parcial del Ministerio de Salud (MS) modificando la estructura organizacional, realizando cambios de nomenclatura, de dependencia jerárquica, creación, fusión, transformación y finalmente, eliminación de unidades organizacionales. Lo anterior, con el propósito de lograr que esos ajustes favorezcan la gestión institucional y el fortalecimiento de la rectoría. (MIDEPLAN, 2019: 1)

Esta iniciativa fue aprobada por MIDEPLAN en fecha 10 de mayo 2019, contemplando la supresión de la Dirección de Promoción de la Salud y sus unidades; Gestión Social y Determinantes de la Salud. Justificándose esta supresión en que la Promoción de la Salud se abordará como estrategia transversal desde las diferentes Direcciones institucionales que ejercen la rectoría en salud.

En este sentido en documentos institucionales se evidencia que, como parte de las acciones institucionales para el fortalecimiento del Rol Rector, que se desarrolla a partir de la aprobación de la reorganización administrativa por parte de MIDEPLAN, se asignan a diferentes direcciones y Unidades Organizativas aspectos vinculados a Promoción de la Salud.

De esta manera a la Dirección de Planificación Estratégica y de evaluación de las acciones en salud, le corresponde el “Desarrollo del componente de Promoción de la Salud en los Planes, Programas, Proyectos y Estrategias en Salud.” (Ministerio de Salud, 2019: 36). Esto a través de la Unidad de Planificación estratégica y mediante la incorporación de la Estrategia de Promoción de la Salud en los planes, programas, proyectos y estrategias específicas en salud.

A la Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental se le asigna la realización de acciones de promoción de la salud y capacitación en cuanto a instalación, uso y mantenimiento de los sistemas de alcantarillado sanitario y la Promoción de la salud en materia de salud ambiental y protección radiológica. Así como el “apoyo en el diseño e

implementación de estrategias de mercadotecnia social, promoción de la salud, orientadas a fomentar la participación consciente, activa y comprometida de los actores sociales, de la protección radiológica y salud ambiental” (Ministerio de Salud, 2019: 68).

Es en esta estructura organizacional en la que el Ministerio de Salud pone en marcha la ejecución de la Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030, definida en la 164.a sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, mediante las competencias, a las que se hizo referencia en los párrafos anteriores, asignadas a las diferentes Direcciones.

Capítulo V. Marco Metodológico

El presente capítulo hace referencia a la metodología que permitió el acercamiento al objeto de estudio. Para ello, se partió del planteamiento de Taylor y Bogdan (1992) quienes señalan que la metodología contempla tanto la manera cómo enfocamos los problemas, como la forma en que buscamos las respuestas a los mismos

En este capítulo, se hace referencia al tipo de investigación, la población participante, técnicas e instrumentos y a las categorías y subcategorías establecidas para el abordaje del objeto e interrogante de investigación.

1. Tipo de investigación

La investigación se elaboró desde un enfoque cualitativo, donde lo que interesó fue recuperar las experiencias, opiniones de las personas involucradas y cómo interpretan la gestión del Ministerio de Salud respecto a la rectoría en Promoción de la Salud.

Lo anterior partiendo de que, según Rodríguez (2011), la investigación cualitativa se define por considerar la realidad como dinámica, global y construida en un proceso de interacción con la misma.

Algunas de las características de la investigación cualitativa y que se consideraron atinentes para el abordaje del objeto de estudio y dar respuesta a la interrogante planteada:

- Posee un fundamento humanista para entender la realidad social. Percibe la vida social como la creatividad compartida de los individuos, determinando una realidad percibida como objetiva, viva, cambiante, mudable, dinámica y cognoscible para todos los participantes en la interacción social.
- Busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, con el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva, pretendiendo llegar a comprender la singularidad de las personas, dentro de su propio marco de referencia y en su contexto histórico-

cultural.

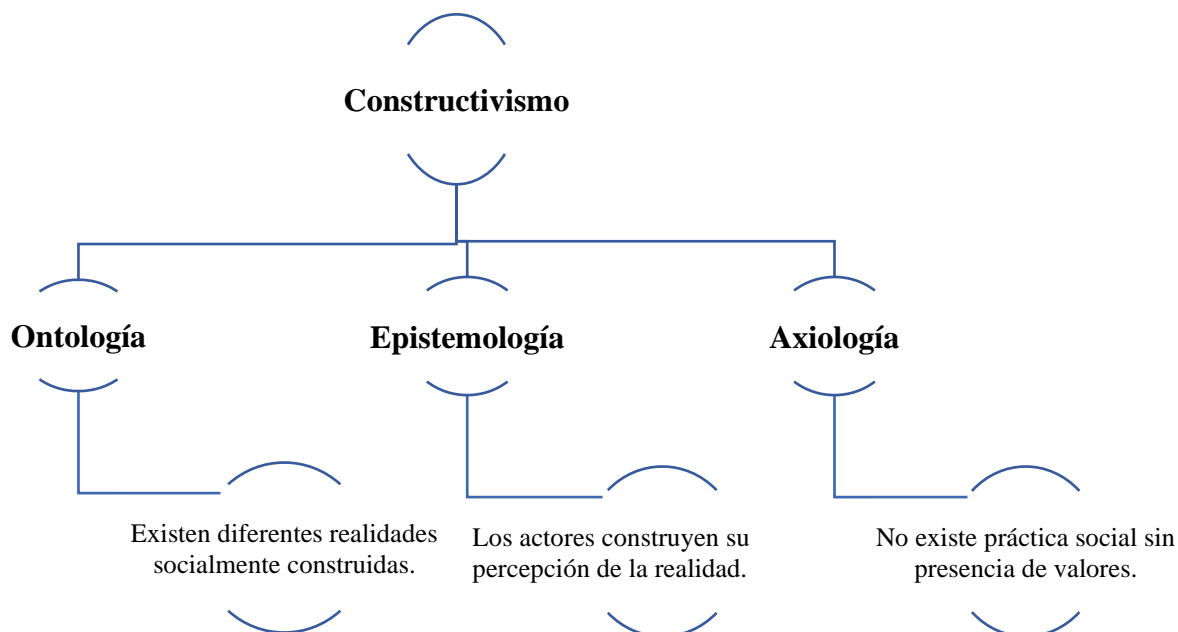
- Se desarrolla en términos descriptivos e interpreta acciones, lenguajes, hechos funcionalmente relevantes y los sitúa en una correlación con el más amplio contexto social.
- La relación que él o la investigadora establece con las personas y con los grupos es cercana y empática, se da la relación sujeta que investiga – sujeto que es investigado, donde este último aporta los elementos necesarios para conocer.

Estas características planteadas por Martínez (2011:17-20), hacen que la investigación cualitativa fuera considerada como la idónea para la aproximación al objeto de estudio, pues permitió el contacto directo con las personas involucradas y el conocimiento de su realidad desde sus experiencias e interpretaciones.

A partir de esta intencionalidad metodológica de la investigación, es que se posicionó desde el paradigma naturalista/ interpretativo, este parte del “estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social” (Barrantes, 2002: 60). Buscando construir conocimiento a partir de la interacción con los sujetos, comprendiendo e interpretando su realidad, reconociéndola como dinámica, múltiple y holística. Involucra además los significados, percepciones, interacciones, acciones y valores de los sujetos dentro de sus propios contextos.

Vinculado con lo anterior, se realizó un abordaje desde el constructivismo, debido a que, desde éste se “asume la existencia de múltiples realidades, socialmente construidas por distintas percepciones y acciones de diversos grupos sociales, que construyen diferentes visiones de mundo” (Salazar et al., 2001: 34). Los principios ontológicos, epistemológicos y axiológicos de la perspectiva constructivista (que se muestran en la siguiente figura) fueron concordantes con los posicionamientos desde los cuales se abordó el objeto de estudio.

Figura 8. Principios del constructivismo



Fuente: Elaboración propia con insumos de (Mato et al., 2001: 49).

Desde este posicionamiento constructivista resultó importante conocer la percepción e interpretación que tienen los actores institucionales participantes, respecto a los cambios que se han venido desarrollando en el Ministerio de Salud vinculados a la rectoría en Promoción de la Salud.

2. Delimitación temporal y espacial del estudio

Este trabajo Final de Investigación Aplicada cuyo objeto de estudio fueron los procesos gerenciales vinculados con la rectoría en promoción de la salud en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, 2018-2021, se desarrolló en el Ministerio de Salud de Costa Rica, específicamente en la Dirección señalada. La cual forma parte de la instancia institucional conformado por un nivel político, instancias asesoras, nivel directivo, departamentos, nivel operativo y unidades. (ver anexo 7)

Para el abordaje del objeto de estudio, en correspondencia con las competencias de cada nivel, la investigación se desarrolla principalmente en el nivel operativo. Esto porque es una instancia que forman parte de la ejecución de las políticas y los diferentes procesos

institucionales.

La investigación contempló el periodo comprendido entre los años 2018 y 2021, esto debido a que son años en los que se han presentado procesos de cambios institucionales en materia de Promoción de la Salud y que son los que definen actualmente el actuar institucional en el tema.

3. Viabilidad del estudio:

Viabilidad política-institucional:

A nivel político es importante mencionar que, la promoción de la salud está establecida como una de las prioridades contempladas en el Plan de Gobierno del gobierno Alvarado Quesada, el cual se señala que se debe “implementar plenamente el modelo de Rectoría de la Promoción de la Salud”, agregando que se deben “fortalecer los Comités de Promoción de la Salud a cargo del Viceministerio de Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud, impulsado por el primer gobierno del PAC” (Partido Acción Ciudadana, 2018: 46-47).

Viabilidad técnica:

Posterior al proceso de formación en la Maestría en Trabajo Social con énfasis en gerencia social, la investigadora contó con los conocimientos teórico-metodológicos requeridos para la ejecución del estudio. Además, al ser funcionaria del Ministerio de Salud, tuvo conocimiento y acceso a documentos e informantes clave para alcanzar los objetivos propuestos.

Viabilidad financiera:

La persona investigadora contó con los recursos financieros requeridos para cubrir los costos asociados la realización de la investigación.

4. Población Participante

Para la definición de la población participante se partió de lo señalado por Martínez

respecto a la investigación cualitativa, cuando menciona que

(...) el tamaño de la muestra no se conoce al inicio, sino sólo cuando la indagación ha culminado. El diseño de muestreo orienta la forma en la que empieza a buscarse a los participantes, pero su incorporación se hace en forma iterativa, de acuerdo con la información que va surgiendo en el trabajo de campo” (Martínez, 2011: 617).

Se trabajó con informantes que, en el periodo de estudio, desempeñen o desempeñarán funciones vinculadas a los siguientes departamentos o cargos:

Dirección Regional

- Despacho de Dirección Regional
- Unidad de Planificación
- Unidad de Rectoría de la Salud
- Unidad de Apoyo Logístico Administrativo
- Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.
- Enlaces locales de Promoción de la Salud y/o Planificación Estratégica.

La población participante en el estudio cumplió con los siguientes criterios de selección:

- Laborar o haber laborado para la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente en los últimos 3 años
- Desempeñarse o haber desempeñado en ese periodo puestos en el nivel político, directivo u operativo.
- Que, por las competencias del puesto o designación de superiores en el periodo señalado, realicen o realizarán acciones vinculadas con los procesos de gestión vinculados con Promoción de la Salud.

La recolección de información se desarrolló hasta cubrir cada una de las categorías y subcategorías definidas para la investigación, hasta llegar al momento de la saturación teórica, comprendida como: “el criterio que determina la continuación del muestreo teórico o no. (...) la saturación teórica se alcanza cuando la información recopilada no

aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis” (Ardila y Rueda, 2013: 93).

5. Técnicas e instrumentos

Se utilizaron diversas técnicas e instrumentos que permitieron el acercamiento al objeto de estudio para el logro de los objetivos propuestos. En la siguiente tabla se hace referencia a cada uno de ellos, con una descripción general de los mismos.

Tabla 1. Descripción de técnicas e instrumentos

Técnicas	Características relevantes	Instrumentos
Revisión documental	<p>Según Mijáilov y Guiliarevskii (1974: 18) después de la recopilación de la información, es necesario realizar un procesamiento analítico-sintético de los datos contenidos en los documentos debiendo posteriormente sintetizar los resultados.</p> <p>El análisis documental resulta de suma utilidad para la presente investigación, como lo señala Maniez (1993), en cada discurso contenido en alguna fuente documental se encuentra información solapada que amerita, para ser descubierta, de la capacidad intelectual y perspicacia de quien analiza la información.</p> <p>A esto, Peña y Pirela (2007: 57), agregan que, “No solo es importante considerar los aspectos formales y los de contenido, para los cuales existe toda una plataforma de estándares de uso internacional, sino que además es necesario ahondar en las motivaciones e inclinaciones de los autores de las informaciones, sus formas de percibir la realidad, sus inclinaciones afectivas, ideológicas, cognitivas y con ellas se desprende información implícita que también afecta al contenido informativo de cualquier documento, y que puede resultar de interés en el momento de consultar alguna fuente documental”.</p>	Guía de revisión documental
Entrevista semiestructurada	<p>Según Hernández Sampiere, define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados).</p> <p>En la entrevista semiestructurada, según este autor (1998: 23), “el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden)”.</p> <p>En ella, la o el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas para obtener más información.</p>	Guía con categorías y subcategorías

Fuente: Elaboración propia, 2018.

6. Categorías y subcategorías.

Tabla 2. Categorías y subcategorías de análisis

Eje de análisis	Categorías	Subcategorías	Fuentes de información	Técnicas e instrumentos
Proyecto institucional del Ministerio de Salud.	Razón de ser del Ministerio de Salud.	Misión Visión Objetivos estratégicos Valores Políticas institucionales	Documentales	Revisión documental Guía de revisión documental
La Dirección Regional Central Occidente	Capacidad institucional de la DRRSCO	Dirección Regional: Objetivos y funciones, recursos tecnológicos, materiales y financieros. Unidades organizativas: Objetivos y funciones, talento humano. Las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud: unidades que las conforman, recursos materiales, tecnológicos y talento humano.	Documentales Orales	Revisión documental Guía de revisión documental Entrevistas Guía de entrevista

7. Etapas de la investigación

Se establecieron cinco etapas: formulación del diseño, recolección de información, análisis de la información y socialización de los resultados. Seguidamente se exponen las generalidades que contempla cada una de ellas.

Formulación del diseño:

Esta etapa incluyó una actividad inicial de reflexión sobre lo que se quería investigar, haciendo coincidir los intereses de la investigadora, con los requerimientos que establece la Comisión de Posgrado para los Trabajos Finales de Investigación Aplicada.

Contempló también la elaboración del diseño de investigación, que consideró la elaboración del estado del arte, la definición y justificación del objeto de estudio, la interrogante y objetivos de la investigación, así como el marco teórico y metodológico que guiará el proceso. Al ser una investigación cualitativa y constructivista, el diseño fue flexible, con posibilidades de ser adaptado a la realidad en la que se intervenía.

Recolección de información:

En esta etapa se implementaron las técnicas establecidas para dar respuesta a la interrogante de investigación planteada. Contempló el acercamiento a la población participante y su aprobación para formar parte del estudio, así como los acuerdos con ellos y sus jefaturas si se requiere, para la aplicación de las técnicas.

Pero garantizar el manejo ético del estudio se firmaron consentimientos informados con los participantes, para ello se utilizó el formulario para el consentimiento informado basado en la ley N°9234 (Anexo 8).

Análisis de la información:

Una vez recopilada la información se procedió a su análisis, en esta etapa se utilizó como estrategia la triangulación, entendiéndola como

Un procedimiento de control implementado para garantizar la confiabilidad entre los resultados de cualquier investigación. Los resultados que han sido objeto de estrategias de triangulación pueden mostrar más fuerza en su interpretación y construcción que otros que han estado sometidos a un único método. (Donolo, 2009, citado por Betrián, E., Galitó, N., García, N., Glória, J., Macarulla, M., 2009: 6)

Este proceso se realizó partiendo de los aportes que de Cisterna (2005) para esta estrategia de procesamiento de información. Se inició con selección de la información que es pertinente y relevante de acuerdo con los objetivos establecidos. Posteriormente se analizó la información utilizando la triangulación en tres ámbitos:

- Triangulación de la información por estamentos:

Esta permitió conocer la opinión de los diferentes niveles considerados en el estudio, con relación a las categorías y subcategorías de análisis. En este caso correspondió entonces a los datos generados desde el nivel político, directivo y operativo del Ministerio de Salud. Se agruparán las respuestas relevantes clasificándolas en términos de coincidencias o divergencias en cada una de las técnicas de recopilación de información aplicadas. En este proceso se utilizaron varios niveles de síntesis, iniciando por las subcategorías, siguiendo con las categorías y por último las opiniones inferidas.

- Triangulación de la información entre estamentos:

Esta triangulación permitió establecer relaciones de comparación entre los sujetos indagados pertenecientes a un mismo estamento. Es decir, por cada tópico se realizó una comparación de los datos proporcionados por los participantes que pertenecen al nivel político, directivo y operativo respectivamente, realizando también confrontación de información entre los tres niveles.

- Triangulación con el marco teórico:

El marco teórico fue el referente fundamental para la construcción de conocimiento, por ello, se dio una discusión y reflexión de los datos obtenidos con el trabajo de campo a la luz del fundamento teórico. “La realización de esta última triangulación es la que confiere a la investigación su carácter de cuerpo integrado y su sentido como totalidad significativa” (Cisterna, 2005: 77).

Por ello, se confrontaron los datos obtenidos con el marco teórico que orienta la investigación, para dar con los hallazgos relevantes que permitan dar respuesta al problema de estudio planteado.

Socialización de los resultados:

Las acciones correspondientes a esta etapa se realizaron en dos instancias principalmente, por un lado, como producción académica mediante el informe del Trabajo Final de Investigación Aplicada, el cual fue defendido ante el Tribunal respectivo logrando obtener su aprobación. Por otro, fue entregado al Sistema de Estudios de postgrado para que el documento quede disponible en el Sistema de Bibliotecas.

Cronograma:

Para la ejecución de la investigación se estableció un cronograma que guiara el cumplimiento de cada una de sus etapas. Éste experimentó varios ajustes debido a situaciones que se presentando durante el proceso investigativo.

Tabla 3: Cronograma de actividades

Tabla 3. Cronograma de actividades

Etapa	Año						
	2018	2019	2020			2021	
	Jul- dic	May-nov	Ene-abril	May-ago	Set-dic	Ene-abril	May-ago
Formulación del diseño	x						
Ajustes al diseño, debido a cambios institucionales		x	X	x	x		
Recolección de información				x	x		
Análisis de la información					x	x	
Preparación del documento final						x	x
Defensa							x

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Capítulo VI. Proyecto institucional

En este capítulo se realiza una caracterización del proyecto institucional de gestión del Ministerio de Salud de Costa Rica. El proyecto institucional representa el marco orientador de la organización, es decir, es “su carta de navegación” para ir de las aspiraciones de la organización a las demandas y desafíos del entorno cambiante.

A lo largo de su historia, este Ministerio ha experimentado diferentes procesos que llevaron a modificaciones significativas en su proyecto institucional. Según Muiser (2015:138), desde 1927 con el nombre de Secretaría de Salubridad, esta institución asumió la vanguardia de la salud pública costarricense. Para la década de 1970 su razón de ser se orientó a los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, con el propósito de brindar atención directa en salud en las zonas más alejadas. Entre 1994 y el año 2006, con las reformas del Sector Salud, que surgieron a partir de los Programas de Ajuste Estructural, la institución pasó de brindar servicios de atención directa, a ejercer el rol rector en el Sistema Nacional de Salud.

Para comprender la nueva razón de ser del Ministerio de Salud, orientada hacia la rectoría, resulta necesario hacer referencia al por qué se dieron esas reformas que provocaron el cambio en las funciones sustanciales de dicha institución.

Los criterios al respecto son variables, dependiendo del lente desde el cual se haga la observación. Interesa en este caso hacer referencia al planteamiento de autoras que realizan un análisis crítico de estos procesos.

Ana Rodríguez Allen (2009), hace una revisión desde una óptica bioética, planteando una “doble cara” en los procesos de reforma del Sector Salud desarrollados en Costa Rica durante los años 90. A su criterio y coincidiendo con ella, el Sistema de Salud costarricense se debate entre el Estado y el mercado, en las tensiones y contradicciones, enfrentándose las políticas sociales, entre la filosofía igualitaria de John Rawls y la libertaria de Robert Nozick. Para ella, Costa Rica se inclina más hacia la concepción Rawlsiana, tendiente a la búsqueda

de la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios, fundamentado esto en el artículo 50 de la Constitución Política, donde se establece la obligación del Estado de “procurar el mayor bienestar a todos los habitantes”.

Agrega la autora que, pese a ello, es evidente el cuestionamiento de algunos sectores sociales, sobre la ineficiencia del Estado y sus instituciones públicas de salud en el cumplimiento de este mandato, situación que surgen principalmente desde el pensamiento neoliberal, “Desde la perspectiva neoliberal, el Estado no solo es incapaz de manejar las políticas sociales, sino que sus instituciones están en crisis por el centralismo y la burocratización”. (Rodríguez E., Tasies, E., 2001:10, citado por Tasies, 2015: 45)

Esta autora, también identifica una misión contradictoria del Estado

(...) que le obliga a aceptar alguna responsabilidad para influir en la distribución y asignación de bienes y servicios sanitarios; también a proporcionar un nivel de vida aceptable por debajo del cual no se debe dejar hundir a ninguna persona, a la vez que a suministrar a la ciudadanía las posibilidades de una buena educación para que eleve su posición socioeconómica por encima del mínimo, mediante sus propias capacidades. Es decir: el Estado atiende su responsabilidad histórica como estabilizador interno de tipo económico y político, e intenta asegurar el vínculo entre las fuerzas heterogéneas que lo inauguraron. (Rodríguez, 2009, 178)

Además, plantea que esa misión bipolar, así llamada por la autora, obliga al Estado a dar respuestas a las peticiones de los grupos económica y políticamente poderosos, que consideran las intervenciones sociales del Estado, como una desventaja para la inversión y la rentabilidad.

Otro de los elementos que Rodríguez destaca, es el papel de los indicadores macroeconómicos que son considerados para la toma de decisiones en salud, los cuales contemplan información general en los que puede ocultarse posiciones e intenciones políticas.

En este contexto, son los indicadores macroeconómicos los que han hecho poner en duda el papel del Estado de bienestar en el manejo de la salud pública, y ha perdido credibilidad moral entre la ciudadanía la idea de que la cobertura sanitaria universal deba basarse en la solidaridad, cuando, además, ninguna de las reformas estatales, y en especial la sanitaria, ha sido capaz de poner en práctica programas preventivos eficaces, y, al mismo tiempo, controlar la explosión de los costes en salud (Rodríguez, 2009).

Coincidiendo con el planteamiento de Rodríguez, Esperanza Tasies, afirma que

Los llamados indicadores macroeconómicos, especialmente aquellos que documentan inflación y balanza de pagos, se convirtieron en uno de los principales argumentos para apresurar y materializar la Reforma del Estado; entendida esta como una solución para las causas que, según quienes han administrado el país en las últimas décadas, explicaban la crisis institucional.

En gran medida, la reforma al sector salud tocaba aspectos medulares de la administración (Gestión) pública; al calor de los supuestos del FMI, de manera que la condicionalidad cruzada o la capacidad del FMI, para condicionar las medidas paliativas para la crisis, marcarían la profundidad y el ritmo, que debía tomar la reforma en el sector salud (Tasies, 2015:41).

Ante este panorama, destacan aspectos relevantes para comprender a qué respondían los procesos de reforma a los que fue sometido el Sistema de Salud costarricense. Tasies (2015) afirma que respondieron al acatamiento de recetas del Fondo Monetario Internacional y no fueron el resultado de un diagnóstico que diera a conocer la verdadera situación que el sistema estaba experimentando. Este mal diagnóstico sumado a conflictos de intereses, a los que también hizo mención Rodríguez (2009), llevó a aplicar reformas desde propuestas neoliberales que se justificaban en el “déficit fiscal”.

Estas reformas trajeron cambios significativos para el abordaje de la salud a nivel país. Por un lado, impactan el enfoque de la atención del proceso salud enfermedad, proponiendo

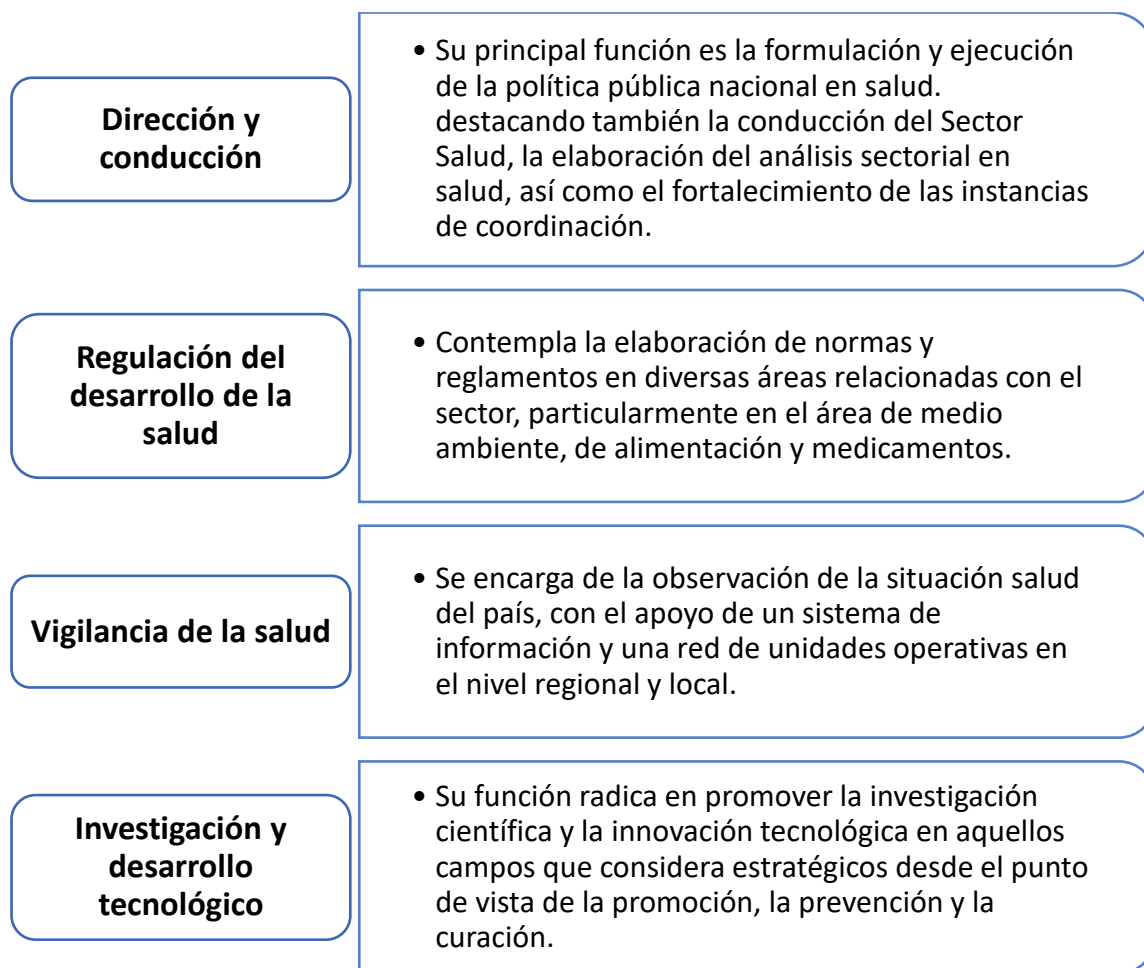
pasar de la atención de la enfermedad a la prevención y promoción de la salud, mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención y la búsqueda de mayor participación de los diferentes actores sociales en la producción social de la salud. Para Solano (2001), a partir de estos procesos el abordaje se fundamenta en el enfoque biopsicosocial, orientado a la prevención y atención de la salud, superando el modelo biologista, tradicional, dirigido a la curación.

Como parte de los cambios, en esa época la CCSS y el Ministerio de Salud sufrieron una transformación relevante en su estructura y funciones. La estrategia se basó en que la CCSS debía ser restaurada para asumir la prestación de servicios de salud, mientras que el Ministerio de Salud, iniciaría una gestión de carácter político gerencial, conduciendo a los actores sociales a la producción social de la salud. Esto bajo los principios de universalidad e integridad de la atención, equidad en la prestación de los servicios, solidaridad en el financiamiento y amplia participación de las fuerzas sociales (Rodríguez, 2006).

Interesa aquí hacer énfasis en lo que implicó principalmente para el Ministerio de Salud, los cambios que contemplaron dichas reformas.

Para Adolfo Rodríguez Herrera, consultor de la Unidad de Estudios Especiales de CEPAL, esta reforma fue el principio de una especialización de ese Ministerio en su función rectora, específicamente en cuatro áreas: Dirección y conducción; Regulación del desarrollo de la salud; Vigilancia de la Salud; Investigación y desarrollo tecnológico. En la siguiente figura se muestran los aspectos principales que contemplaba cada una de esas áreas en las que la institución debió fortalecerse, orientándose al rol rector.

Figura 8. Áreas en las que se organizan las funciones rectoras del Ministerio de Salud



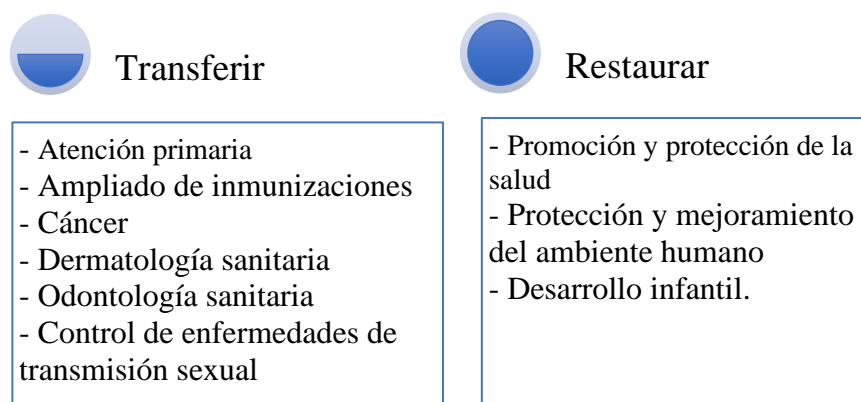
Fuente: Elaboración propia con base en Rodríguez, 2006.

Estas áreas debían desarrollarse desde el rol rector y por supuesto, sin desvincularse de los principios que perseguían las reformas, para el Dr. Jorge Elizondo

Los principios básicos de la Reforma del Sector Salud se construyen sobre la política de aumentar la eficiencia y la productividad de los servicios de salud, eliminando duplicaciones, descentralizando la administración, aumentando la participación del sector privado y mejorando la capacidad gerencial y financiera de este sector. (Elizondo, 1993: 4)

Para Hernán Solano (2001) quien fuese Gerente de la Contraloría General de la República, a partir de su nuevo rol rector el Ministerio de Salud (MINSa) debió tomar decisiones respecto a sus programas y servicios, transfiriendo algunos servicios a la CCSS y restaurando aquellos programas que consideraba de importancia estratégica y política para su rol rector.

Figura 9. Modificaciones en programas y servicios del Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia con insumos de Solano, 2001.

En lo que respecta al financiamiento de la reforma del sector salud, ésta fue costeadada con recursos nacionales, complementados con aportes de fuentes externas provenientes de organismos de cooperación técnica y financiera y de gobiernos amigos (Acta médica costarricense, 1993), destacando entre éstos:

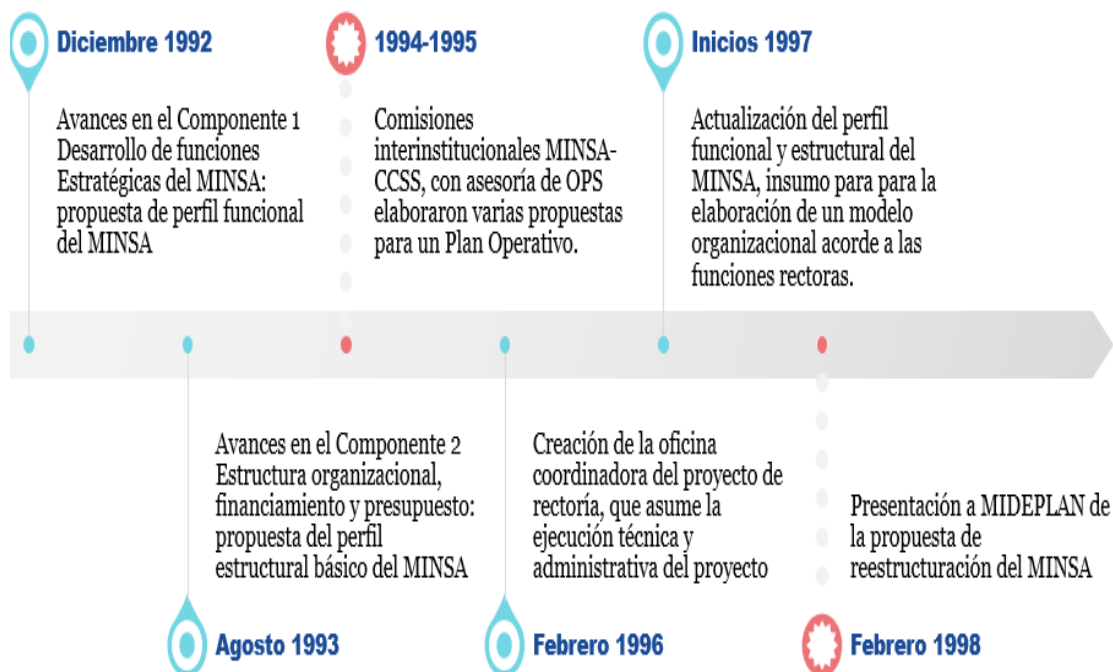
- Banco Interamericano de Desarrollo
- Banco centro americano de Integración Económica
- Gobierno de España y su agencia de Cooperación Internacional
- Agencia Sueca de Cooperación Internacional
- Organización Panamericana de la Salud
- Banco Mundial

En el caso del Ministerio de Salud, según Solano (2001), el presupuesto proveniente del Banco Interamericano de Desarrollo podía ser invertido únicamente en dos áreas:

- Contratación de consultoría: para revisar y adecuar el perfil funcional según la estructura organizativa, según su misión de ente rector.
- Capacitación: al recurso humano necesario para hacer efectiva su nueva misión rectora.

Los términos del convenio firmado entre Costa Rica y el BID, incluía un cronograma de actividades y avances para el proceso de fortalecimiento de la rectoría. De acuerdo con esto, los productos establecidos debían concluirse entre 1992 y 1996 sin embargo, los avances en ese periodo fueron pocos (Solano, 2001). En la siguiente figura dan a conocer el comportamiento que tuvo el desarrollo del proceso hasta 1998.

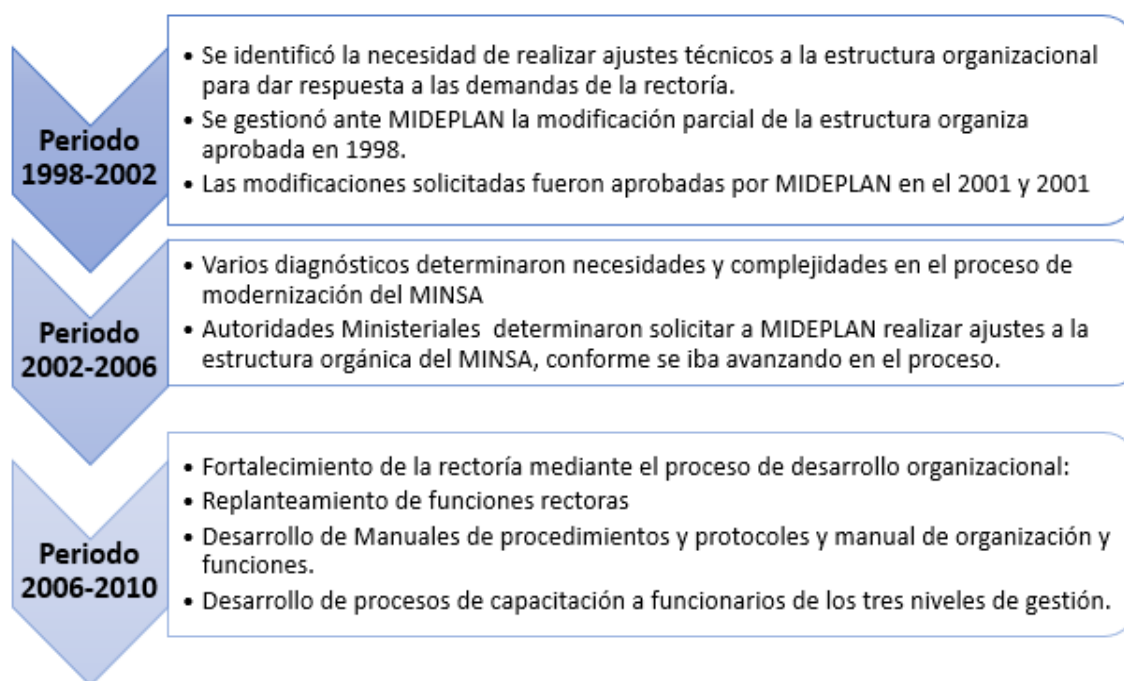
Figura 10. Avances en el proyecto de rectoría 1992-1998



Fuente: Elaboración propia, con insumos de Solano, 2001:70-72.

En este cronograma de cumplimiento, destaca el autor, aspectos relevantes que merecen ser destacados. Los retrasos en el cumplimiento de avances para 1993, estaba en los componentes 3 y 4, que correspondían al de Desarrollo institucional y Evaluación del impacto, existiendo algunos avances mediante consultorías, respecto a propuestas sobre el modelo de financiamiento que tendría el MINSA. Los retrasos presentados en el periodo 1994-1995, se debieron a que la administración Figueres Olsen dio prioridad al abordaje del dengue, malaria y sarampión y a la constitución de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

Figura 11. Avances en el proyecto de rectoría 1998-2010



Fuente: Elaboración propia, con insumos de Ministerio de Salud, 2006 y 2017.

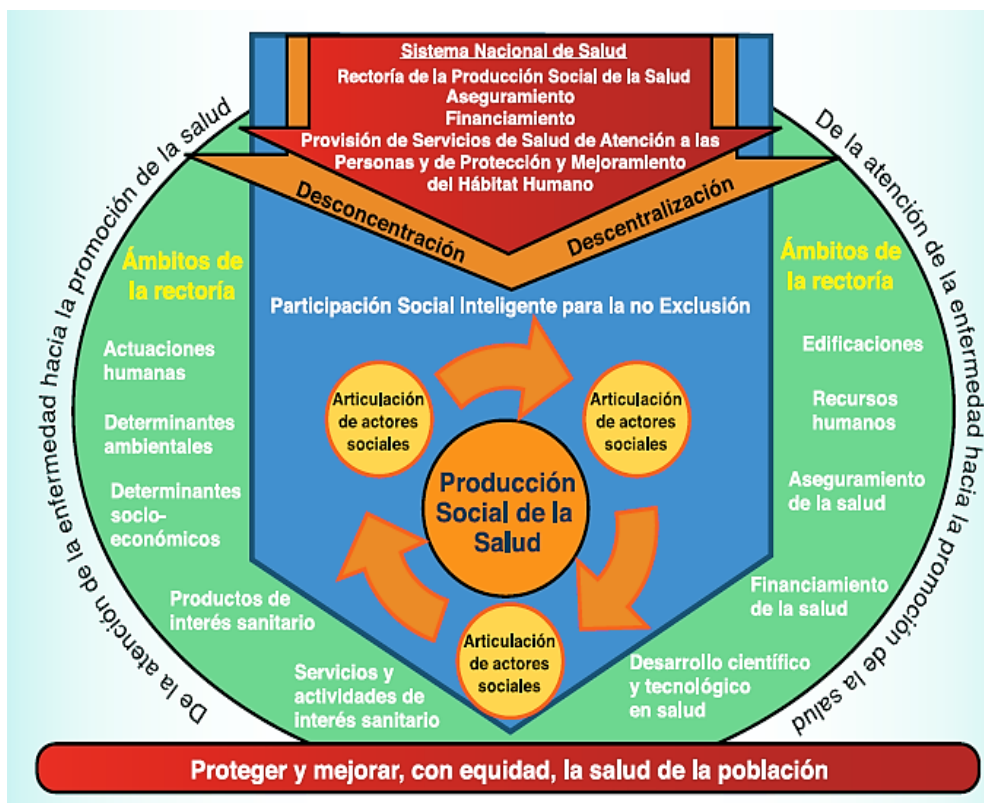
Pese a todas las acciones ejecutadas entre 1998 y el 2005, según Ministerio de Salud (2011), aun se adolecía de un marco general que orientara las funciones del ente rector en salud en sus competencias rectoras. Ante esto, un grupo de profesionales reconocieron la necesidad de construir un modelo que articulara conceptos y estrategias que guiaran la rectoría.

Como resultado de este proceso, para el año 2006 se logró contar con la primera versión del Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud que incluía el Marco Estratégico Institucional, documento que pretendía entre otros objetivos, “alcanzar mediante su difusión traducir el pensamiento sistémico y abstracto, en algo más entendible y factible de reproducir, con el propósito de facilitar su comprensión, socialización e implantación” (Ministerio de Salud, 2006:1).

Se estableció que el mismo estaría sujeto a modificaciones según se considerara necesarias en el desarrollo de las estrategias y funciones que contemplaba. Es así como en el año 2008 se realizó la segunda versión del modelo y en el 2011 la tercera, cada una contemplando también el marco estratégico institucional.

En la siguiente figura se expone a nivel general el modelo, contemplando sus componentes y las interrelaciones entre ellos.

Figura 12. Modelo conceptual y estratégico del Ministerio de Salud



Fuente: Ministerio de Salud, 2011: 22.

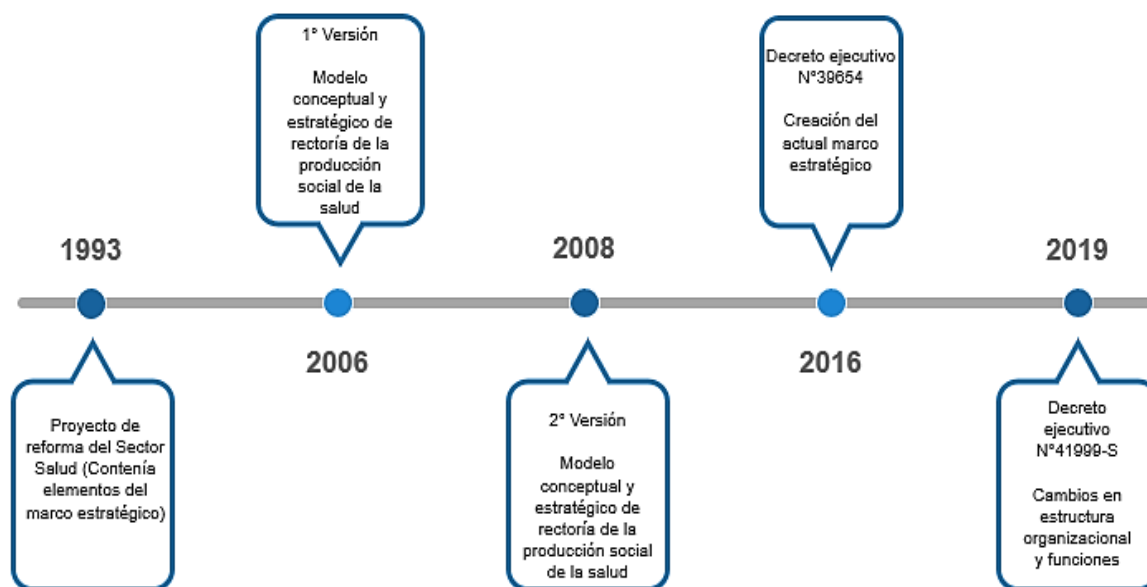
Los elementos e interrelaciones que contempla la figura anterior se mantienen hasta la fecha como los que orientan y determinan la función rectora del Ministerio de Salud. Sin embargo, sí se ha presentado cambios en algunos de los componentes del modelo, a raíz de que posterior a su establecimiento, la institución ha experimentado procesos que han implicado modificaciones en su marco estratégico, así como en su estructura organizacional y funcional.

En el proyecto de reforma del sector salud que data de junio de 1993, ya tenía establecidos algunos elementos del marco estratégico que debía adoptar el Ministerio de Salud como entidad rectora en salud como la misión, objetivos y descripción funcional. Sin embargo, estos elementos también han sido modificados a partir de los señalados procesos de reestructuración, buscando la concordancia entre las demandas de la población meta y los lineamientos orientadores del actuar institucional.

La última de estas modificaciones fue en marzo del 2016, mediante el decreto ejecutivo N°39654, en el que se estableció su actual misión, visión, valores y objetivos estratégicos. Pero, cabe señalar que en abril del 2019 fue publicado el decreto ejecutivo 41999-S, que contiene modificaciones al Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, en el cual, si bien no se hacen transformaciones al marco estratégico, sí contempla cambios en cuanto a la estructura organizacional y las funciones sustantivas para el ejercicio de la rectoría, las cuales impactan directamente lo que respecta a promoción de la salud. A este aspecto se hará mención más adelante.

En la siguiente imagen se presenta una línea de tiempo que resume lo descrito en los párrafos anteriores.

Figura 13. Trayectoria del Modelo conceptual y estratégico del Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Para analizar los desafíos gerenciales vinculados con promoción de la salud en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, resulta necesario caracterizar

esos elementos que determinan la razón de ser del Ministerio de Salud como organización social. Por lo que, en los siguientes apartados, se hace referencia a cada uno de ellos.

- *Misión del Ministerio de Salud*

Partiendo de los planteamientos de Mokate y Saavedra (2006: 21), la misión es la ideología central de una organización, aportando al establecimiento de su razón de ser, su propósito y los valores fundamentales que guían su actuar. Siguiendo con estos autores, la consecución de la misión encomendada a la organización y la satisfacción de necesidades o el cumplimiento de aspiraciones ciudadanas reflejadas en ella, significa el principal valor entregado en los ámbitos públicos.

El proyecto de reforma del sector salud estableció como misión para el Ministerio de Salud:

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 (Acta médica costarricense, 1993).

Como se señaló en párrafos anteriores, el marco estratégico institucional ha sufrido varias modificaciones desde entonces, siendo actualmente la misión del Ministerio de Salud:

Somos la institución que dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad. (Poder Ejecutivo, 2016)

De la misión citada, se puede destacar que, desde su rol rector, la institución debe:

- Proteger y mejorar la salud de la población.
- Trabajar con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Buscar un ambiente sano para la población.

En la misión actual, además se incorporan los enfoques mediante los cuales se debe gestionar el ejercicio de la rectoría, siendo estos la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Haciendo una comparación entre la misión de 1993 y la del año 2006, se logra identificar que permanece la responsabilidad de la institución de velar por la salud de la población. Se han dado algunos cambios en los principios fundamentales; manteniéndose el principio de equidad, pero no considera solidaridad y universalidad. En su lugar, entra a formar parte de la visión la ética, la eficiencia, la calidad, la transparencia y respeto a la diversidad.

Edward Deming (1982) citado por Camarasa (2004:12) considera que la calidad en “un grado perceptible de la fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del mercado” y la eficiencia, según Martínez (2002: 3), se relaciona con “el control de las operaciones y el análisis de costos por actividad según procesos interfuncionales”.

Considerando esas conceptualizaciones respecto a calidad y eficiencia, los cambios que se evidencian en la misión del Ministerio de Salud responden al contexto de propuestas neoliberales en el que se desarrollan los ajustes institucionales, donde la universalidad y la solidaridad características de un estado social de derecho, dejan de ser fundamentales al enfrentarse a la exigencia por calidad y eficiencia.

- *Visión del Ministerio de Salud*

La visión es una proyección del futuro deseable, es lo que se quiere conseguir en un plazo determinado (Collins y Porras, 1996). Es el elemento que estimula el quehacer de la organización.

El Ministerio de Salud tiene por visión:

Seremos la autoridad sanitaria respetada a nivel nacional e internacional, que ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud con capacidad técnica y resolutiva, liderazgo y participación social. Poder Ejecutivo (2016)

Esta visión se orienta al reconocimiento que el Ministerio de Salud busca tener como entidad rectora en materia de salud, mediante un trabajo articulado con los actores sociales vinculados con la producción social de la salud.

Con el propósito de tener una mayor comprensión respecto a lo que este componente del marco estratégico busca, resulta necesario recuperar lo que implica ser rector en salud. Para Robles (2013:43) la Rectoría en Salud “es un medio para poder asumir responsabilidad por la salud de la población y la defensa del bien público en salud”. Además, señala que implica una “capacidad del Estado para conducir el Sector Salud y asumir responsabilidad por la salud y el bienestar de la población” (Robles, 2013: 43)

Esa conducción de los actores requiere, necesariamente, de liderazgo por parte de la institución que ejerce rectoría. Para Hufty, Báscolo y Bazzani, (2006), esto contempla la capacidad para la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud, la cual se entiende como las estrategias institucionales para ejercer regulación sobre los actores y los recursos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud.

También resulta importante hacer mención específicamente lo que conlleva el ejercicio de la rectoría en promoción de la salud, siendo esta una:

Función sustantiva responsable de liderar o articular, de manera efectiva, los esfuerzos y recursos de los actores sociales en la construcción de políticas y normativas, el análisis de situación, la planificación, la evaluación e investigación, y en los procesos de formación y capacitación del recurso humano, en el escenario de salud, orientados a potencializar y desarrollar los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen desde una visión positiva, la salud en la población. (Ministerio de Salud, 2018: 20)

A partir de los elementos teóricos se analiza que el cumplimiento de la visión del Ministerio de Salud implica una serie de capacidades y habilidades institucionales para conducir a los actores sociales hacia el abordaje de los factores protectores y los factores de riesgo para la salud, ejerciendo la rectoría desde un enfoque de liderazgo y no desde una posición de la autoridad. Promoviendo así que los actores sociales del Sistema Nacional de Salud se motiven a participar de manera efectiva y consciente en la producción social de la salud.

En su conjunto, la misión y la visión constituyen los elementos orientadores de la carta de navegación de una organización, guiando los procesos de formulación de políticas y programas sociales dirigida a la atención de las demandas del entorno. Ambos elementos también son determinantes en la definición de los valores centrales que tiene la organización para establecer la relación con el contexto en el que actúa.

- *Valores del Ministerio de Salud*

Los valores “constituyen el elemento dinámico para el cambio pues se convierten en normas de conductas que regulan, desde la *subjetividad* y la *acción valorativa grupal* el

comportamiento de los trabajadores”. (Ponce, Pardo, Arocha, Rojas, 2009: 05). Se relacionan directamente con las prácticas de las organizaciones.

Para el año 2015, el Ministerio de Salud tenía organizados los valores institucionales en tres categorías:

- Plenitud Humana: perseverancia y humildad
- Plenitud ciudadana: Construcción del bien común, compromiso y transparencia
- Plenitud laboral: Liderazgo en salud; compromiso y excelencia; Trabajo en equipo y efectividad.

Para el posicionamiento de estos valores la institución elaboró un manual de ética, el cual partió de un diagnóstico que contó con la participación de personas funcionarias de la institución. Esto permitió contrastar la cultura organizacional establecida, con la percibida, así como identificar los principales problemas relacionados con los factores claves del comportamiento institucional: personas, estructuras, entorno y tecnología (Ministerio de Salud, 2015).

La reestructuración del marco estratégico que realizó el Ministerio de Salud en el 2016 contempló cambios en los valores institucionales, estableciéndose diez valores. En la siguiente tabla se expone cada uno de ellos y la forma en que la institución los está conceptualizando (Poder Ejecutivo, 2016).

Tabla 4. Valores del Ministerio de Salud

<i>Valor</i>	<i>Descripción</i>
<i>Liderazgo en salud</i>	Desarrollar relaciones sinérgicas de desconcentración y descentralización, participación social inteligente para la no exclusión, participación comunitaria y articulación de actores sociales, para fortalecer vínculos de dirección, apoyo mutuo y complementariedad, buscamos a los actores sociales para el logro de la concertación, la participación y el convencimiento, impulsando las decisiones y las acciones de todos los involucrados en procura de la protección y el mejoramiento de la salud de la población en general.

<i>Transparencia</i>	Es la confianza que hace posible la interacción social. Es un valor aplicado a la conducta humana, significa que los demás entiendan claramente el mensaje que les estamos proporcionando.
<i>Compromiso</i>	Obligación contraída de cumplir fielmente con la palabra dada y la fe empeñada a una idea, con alguna tarea, con una persona o con algo.
<i>Respeto</i>	Demuestra empatía y tolerancia reconociendo y comprendiendo las opiniones, actitudes aptitudes y en general la propia visión del mundo que tienen las personas con las que trata, aunque sean contrarias.
<i>Empatía</i>	Situarse en la posición y situación del otro, para tratarle de acuerdo con sus necesidades, sentimiento de participación efectiva de una persona en la realidad que afecta a la otra.
<i>Trabajo en equipo</i>	Cada funcionario es responsable de la parte del trabajo individual que le corresponde, visualizándose como parte de un engranaje mayor, coordinando, participando activamente y colaborando con el trabajo de los demás; incentivando a que los funcionarios unan valores, talentos y esfuerzos para incrementar la cooperación en todos los niveles gestión.
<i>Excelencia</i>	El hábito o disposición de hacer bien el trabajo, con el mejor de los desempeños, la mejor de las prácticas, con gran habilidad en el cumplimiento extraordinario del oficio o del deber asignado
<i>Asertividad</i>	Establece parámetros razonables para que nos traten en forma justa y para que nosotros tratemos a los demás de la misma manera.
<i>Lealtad</i>	Es la obligación de los funcionarios de cumplir con lo que exigen las leyes de la fidelidad, discreción y del honor.
<i>Ética</i>	Manera de ser o conducirse. Es una rama de la filosofía que se ocupa del estudio racional de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir.

Fuente: Elaboración propia con base en del Poder Ejecutivo, 2016.

Los cambios en los valores institucionales que se dieron en el año 2016 no se acompañaron con los ajustes requeridos en el Manual de ética siendo que varios años después de su establecimiento, aún no se ha dado conocer la estrategia para el posicionamiento de los nuevos valores.

Se reconoce que existe una vinculación entre los valores establecidos y la misión y visión institucional, siendo su principal reto dirigir y conducir a actores sociales hacia la producción social de la salud y su añoranza de ser una institución respecta y reconocida en la función de rectoría, estos valores resultan fundamentales.

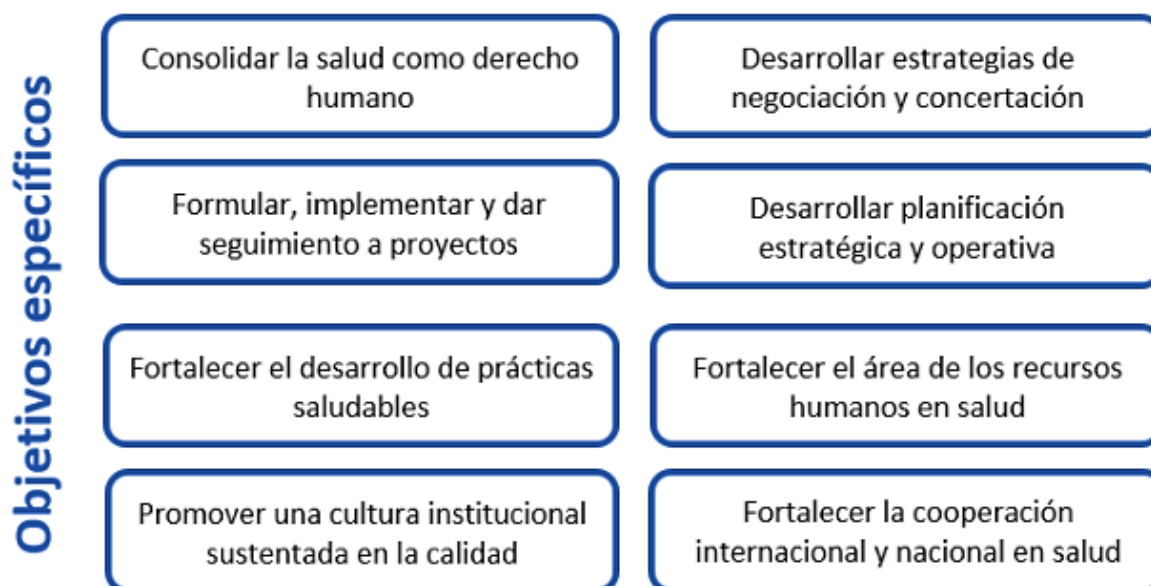
Cada uno de ellos representan elementos necesarios en los procesos de negociación y concertación, de su presencia depende la credibilidad y confianza que los distintos actores sociales puedan tener o no en la institución y en las personas funcionarias.

- Objetivos estratégicos del Ministerio de Salud

Los objetivos estratégicos forman parte del proyecto institucional de una organización y representan la primera aproximación a la estrategia de operativización de los ideales planteados en la misión, visión y valores. El Ministerio de Salud tiene establecidos cuatro objetivos generales y 23 objetivos específicos. Seguidamente se presentan los objetivos generales con los elementos fundamentales que contempla cada uno de ellos, establecidos como objetivos específicos. Luego se hará referencia a los aspectos más relevantes de esto en la carta de navegación de la institución.

Objetivo estratégico 1

Dirigir y conducir a las instituciones del sector y otros actores sociales, que intervienen en el proceso salud-enfermedad-muerte, con el fin de mejorar el estado de salud de la población.



Fuente: Elaboración propia con insumos del Poder Ejecutivo, 2016.

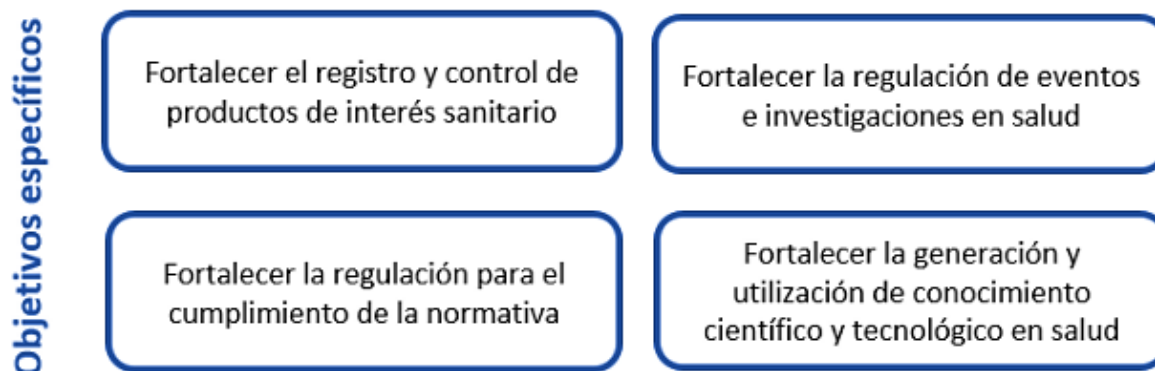
La conducción y articulación con actores sociales, tanto del Sector Salud como del Sistema Nacional de Salud, es el primer objetivo que el Ministerio de Salud establece en su marco estratégico. Para el cumplimiento de este objetivo general, así como los objetivos específicos que de él se derivan, la institución ha establecido una serie de estrategias que promueven su alcance, entre ellas destacan:

- La participación social
- El análisis de situación
- Las alianzas estratégicas
- El ejercicio de las funciones rectoras

Resulta necesario señalar que algunas de estas estrategias también se implementan para el logro de otros objetivos estratégicos.

Objetivo estratégico 2

Ejercer la regulación y el control de servicios, establecimientos, productos de interés sanitario, eventos, ambiente humano e investigaciones y tecnologías en salud, con el fin de proteger y mejorar el estado de salud de la población.

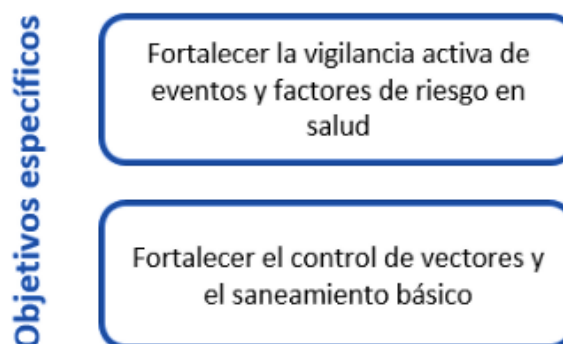


Fuente: Elaboración propia con insumos del Poder Ejecutivo, 2016.

Este objetivo estratégico y sus objetivos específicos se orientan al fortalecimiento de las áreas sobre las cuales la institución ejerce procesos de regulación, verificando el cumplimiento de toda la normativa orientada a la calidad del ambiente humano.

Objetivo estratégico 3

Fortalecer la vigilancia de los determinantes de la salud (salutogénicos y patogénicos) con el fin de promover la salud y disminuir los riesgos y daños a la salud de la población y el ambiente humano.

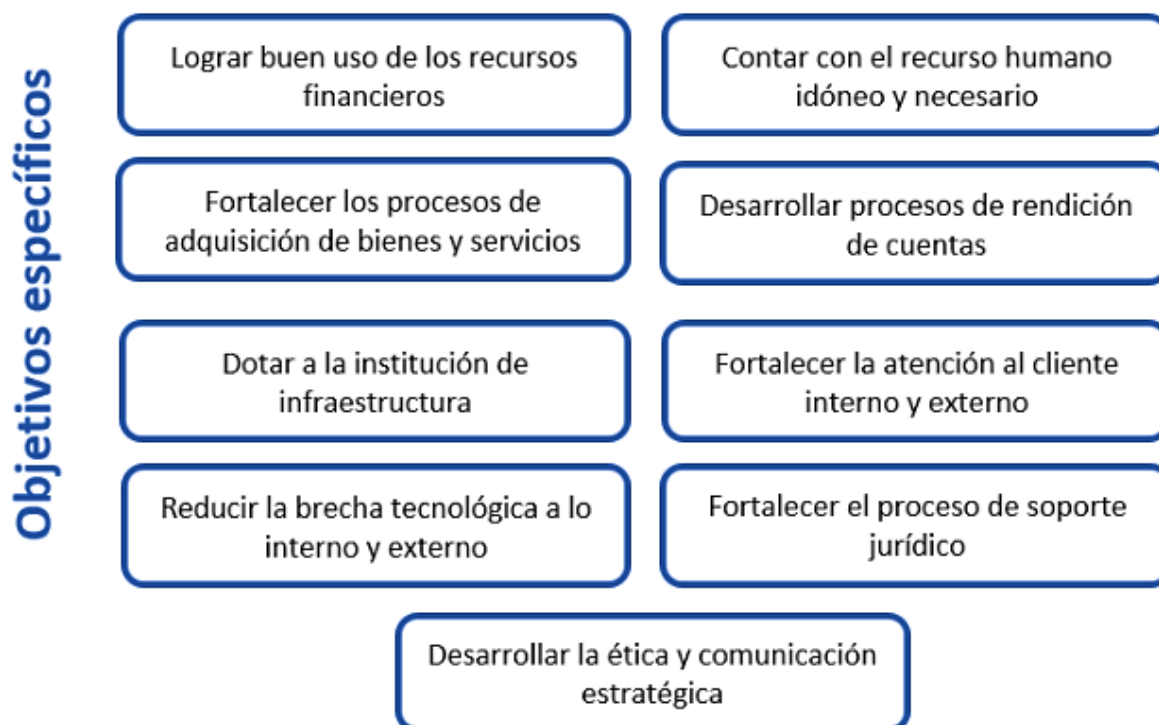


Fuente: Elaboración propia con insumos del Poder Ejecutivo, 2016.

La vigilancia sobre los determinantes de la salud es fundamental para la institución. Este objetivo establece que ésta debería realizarse tanto en los factores de riesgo, como en los factores protectores de la salud. Este último aspecto resulta favorable para las competencias institucionales en materia de promoción de la salud.

Objetivo estratégico 4

Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud, mediante el desarrollo de las condiciones y capacidades institucionales necesarias para el ejercicio eficiente y eficaz de sus funciones.



Fuente: Elaboración propia con insumos del Poder Ejecutivo, 2016.

El cuarto objetivo estratégico y sus objetivos específicos están dirigidos al fortalecimiento interno de la institución, procurando que ésta sea capaz de contar con las condiciones necesarias para el cumplimiento de su rol rector y todas las funciones y competencias que éste conlleva.

Síntesis de objetivos estratégicos

Los principales ejes de acción a los que se direccionan los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud se pueden sintetizar en la siguiente figura:

Figura 14. Ejes de acción de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia con base en de Poder Ejecutivo, 2016.

Para la operativización de los objetivos estratégicos se crean políticas institucionales que orienten las acciones en los ejes de su competencia, desde la función rectora, a éstas se hace referencia en el siguiente apartado.

- Políticas institucionales

Las políticas institucionales proporcionan el marco de acción lógico y consistente que guía a la institución sobre los aspectos en los cuales debe trabajar. En ese sentido, el Ministerio de Salud cuenta con 14 políticas institucionales que fueron aprobadas por los directores de las diferentes unidades organizacionales y validadas en el Consejo Institucional.

Para presentar estas políticas en este documento se agruparon según los ejes que abordan. En la siguiente figura se exponen los principales elementos que contienen las políticas institucionales.

Figura 15. Elementos que orientan las políticas institucionales del Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia con insumos de Acta de Sesión Ordinaria N° 002-2017 del lunes 23 de enero del 2017.

Se puede identificar que las políticas están estrictamente vinculadas con los demás elementos del marco estratégico institucional, principalmente con los valores y los objetivos estratégicos. Se evidencia que el fortalecimiento a lo interno de la institución, principalmente en lo que respecta a talento humano, y a la disponibilidad de recursos para brindar servicio con calidad, es uno de los elementos que tienen mayor importancia en las políticas institucionales.

Capítulo VII. Capacidad institucional y características gerenciales para la gestión de la promoción de la salud

¿Qué importa tener la carta de navegación más contemporánea, si el navío y/o tripulación no está en capacidad de realizar el viaje? (Mato et al., 2001: 40).

En el capítulo anterior se analizó el proyecto institucional del Ministerio de Salud, que contempla los elementos orientadores que guían la institución hacia el logro de sus objetivos, lo que el Enfoque Estratégico de Gestión llama la “carta de navegación”.

Para que esa carta de navegación cumpla su propósito, es necesario que la organización disponga de los recursos materiales, financieros y tecnológicos necesarios para emprender el viaje. También es indispensable que el personal conozca la carta que les guía y se apropien de ella, comprendiendo y asumiendo las funciones que le corresponden para llegar a las metas propuestas, al destino del viaje.

Como se ha indicado en apartados anteriores, el Ministerio de Salud de Costa Rica en su estructura organizativa comprende tres niveles de gestión: el Central, el Regional y el Local, en los cuales hay una organización jerárquica, de competencias y de potestad para la toma de decisiones, definida por los niveles políticos, directivos y operativos.

En el presente capítulo se reflexiona sobre las capacidades institucionales para la gestión de la promoción de la salud, con las que cuenta el nivel regional, específicamente la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central de Occidente (DRRSCO), en los niveles políticos y operativos que la conforman. Contempla un primer apartado en el que se expone su estructura organizativa, sus objetivos y funciones generales y las de sus diferentes unidades regionales y locales y se caracteriza su capacidad instalada. En un segundo momento se abarcan las características gerenciales manifiestas en torno a promoción de la salud en esta Dirección Regional.

7.1. Conociendo la Dirección Regional y sus Área Rectoras.

La Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente



La dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, está ubicada en San Ramón de Alajuela, costado norte del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde

Fuente: Fotografía propia,2021

Las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud, dependen orgánicamente de la Dirección General de Salud y corresponden, como su nombre lo indica, al nivel de gestión regional, con competencias políticas en las instancias del Despacho Regional y de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, las demás unidades organizativas y procesos que las conforman son parte del nivel operativo.

Según lo establecido en el Manual de organización y funciones del Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud tienen por objetivo,

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 marco estratégico institucional y los lineamientos estratégicos emitidos la Dirección General de Salud (Ministerio de Salud, 2020: 103)

En él destaca la responsabilidad que tiene este nivel en el cumplimiento del marco estratégico institucional. Dejando en evidencia la importancia de su gestión en la

sostenibilidad de la promoción de la salud la cual, como se planteó, está claramente contemplada en dicho marco estratégico.

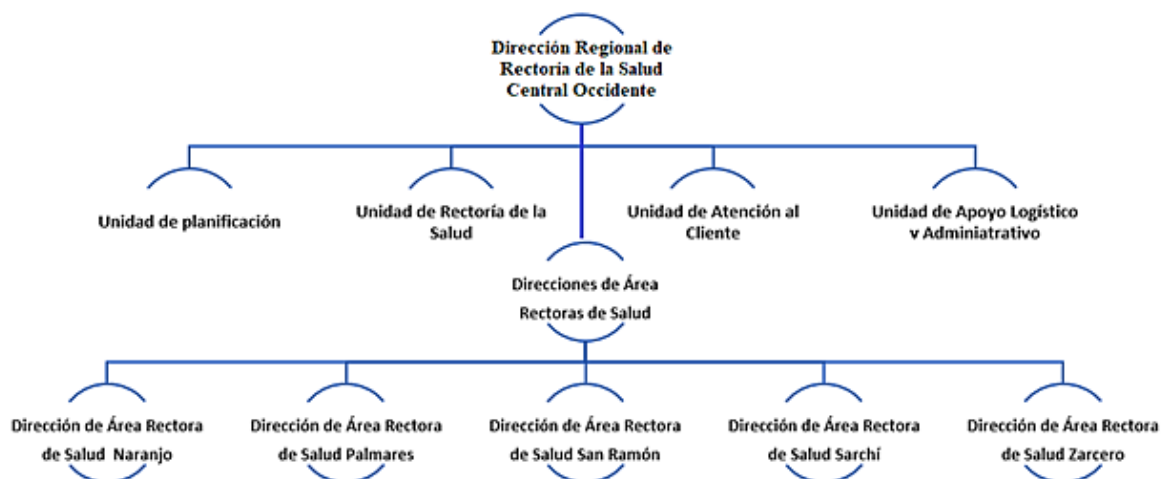
Para el cumplimiento de este objetivo, las direcciones regionales tienen asignadas funciones específicas. Para efectos de esta investigación interesa destacar las que más se vinculan con promoción de la salud:

Conducir al personal del nivel regional y local en cumplimiento del marco estratégico institucional, promoviendo valores, conductas, hábitos y costumbres, acordes a éste y al manual de ética.

- Direccionar y conducir el proceso de planificación operativa y estratégica.
- Concertar a los actores sociales del sistema de producción social de la salud.
- Usar eficientemente los recursos asignados a su Unidad Organizativa.
- Identificar de las prioridades regionales en salud y determinar de las estrategias requeridas para su abordaje.

Esta Dirección Regional, para la gestión de sus funciones, cuentan con una estructura organizativa que contempla unidades ubicadas en el nivel regional y en el nivel local. El siguiente organigrama muestra la forma en que está constituida la Dirección Regional de Occidente.

Figura 16 Organigrama DRRSCO



Fuente: Elaboración propia con insumos de Ministerio de Salud, 2020.

Como muestra la imagen, la DRRSCO, comprende, además de la Dirección, cuatro Unidades específicas, que son: Unidad de Planificación, de Rectoría de la Salud, de Atención al Cliente y de Apoyo Logístico y Administrativo. Para la atención en los cantones que la conforman, cuenta con cinco Direcciones de Áreas Rectoras de Salud: Naranjo, Palmares, San Ramón, Valverde Vega y Zarcero. Mediante estas unidades regionales y locales, se organizan y ejecutan las acciones correspondientes para la atención de las demandas en salud, en concordancia con la normativa, las políticas y directrices dictadas desde el Nivel Central.

El nivel Regional dispone de dos instancias de asesoría y coordinación, conducidas por la persona que ocupa el cargo de director o directora regional. Una de ellas es el Consejo de Gestión Regional de Salud y la otra el Consejos de Gestión Local en Salud, las cuales sesionan generalmente una vez al mes.

El primero, está conformado por la persona que ocupa el cargo de dirección regional y las jefaturas de cada una de las cuatro unidades mencionadas. Su propósito es establecer las estrategias de acción mediante las cuales se van a ejecutar a nivel de la región las políticas y lineamientos emitidas por el nivel central.

En el segundo, además del director o directora regional, participan las personas a cargo de las direcciones de Áreas Rectoras de Salud, su objetivo es establecer la forma mediante la cual se van a operativizar en el nivel local, las políticas y directrices emitidas por los niveles superiores.

Resulta importante destacar que estos dos Consejos de gestión, representan espacios de coordinación relevantes para acciones como, la comunicación de lineamientos del nivel central, el desarrollo de estrategias de capacitación y la toma de decisiones respecto a posicionamientos y acciones según los intereses regionales y el contexto inmediato.

Talento Humano, recursos tecnológicos, materiales y financieros de la DRRSCO:

Recursos tecnológicos:

En lo que respecta a los recursos tecnológicos de los que dispone la Dirección Regional, aspectos como los sistemas de información, licencias y programas informáticos, son determinados por el Nivel Central y aplican para toda la institución. En este sentido el informante RO-02 indica que:

Para bases de datos, programas y licencias, la institución utiliza Oracle, la cual es una herramienta en la que se pueden hacer sistemas de información y además sirve como motor de base de datos, es decir, es el lugar donde se guardan los datos que provienen de esas bases de datos. (informante RO-02)

El correo institucional es manejado a través de Office 365, comprado a la empresa Microsoft. Con relación a las licencias, “hay algunas gratis y otras compradas por la institución. Hay licencias e1 y e3, la e1 no permite la descarga del office, la e3 sí” (informante RO-02).

Actualmente la institución dispone de 23 sistemas de información (ver anexo 9), entre los que hay orientados a asuntos administrativos institucionales y otros para el registro de información vinculada al cumplimiento de las funciones institucionales hacia lo externo. Según el informante RO-02, todas las unidades administrativas que conforman la DRRSCO cuentan con acceso a internet y con equipo de cómputo, la distribución se detallará en el desarrollo de este apartado.

Recursos materiales

En relación con los recursos materiales, el informante RO-01 señala que respecto al edificio donde se ubica la Dirección Regional,

Está en terreno de propiedad Ministerio. El edificio fue construido con presupuesto del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, sin embargo, en un proceso legal que se dio hace algunos años, la Asociación de Salud Comunitaria presentó documentos que convencieron a un juez para que les adjudicará esos edificios. Entonces, este edificio pertenece a esa Asociación, no así el terreno, que es del Ministerio de salud. (informante RO-01).

Según este informante, el Ministerio de Salud puede construir en área disponible del terreno, pero no puede hacer mejoras en el edificio porque el presupuesto estatal no permite invertir por esas condiciones legales. Afirma que la Asociación ha señalado que no invierte en mejoras porque el edificio no les genera ingresos. Esto lleva a que las instalaciones estén en una condición de deterioro permanente, sin que se realicen acciones para darles mantenimiento.

Actualmente las instalaciones cuentan con siete oficinas en el pabellón 1 y en el pabellón 2, cuatro oficinas en la primera planta y cuatro en la segunda. Hay algunos espacios que solo la Asociación de Salud Comunitaria puede utilizar. Hay dos aulas de capacitación, las cuales la Asociación presta al Ministerio de Salud previa solicitud formal.

El Ministerio de Salud no contaba con un espacio adecuado para reuniones y capacitaciones ya que las aulas que presta la Asociación presentan serios problemas de filtraciones de agua, que ponen en riesgo a las personas. Pero, el año 2019, según el informante RO-01:

Se construyó un edificio que incluye con un aula nueva, por una gestión que se hizo con el anterior director administrativo. Ese edificio costó 98 millones, se le puso un ascensor pensando resolver el problema de acceso al segundo piso de la población con discapacidad. Cuando se gestionó con la asociación abrir la puerta de acceso se negaron, quedó la prevista de la rampa de acceso, pero no se puede hacer porque no hay permiso. La asociación tiene una mentalidad cerrada que no permiten acciones para mejorar las condiciones del edificio. (informante RO-01)

Con la información obtenida respecto a las condiciones presentes en el edificio donde se ubica la Dirección Regional de Rectoría de la Salud de Occidente, se evidencia que la institución no tiene posibilidades de realizar mejoras en las instalaciones, por una medida administrativa legal. Situación que preocupa a la administración debido a que esa infraestructura se caracteriza por condiciones precarias que dificultan la puesta en práctica del trabajo cotidiano, significando además un riesgo para la salud de las personas trabajadoras. Situación que termina afectando las condiciones en las que labora el personal del nivel organizativo regional.

Al analizar las condiciones relacionadas con el mobiliario y equipo, el informante RO-01, manifiesta que “a nivel general los funcionarios de la Región y de las Áreas Rectoras disponen del mobiliario y equipo, por lo menos básico para trabajar y en general en buenas condiciones. Se han realizado esfuerzos para actualizar los equipos de cómputo y cada unidad dispone de dos millones de colones por año para comprar mobiliario, eso sí, esas son compras que se gestionan desde el nivel central”. Lo que deja en evidencia que, en la Región Central Occidente del Ministerio de Salud, las principales carencias a nivel de recursos materiales,

se encuentra en infraestructura, es decir en bienes inmuebles, mientras que el personal sí cuenta con los bienes muebles requeridos para desempeñar sus funciones.

Recursos financieros

Para abordar los recursos financieros de los que dispone el nivel regional y locales en occidente, es necesario hacer referencia al presupuesto institucional. Según la información contenida en la página web Ministerio de Salud, en su apartado “financiero”, el presupuesto de esta institución proviene de cuatro organismos presupuestarios Gobierno Central, Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS), Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS) y el Fideicomiso 872- MS-BNCR.

Seguidamente se hace referencia a información general de cada una de estas fuentes presupuestarias:

Figura 17. Fuentes de financiamiento del Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia con insumos de Ministerio de Salud, 2020.

Estas fuentes contemplan programas y subpartidas presupuestarios, entre los que se encuentran: Gestión Intrainstitucional 630, Rectoría de la Producción Social de la Salud 631 y Provisión de Servicios de Salud 632. Para ampliar información sobre los contenidos presupuestarios y el análisis de ejecución de cada fuente mencionada en la figura anterior, se recomienda dirigirse al anexo 10.

Además, de las fuentes señaladas, en la figura anterior, el Ministerio de Salud cuenta con dos Organismos Presupuestarios adicionales, mediante las cuales la institución coadyuva a la gestión en salud. Estos son:

- El Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS), responsable de vigilar el buen funcionamiento de las investigaciones Biomédicas en el país.
- La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), que vela por la aplicación de algunas vacunas a la población costarricense a través de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el anexo 11, se presenta una mayor descripción de los organismos financieros que aportan presupuesto al Ministerio de Salud.

Algunas de esas fuentes presupuestarias mencionadas, hacen referencia específica a que parte de su contenido debe destinarse al cumplimiento de las responsabilidades institucionales vinculadas con promoción de la salud. El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS) señala que su principal objetivo contempla la aprobación de proyectos específicos en promoción de la salud. De la descripción del presupuesto de Gobierno Central se destaca que debe orientarse al cumplimiento de la misión institucional, que como se mencionó en el capítulo anterior, contempla el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría, con enfoque de promoción de la salud.

Por su parte el Fideicomiso 872 Ministerio de Salud – CTAMS – Banco Nacional (FID 872), en su descripción señala textualmente:

Con la constitución del Fideicomiso, el Ministerio de Salud se ayuda a enfrentar la problemática de la salud pública, en apego al a prioridad institucional de avanzar en la atención de la enfermedad, hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como un valor social y dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de determinantes de la salud, bajo el principio de equidad. (Ministerio de Salud, 2020, 03)

Sin duda, al hacer referencia a asuntos presupuestarios, resulta necesario señalar que a partir de la intervención de políticas neoliberalismo orientadas a la reducción de la inversión pública las instituciones estatales, éstas han debido establecer prioridades y focalizar su accionar, situación que no es ajena al Ministerio de Salud. Tal como lo afirma Montano “Las políticas sociales, en el actual contexto neoliberal, global y productivo, son substantivamente alteradas en sus orientaciones y en su funcionalidad” (Montano, 2016: 13).

Corresponde ahora abordar la información financiera específica de la DRRSCO. Según el informante RO-01, el presupuesto no está desconcentrado para cada Dirección Regional, la mayoría de las partidas son manejadas por el Nivel Central.

El fondo reembolsable o conocido como caja chica, es lo que se maneja aquí, disponiendo cada Área Rectora, de un millón de colones para el año y un millón y medio el nivel regional, el monto asignado en cada caso, debe dividirse entre 12, estableciéndose así el monto máximo que cada unidad puede gastar por mes. (Informante RO-01, 2021)

Según el Manual de procedimientos y protocolos sobre la ejecución de fondo reembolsable (2013), de este fondo sólo se autoriza el gasto en las siguientes partidas y subpartidas presupuestarias:

- Partida 1: Servicios (solo las subpartidas habilitadas en nivel central).
- Partida 2: Materiales y Suministros (solo las subpartidas habilitadas en nivel central).
- Partida 5: Bienes Duraderos: Subpartida: 5.01.03 Equipo de comunicación.

Subpartida: 5.01.04 Equipo y mobiliario de oficina.

Subpartida: 5.01.05 Equipo y programas de cómputo.

Subpartida: 5.01.99 Maquinaria y equipo diverso.

De este fondo reembolsable, según el informante RO-01, se puede disponer de presupuesto para comprar insumos que permitan ofrecer refrigerios en actividades con actores sociales. Esto, podría verse como un factor favorable para actividades de promoción de la salud, sin embargo, según este informante, hay limitaciones para tener acceso a ese recurso, ya que depende del visto bueno de la jefatura inmediata, quien define si esa es o no, una prioridad para la inversión de ese escaso presupuesto.

Aquí se evidencia una de las secuelas del neoliberalismo en la cuestión social, a las que hace referencia Esquivel (2012), donde la inversión social cada vez es más selectiva y de corte focalizado. En este caso se debe agregar carácter subjetivo que caracteriza la decisión para disponer o no de recursos para actividades de promoción de la salud.

Talento Humano

Según el informante RO-03, para octubre 2020, la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente contaba con 97 personas funcionarias, ubicadas en las diferentes unidades organizativas que la conforman. Sus puestos, según las categorías del Servicio Civil y sus especialidades, se detallarán más adelante al hacer referencia a cada unidad organizativa.

Para analizar la capacidad institucional de la DRRSCO para la gestión de la promoción de la salud, uno de los elementos necesarios de conocer se refiere a las competencias y los recursos con que cuenta cada una de las unidades que la conforman, por lo seguidamente se hace referencia a esos aspectos en este orden: Despacho Regional, Unidades Regionales y Áreas Rectoras de Salud. Se contemplan los recursos materiales, tecnológicos y el talento humano con el que cuenta cada unidad.

El Despacho de la Dirección Regional

A este despacho le corresponde velar por el cumplimiento de las funciones asignadas a las Direcciones Regionales, indicadas anteriormente. Esto a través de las unidades que la conforman, tanto a nivel regional como a nivel local.

El personal del despacho está ubicado en oficinas, cada una de ellas cuenta con el mobiliario básico necesario, incluyendo teléfono, computadora y conexión a internet mediante fibra óptica, con una velocidad de 10 megabyte. En total disponen de 4 computadoras portátiles y 6 de escritorio. El personal de lucha contra insectos y los choferes no cuentan con oficina, debido a que su trabajo es de campo.

Talento humano:

En el despacho laboran 15 personas, en la siguiente tabla se representan las características de cada puesto.

Tabla 5. Características del talento humano, Dirección Regional

Puesto	Cantidad	Especialidad
<i>Director Regional</i>	1	Medicina humana
<i>Asistente de Salud de Servicio Civil 3</i>	1	Saneamiento ambiental
<i>Conductor de Servicio Civil 1</i>	2	No tiene
<i>Inspector de Servicio Civil 1</i>	4	Lucha contra insectos
<i>Inspector de Servicio Civil 2</i>	1	Lucha contra insectos
<i>Oficinista de Servicio Civil 2</i>	1	Labores varias de oficina
<i>Profesional de Servicio Civil 1 B</i>	1	Ingeniera Industrial
<i>Profesional Servicio Civil 2</i>	2	Derecho
<i>Secretaria de Servicio Civil 1</i>	1	Secretaria
<i>Técnico Informático</i>	1	Informático

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos DRRSCO, 2021

Unidades organizativas de las Direcciones Regionales

Como se indicó en el Organigrama de la Dirección Regional de Rectoría de Salud Central Occidente (figura 15), las Direcciones Regionales están compuestas, además del despacho de la dirección, de cuatro unidades organizativas. En esta sección se exponen las características de cada una de ellas en cuanto a objetivos y funciones y el talento humano que las conforma. Los aspectos relacionados con las características y condiciones correspondientes a recursos materiales, y financieros fueron abordados en páginas anteriores.

Unidad de Planificación

Objetivo y funciones asignadas:

Esta unidad tiene por objetivo conducir los procesos de planificación estratégica a nivel sectorial, intersectorial e institucional, de forma participativa y en concordancia con políticas, planes, programas, proyectos y directrices, de manera articulada, eficiente, eficaz y con calidad (Ministerio de Salud, 2020).

Las de la Unidad de Planificación, funciones vinculadas con promoción de la salud:

- Conducir la formulación, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos en salud sectorial, intersectorial e institucional, a nivel regional. Tomando en cuenta el componente de Promoción de la Salud.
- Capacitar, supervisar y asesorar a las Áreas Rectoras de Salud en la ejecución de los procesos de Planificación Estratégica y operativa en Salud, teniendo en cuenta a la Promoción de la Salud como eje transversal en el desarrollo de los procesos rectores en salud.
- Impulsar la cultura organizacional que facilite la adopción de valores, conductas, hábitos y costumbres por parte de los funcionarios del Ministerio de Salud, acordes con lo requerido para el cumplimiento del marco estratégico institucional y el manual de ética.

Talento humano

En esta unidad trabajan 4 personas, las características de los puestos se describen en la siguiente tabla:

Tabla 6. Características talento humano Unidad de Planificación

Puesto	Cantidad	Especialidad
<i>Asistente de Salud de Servicio Civil 3</i>	1	Salud Pública
<i>Jefe de Unidad de Nivel Regional de la Salud</i>	1	Medicina Humana
<i>Profesional de Servicio Civil 1</i>	1	Promoción de la Salud
<i>Profesional de Servicio Civil 2</i>	2	Administración

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO 2021

Para la ejecución de sus funciones la Unidad de Planificación dispone de una computadora portátil y 4 de escritorio.

Unidad de atención al cliente:

Objetivo y funciones

Esta unidad se encarga de ejecutar el proceso de atención al cliente y asesorar en el tema a los niveles locales (Ministerio de Salud, 2020).

Las funciones vinculadas con promoción de la salud son:

- Orientar al cliente interno y externo los servicios que ofrece el Ministerio.
- Recibir los documentos de solicitud de los servicios y trámites.
- Atender y registrar las quejas, sugerencias y denuncias presentadas por los clientes internos y externos, y canalizarlas a la Contraloría de Servicios.

Además de evaluar el grado de satisfacción del cliente.

Talento humano:

Para el desarrollo de sus funciones esta unidad cuenta con el trabajo de 3 personas.

Tabla 7. Característica talento humano Unidad Atención al Cliente

Puesto	Cantidad	Especialidad
<i>Jefe de Unidad de Nivel Regional de la Salud</i>	1	Enfermería
<i>Oficinista de Servicio Civil 2</i>	1	Labores Varias de oficina
<i>Técnico de Servicio Civil 3</i>	1	Administración

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO 2021

Esta unidad dispone de 3 computadoras de escritorio y una portátil.

Unidad de Rectoría de la Salud

Objetivo y funciones

Esta Unidad debe asegurar que los procesos de vigilancia de la salud, regulación de la salud, regulación, evaluación y armonización de los servicios de salud, se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, garantizando el apoyo técnico necesario para que estas condiciones se den en las Áreas Rectoras de Salud (Ministerio de Salud, 2020).

Las funciones vinculadas con promoción de la salud que le corresponde son:

- Realizar análisis de la situación de salud en el ámbito regional para brindar insumos para que se realice la priorización de salud en el ámbito regional y local, basada en

las metodologías establecidas.

- Brindar asesoría, capacitación, seguimiento y evaluación y a las Áreas Rectoras de salud en los procesos de Vigilancia de la Salud, Servicios de Salud y Regulación de la Salud.
- Participar en los procesos de planificación estratégica y operativa en salud, así como en los procesos de seguimiento y evaluación de la Dirección Regional.
- Incorporar la promoción de la salud como eje transversal en los procesos que conduce.

Talento humano

Después del Despacho, esta es la unidad que cuenta con más personas colaboradoras, en total son 9, las características de los puestos son las siguientes:

Tabla 8. Características talento humano Unidad de Rectoría

Puesto	Cantidad	Especialidad
<i>Asistente de Salud de Servicio Civil 3</i>	1	Salud, seguridad e higiene ocupacional
<i>Jefe de Unidad de Nivel Regional de la Salud</i>	1	Medicina humana
<i>Oficinista de Servicio Civil 2</i>	1	Labores varias de oficina
<i>Profesional de Servicio Civil 1 B</i>	2	Ingeniería civil
<i>Profesional de Servicio Civil 3</i>	1	Psicología
<i>Profesional Licenciado de la Salud 2</i>	2	Medicina humana
<i>Profesional Licenciado de la Salud 1</i>	1	Enfermería

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO
2021

En esta unidad los últimos cambios a nivel de personal ha sido la transformación de dos plazas:

Una plaza profesional servicio civil 3 con especialidad en Trabajo Social fue transformada en plaza de profesional de servicio civil 1B con especialidad en Promoción de la Salud y pasó a la unidad de planificación. Otra plaza de profesional licenciado de la salud 2 con especialidad microbiología, se transformó en plaza de profesional licenciado de la salud 1 con especialidad en medicina humana y pasó a la unidad de planificación.

Unidad de apoyo logístico y administrativo

Objetivo y funciones

Tiene como objetivo ejecutar los procesos relacionados con la gestión de los recursos humanos, financieros, de infraestructura física y de bienes y servicios correspondientes al nivel regional, así como brindar el apoyo técnico necesario a Áreas Rectoras de Salud, en los asuntos relacionados a sus competencias (Ministerio de Salud, 2020).

Las funciones asignadas a esta unidad que se vinculan con promoción de la salud son:

- Identificar y priorizar las necesidades de recursos humanos, financieros, bienes muebles e inmuebles, y servicios, provenientes de las áreas rectoras de salud y de las unidades organizativas regionales, canalizando las necesidades, en los casos que se requiera, al nivel central para que sean consideradas en los planes institucionales.
- Programar y ejecutar el presupuesto desconcentrado al Nivel Regional de acuerdo con las prioridades institucionales.
- Recibir, registrar, almacenar y distribuir oportunamente los bienes y servicios adquiridos para el nivel regional y local.

- Apoyar al director regional en la administración de la caja chica de conformidad con la normativa.
- Dar seguimiento del cumplimiento de la normativa relacionada con los procesos de gestión de recursos humanos, gestión de recursos financieros, gestión de bienes y servicios, y gestión de infraestructura física, tanto en las unidades organizativas regionales como en las áreas rectoras de salud.

Talento humano:

Tabla 9. Características talento humano Unidad de Apoyo Logístico y Administrativo

Puesto	Cantidad	Especialidad
<i>Jefe de Unidad Regional</i>	1	Administrador
<i>Misceláneo del Servicio Civil I</i>	1	Servicios básicos
<i>Profesional de Servicio Civil 1B</i>	1	Ingeniería Industrial
<i>Profesional de Servicio Civil 1B</i>	1	Administración
<i>Técnico de Servicio Civil I</i>	1	Administración
<i>Misceláneo del Servicio Civil I</i>	1	Servicios básicos
<i>Profesional de Servicio Civil 1B</i>	1	Administradora

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO 2021

Las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud

La Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente está conformada por cinco Áreas Rectoras, ubicadas en los cantones de: San Ramón, Naranjo, Palmares, Sarchí y Zarcero. Estas unidades son conducidas por la persona que ocupa la dirección del Área, las

cuales corresponden al nivel político y dependen orgánicamente del Despacho del director regional.

Objetivo y funciones de las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud

Las Direcciones de Área Rectoras de Salud tienen por objetivo:

Garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel local, asegurando que el componente local de todos los procesos institucionales se ejecute de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y con los lineamientos institucionales. (Ministerio de Salud, 2020)

Entre las funciones de estas unidades organizativas, que se vinculan con promoción de la salud, están:

- Liderar y conducir las acciones de los actores sociales clave, para proteger y mejorar la salud de la población.
- Ejecutar las actividades que son competencia del nivel local en los procesos rectores: Vigilancia de la Salud, Regulación de la Salud, Planificación, Promoción de la Salud, Regulación y Evaluación de Servicios de Salud.
- Realizar análisis de la situación interna y externa de los procesos bajo responsabilidad del nivel local, con el fin de identificar necesidades y determinar prioridades de abordaje.
- Gestionar oportunamente la provisión de los recursos humanos, bienes (muebles e inmuebles), servicios y recursos financieros requeridos por la correcta operación del nivel local.

- Autoevaluar los procesos bajo responsabilidad de la Unidad Organizativa, con el fin de identificar oportunidades de mejora y, de ser necesario, determinar las acciones correctivas requeridas.

Como instancia de asesoría, coordinación y capacitación, estas unidades organizativas cuentan con los Consejos de Gestión de Áreas Rectoras de Salud, conformado por la persona que ocupa la dirección del Área, quien ejerce la coordinación y las personas colaboradoras de los diferentes procesos.

Son precisamente son siete, los procesos que establece el manual de organización institucional, para las Áreas Rectoras de Salud. En la siguiente figura se presenta la conformación de estas unidades organizativas:

Figura 18. Conformación de las DARS



Fuente: Elaboración propia con insumos de Ministerio de Salud, 2020.

Cada uno de estos procesos tiene objetivos y funciones específicas, establecidas en el Manual de organización y funciones del Ministerio de Salud (2020).

Procesos que conforman las Áreas Rectoras de Salud

Promoción de la salud

En su objetivo se contempla que debe posicionar la salud como valor y la estrategia de

Promoción de la Salud.

Las funciones de este proceso se enmarcan en:

- Identificar las necesidades y oportunidades de posicionamiento de la salud como valor, la estrategia de promoción de la salud.
- Planificar y ejecutar las actividades necesarias para implementar las estrategias de promoción de la salud.
- Evaluar y dar seguimiento a las acciones de promoción de la salud implementadas en el nivel local.
- Conducir a actores sociales y a otras instancias que lo requieran, en el ejercicio de sus funciones.
- Desarrollar el análisis de la situación interna y externa del proceso.
- Planificar acciones a desarrollar, en el corto, mediano y largo plazo.
- Autoevaluar el proceso bajo su responsabilidad, con el fin de identificar oportunidades de mejora y, de ser necesario, determinar las acciones correctivas requeridas.

Atención al cliente

Su objetivo se relaciona con velar por la implementación efectiva de la Ley de Protección del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, además de incorporar de la voz del cliente.

Funciones vinculas con promoción de la salud:

- Orientar al cliente interno y externo.
- Brindar información sobre los servicios que ofrece el Ministerio y sobre los procedimientos, fechas, plazos, requisitos y condiciones relacionados a éstos.
- Recibir los documentos necesarios para la solicitud de los servicios y trámites brindados por el Ministerio.
- Comunicar y notificar a los clientes internos y externos los resultados de las gestiones realizadas sobre los servicios y trámites solicitados.

Apoyo logístico y administrativo

Este proceso debe ejecutar las actividades relacionadas con la gestión de Recursos Humanos, Recursos Financieros, Infraestructura Física, Bienes y Servicios y gestión documental.

Funciones vinculas con promoción de la salud:

- Identificar y priorizar las necesidades de recursos humanos, financieros, bienes y servicios, requeridos para la operación del área rectora de salud, y canaliza dichas necesidades.
- Ampliar el registro de proveedores para el proceso de contratación de bienes y servicios.
- Gestionar la ejecución del fondo reembolsable asignado al área rectora de salud.
- Gestionar la contratación de bienes y servicios requeridos en el área según la normativa vigente.

- Administrar eficiente y oportunamente la flotilla vehicular de acuerdo con la programación de actividades y prioridades del área.

Vigilancia de la salud

Su objetivo es realizar la selección, recopilación, integración, análisis y difusión de la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, en el nivel local, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.

Sus funciones vinculadas con promoción de la salud se orientan a:

- Recibir información de eventos y determinantes de las dimensiones de la producción social de la salud.
- Conducir las investigaciones de campo de los eventos y sus determinantes, así como el análisis de la información a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para su intervención.
- Brindar la información y participar activamente en la elaboración de planes locales de salud.
- Dar seguimiento a los determinantes salutogénicos y patogénicos prioritarios.
- Conducir el proceso de elaboración de los análisis locales de situación de salud. (ASIS).
- Conducir a los actores sociales y a otras instancias que lo requieran, en el ejercicio de las funciones bajo su responsabilidad.

Planificación

Tiene por objetivo conducir los procesos de planificación estratégica, operativa en salud a nivel sectorial, intersectorial e institucional, de forma participativa. Además, conducir técnicamente a los actores sociales del sistema de producción social de la salud en la planificación local.

Sus funciones vinculadas con promoción de la salud se orientan a:

- Dirigir y conducir la elaboración e implementación de los planes, programas y proyectos específicos en salud para el nivel local, según la realidad y prioridades sanitarias del área de atracción y alineado con el Plan Estratégico Nacional en Salud.
- Promover la participación de los actores sociales en el proceso de formulación y ejecución de planes, programas y proyectos en salud locales.
- Realizar el seguimiento y la evaluación, junto con los actores sociales, de las actividades establecidas en los planes, programas y proyectos en salud locales.
- Ejecutar las acciones necesarias para evaluar los planes, programas y proyectos en salud sobre el estado de salud de la población o sobre el comportamiento de sus determinantes.

Regulación de la salud

El objetivo de este proceso es ejercer el control para el cumplimiento del marco normativo en salud, que asegure la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas de interés o impacto sanitario.

Sus funciones vinculadas con promoción de la salud se orientan a:

- Controlar el cumplimiento de la normativa en materia de regulación de las actividades, conductas, bienes y servicios de interés o impacto sanitario.
- Realizar las inspecciones en sitio cuando sea requerido para garantizar el cumplimiento con el marco normativo en salud.
- Involucrar y articular a los responsables institucionales y actores sociales durante la ejecución de acciones de regulación de la salud, a través de la participación social, para la protección y mejoramiento de la salud de la población.
- Apoyar la actualización del inventario de servicios u otras actividades de interés sanitario sujetas a regulación.
- Asesorar y orientar a otras instancias que así lo requieran.

Servicios de salud

Su objetivo es controlar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud de atención de las personas, individuales y colectivos con el fin de lograr el mejoramiento de la salud de la población del área de atracción.

Sus funciones vinculadas con promoción de la salud se orientan a:

- Verificar la calidad de los servicios de salud en su área de atracción mediante la evaluación y análisis del cumplimiento de estándares definidos por la normativa.
- Realizar el seguimiento y la evaluación de la normativa sanitaria en servicios de salud públicos y privados.
- Realizar el seguimiento y la evaluación de las redes de servicios de salud.
- Conducir actores sociales y otras instancias que lo requieran, en ejercicio de la

regulación y evaluación de los servicios de salud tanto públicos como privados.

Área Rectora de Salud Naranjo:



Ubicada en el cantón de Naranjo, contiguo a la Cruz Roja.

Fuente: Fotografía propia,2021

Recursos materiales y tecnológicos

Esta Área Rectora cuenta con un edificio propio, que durante muchos años funcionó como Unidad Sanitaria pero posteriormente fue remodelada. Según el informante RO-01 actualmente se encuentra en buen estado de conservación. Tiene seis oficinas y una sala de sesiones equipada para reuniones presenciales y virtuales, además de una cocina equipada para las personas funcionarias.

Dispone de teléfonos, acceso a internet de 4 megabytes con conexión por cables de cobre, 2 computadoras portátiles y 10 de escritorio.

Talento humano

Tabla 10. Características talento humano DARS Naranjo

<i>Puesto</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Especialidad</i>
<i>Profesional de Servicio Civil 1B</i>	1	Saneamiento ambiental
<i>Asistente Salud Servicio Civil 3</i>	2	Saneamiento ambiental
<i>Director Área Rectora</i>	1	Medicina humana
<i>Misceláneo Servicio Civil 1</i>	1	Servicios generales
<i>Oficinista Servicio Civil 2</i>	1	Labores varias de oficina
<i>Prof. Licenciado en Salud 1</i>	2	Enfermería /Medicina humana
<i>Prof. Servicio Civil 2</i>	1	Psicología
<i>Profesional Servicio Civil 1B</i>	1	Trabajo Social
<i>Técnico Servicio Civil 3</i>	1	Administración
<i>Conductor de servicio civil 1</i>	1	No tiene

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRCO 2021.

Área Rectora de Salud Palmares:



Ubicada en el cantón de Palmares, contiguo a la clínica de la CCSS

Fuente: Fotografía propia, 2021

Recursos materiales, tecnológicos:

Según el informante RO-01, cuenta con edificio propio, construido hace algunos años en terreno del que disponía el Ministerio de Salud. Las instalaciones tienen nueve oficinas,

una sala de sesiones equipada para reuniones presenciales y virtuales y cocina para las personas funcionarias. Dispone además de teléfonos, 3 computadoras portátiles y 13 de escritorio, acceso a internet de 6 megabytes con conexión fibra óptica.

Talento humano

Tabla 11. Características talento humano DARS Palmares

Puesto	cantidad	Especialidad
<i>Asistente de la salud Servicio Civil 3</i>	1	Saneamiento ambiental
<i>Conductor de Servicio Civil 1</i>	1	No tiene
<i>Enfermera 5</i>	1	Enfermera
<i>Oficinista Servicio Civil 2</i>	1	Labores varias de oficina
<i>Prof. de Servicio Civil 1 A</i>	2	Saneamiento ambiental Salud, seguridad e higiene ocupacional
<i>Prof. Licenciado de la Salud 1</i>	1	Medicina humana
<i>Profesional de Servicio Civil 1 B</i>	2	Saneamiento ambiental Derecho
<i>Profesional de Servicio Civil 2</i>	1	Educación preescolar
<i>Técnico Servicio Civil 3</i>	1	Administración

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO 2021

Área Rectora de Salud San Ramón:



Ubicada en el cantón de San Ramón, frente al Hospital Dr. Carlos Luis Valverde.

Fuente: Fotografía propia, 2021

Recursos materiales y tecnológicos

Según el informante 01, el edificio donde se ubica esta Área Rectora es propiedad de la municipalidad, haciendo uso de él Ministerio de Salud en calidad de préstamo. La infraestructura carece de ventilación, haciendo que los espacios mantengan temperaturas no adecuadas para la salud ocupacional. El tamaño del edificio no permite una distribución adecuada de las personas funcionarias, dispone de 8 oficinas para 18 personas, estando presentes condiciones de hacinamiento.

Dispone de teléfonos, 3 computadoras portátiles y 15 de escritorio, acceso a internet de 4 megabytes con conexión por alambre de cobre.

Talento humano

Tabla 12. Características talento humano DARS San Ramón

<i>Puesto</i>	<i>cantidad</i>	<i>Especialidad</i>
<i>Asistente de la Salud de Servicio Civil 3</i>	2	Saneamiento ambiental
<i>Conductor Servicio Civil 1</i>	2	No tiene
<i>Director Área Rectora</i>	1	Medicina humana
<i>Misceláneo SC 1</i>	2	Servicios básicos
<i>Oficinista SC 2</i>	2	Labores varias de oficina
<i>Prof. Licenciado en Salud 1</i>	2	Medicina humana
<i>Prof. Servicio Civil 1ª</i>	2	Saneamiento ambiental Sociología
<i>Prof. Servicio Civil 1B</i>	2	Saneamiento ambiental
<i>Prof. Servicio Civil 2</i>	1	Saneamiento ambiental
<i>Prof. Servicio Civil 3</i>	1	Trabajo Social
<i>Técnico SC 3</i>	1	Administración de recursos humanos

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO 2021

En esta Área Rectora una plaza profesional servicio civil 3 con especialidad en trabajo social se transformó en plaza de profesional de servicio civil 2 con especialidad en psicología.

Área Rectora de Salud Valverde Vega:



Ubicada en el cantón de Sarchí, 125 metros al sur de la Clínica de CCSS, Sarchí Norte

Fuente: Fotografía propia, 2021

Recursos materiales y tecnológicos

Cuenta con un edificio propio que durante muchos años funcionó como Unidad Sanitaria, hace algunos años fue remodelado y actualmente se encuentra en buen estado de conservación. Dispone de 6 oficinas y una sala de sesiones equipada para reuniones presenciales y virtuales.

Dispone de teléfonos, acceso a internet de 4 megabytes con conexión por cables de cobre y cuentan con 3 computadoras portátiles y 12 de escritorio.

Talento humano:

Tabla 13. Características talento humano DARS Valverde Vega

<i>Puesto</i>	<i>cantidad</i>	<i>Especialidad</i>
<i>Asistente Salud Servicio Civil 3</i>	2	Saneamiento ambiental
<i>Conductor SC 1</i>	1	No tiene
<i>Director de Área Rectora</i>	1	Medicina humana
<i>Misceláneo Servicio Civil 1</i>	1	Servicios básicos
<i>Oficinista de Servicio Civil 2</i>	1	Labores varias de oficina
<i>Prof. Servicio Civil 1B</i>	2	Psicología Saneamiento ambiental
<i>Técnico Servicio Civil 3</i>	1	Administración

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO 2021

Aquí una plaza profesional servicio civil 1B con especialidad en Trabajo Social se transformó en plaza de profesional de servicio civil 1A con especialidad en saneamiento ambiental y pasó al ARS Naranjo.

Área Rectora de Salud Zarcero:



Ubicada en el cantón de Zarcero, contiguo a la Clínica de la CCSS.

Fuente: Fotografía propia, 2021

Recursos materiales y tecnológicos

Cuenta con un edificio propio que durante muchos años funcionó como Unidad Sanitaria, fue remodelado y actualmente se encuentra en buen estado de conservación. Dispone de 7 oficinas y una sala de sesiones equipada para reuniones presenciales y virtuales.

Dispone de teléfono en cada oficina, para comunicación interna y dos líneas para llamadas externas. Cuenta con acceso a internet de 4 megabytes con conexión por cables de cobre y cuentan con 4 computadoras portátiles y 9 de escritorio.

Talento humano

Tabla 14. Característica talento humano DARS Zarcero

<i>Puesto</i>	<i>cantidad</i>	<i>Especialidad</i>
<i>Conductor Servicio Civil 1</i>	1	No tiene
<i>Director Área Rectora</i>	1	Medicina humana
<i>Misceláneo Servicio Civil 1</i>	1	Servicios básicos
<i>Oficinista Servicio Civil 2</i>	1	Labores varias de oficina
<i>Prof. Licenciado en Salud 1</i>	1	Medicina humana
<i>Prof. Servicio Civil 1ª</i>	1	Saneamiento ambiental
<i>Prof. Servicio Civil 1B</i>	1	Saneamiento ambiental
<i>Prof. Servicio Civil 3</i>	1	Trabajo Social
<i>Técnico Servicio Civil 3</i>	1	Administración

Fuente: Elaboración propia con información facilitada por Recursos Humanos, DRRSCO 2021

Hasta aquí, en el desarrollo de este capítulo se han expuesto, las características de la Dirección Regional de Occidente respecto a su estructura organizativa y su capacidad instalada para el cumplimiento de los objetivos y funciones que cada unidad organizativa tiene asignadas. Tomando como insumos esa información, resulta necesario destacar las condiciones que presentan la Región analizándolas desde la capacidad institucional para la gestión de la promoción.

En lo que se refiere a recursos tecnológicos, no se identifican carencias que limiten el cumplimiento de las competencias, siendo que todas las unidades organizativas, tanto regionales como locales, disponen de los equipos de cómputo y el acceso a internet que requieren.

Sin embargo, sí se identifica diferencias en cuanto a los recursos materiales, principalmente los relacionados con infraestructura. Las Áreas Rectoras de Salud de Palmares, Naranjo, Zarceró y Valverde Vega, cuentan con edificios en buen estado y distribución de espacios adecuados para el desempeño laboral de las personas trabajadoras. Condiciones muy diferentes presentan los edificios donde se ubican el Área Rectora de San Ramón y la Dirección Regional. Ambos son construcciones que se encuentran en deteriorados, presentando condiciones poco adecuadas para trabajar y tienen la particularidad de que no son propiedad del Ministerio de Salud, por lo que, a la administración regional, le resulta muy difícil realizar mejoras, por limitaciones legales.

En cuanto a los recursos financieros, no se conocieron manifestaciones de limitaciones, el manejo del presupuesto y procesos de compras están centralizados, disponiendo cada Área Rectora, así como la Dirección Regional de un monto mensual para compras pequeñas, que no son cubiertas por el presupuesto que maneja el Nivel Central.

Con relación al talento humano se debe mencionar que en ninguna de las unidades organizativas hizo referencia a escases de personal para cumplir con las funciones asignadas. Todas ellas están conformadas por equipos interdisciplinarios y en todas las que corresponde, hay una persona a cargo de las acciones en promoción de la salud.

Respecto a los objetivos y funciones de las unidades organizativas, existen a nivel institucional documentos que establecen esos aspectos, como lo es el Manual de organización y funciones. Específicamente en el tema de promoción de la salud, este documento contempla claramente las competencias que cada unidad tiene.

Posterior al análisis de cada uno de estos elementos se puede concluir que, la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, dispone de los recursos tecnológicos, financieros y talento humano, necesarios para el cumplimiento de las funciones relacionadas con promoción de la salud. Donde se identifican necesidades que pueden incidir negativamente, es en los recursos materiales relacionados con la infraestructura de las instalaciones de trabajo, específicamente en el Área Rectora de Salud de San Ramón y en la Dirección Regional.

7.2. El lado blando de la Dirección Regional: Características gerenciales en torno a promoción de la Salud.

Para el análisis de la sostenibilidad institucional de la promoción de la salud en la DRRSCO, además de los elementos vinculados con la capacidad instalada, resulta necesario abordar la comprensión de los informantes, respecto a elementos teóricos, metodológicos y culturales que componen la capacidad institucional.

Aquí se aborda el “lado blando” de la Dirección Regional, el cual hace referencia a “los procesos, las relaciones, las interrelaciones, las interdependencias, las contradicciones, las implicaciones, las cadenas de impacto, etc., que caracterizan y aportan significado a la dinámica compleja y cambiante de la vida en el planeta” (Mato et al., 2001: 100).

Este apartado, supera los elementos contemplados en el apartado anterior, referente a la capacidad institucional establecida por la organización mediante elementos técnicos administrativos, enmarcados en un orden legal. Aquí se valora la dimensión de lo humano, según estos autores, este lado blando permite pensar la complejidad de forma sistémica y desde una lógica dialéctica, en la que, a partir del desarrollo histórico, los cambios en las formas de pensar impactan en la realidad de las organizaciones. Por lo que los aspectos analizados se procuran humanizar esa teoría, analizando la comprensión, opiniones y sentires de los actores involucrados, que resultan ser, sin duda alguna, el recurso más importante y valioso de la organización, además de ser un colectivo sujeto de derechos como parte de la clase trabajadora.

Participación en capacitaciones sobre el marco estratégico institucional

Para iniciar el desarrollo de este apartado se debe hacer referencia al acceso que las personas informantes han tenido a espacios de elaboración, capacitación y/o análisis del marco estratégico institucional. Porque de poco sirve que la institución cuente con documentos sobre lo que se debe hacer, si el personal no conoce esa información.

Algunas personas informantes, han tenido la posibilidad de participar en estos procesos, incluso en los momentos de cambios organizacionales significativos para el Ministerio de Salud, de acuerdo con el tiempo que tienen de laborar para la institución.

La persona informante clave RO-11, es uno de esos casos:

He participado en diferentes momentos de elaboración del plan estratégico, desde que el Ministerio brindaba servicios directos, cuando pasó rectoría y hace 10 años participé en otro proceso de modificación de la misión, visión valores, que de hecho ese trabajo ha sido la base para lo que tiene la institución actualmente. (Comunicación personal, 2021)

Por su parte el RO-08 también señala:

En los muchos años que llevo de trabajar para la institución, sí he participado en diferentes momentos en los procesos de elaboración y modificación del marco estratégico institucional. (Comunicación personal, 2021)

RO-06 asegura que:

Sí he participado en varias ocasiones. Últimamente no, pero en otros momentos sí. (Comunicación personal, 2021)

Otros informantes aseguran que la institución, más que abrir espacios para la participación en la elaboración del marco estratégico, lo que hace es someter a consulta un producto ya construido o sólo socializarlo.

Al respecto RO-05 manifiesta:

Nunca he participado, recuerdo que a nivel de Área Rectora lo que han hecho son consultas cuando ya se ha hecho algo y el tema, pero como una convocatoria constructiva, un consenso, una participación del nivel local no he participado. (Comunicación personal, 2021)

Por su parte, RO-09, dice:

Yo sí conozco el marco estratégico, principalmente porque por iniciativa propia lo he estudiado. De lo que tengo mayor claridad es de la misión, la cual se orienta a dirigir y conducir a los actores sociales en las diferentes temáticas y entre esas viene promoción. Lo que yo siento que no está claro es el cómo, en el papel está claro, pero ya cuando vemos el cómo hacerlo, yo siento que nos quedamos cortos. Esto incluso lleva a que, ente Regiones, se den diferentes formas de hacer las cosas. Yo siento que el dejar abierto el cómo hacer las cosas puede llevar a que no haya claridad para determinar si se cumple lo que se pretende en la misión institucional, o tal vez se cumple, pero yo no veo cómo lo miden. (Comunicación personal, 2021)

Con estos aportes se evidencia que existen debilidades en cuanto a la construcción del marco institucional, porque según los informantes citados, años atrás la participación de los niveles regionales y locales era más frecuente. La tendencia en los últimos años ha sido la planificación centralizada, donde desde el nivel político se establecen los lineamientos y las estrategias de acción institucional sin propiciar espacios de participación y análisis con los niveles operativos regionales y locales.

Esta disminución de la participación social a nivel institucional significa un riesgo para la sostenibilidad. Si la planificación parte de las interpretaciones o información desactualizada, tiende a alejarse de la realidad de los niveles operativos y de las demandas de la población meta, generando una brecha entre lo planificado y su viabilidad, así como deficiencia en el impacto favorable en la salud de la población.

Además, hay una interpretación de que el marco estratégico es abstracto, estableciendo elementos en la teoría, que no se tiene claridad respecto a cómo operativizarlo. Esto genera entre otras consecuencias que, entre unidades organizativas de una misma Región, o entre una Región y otra, se den marcada diferencias respecto a cómo actuar política y metodológicamente, para cumplir con lo que la institución tiene establecido en su marco estratégico. Llevando incluso, en algunos casos, a interpretaciones gerenciales subjetivas y hasta a justificaciones de que no se trabaja en ciertos aspectos, porque no hay claridad sobre cómo se debe hacer, situación que, según los aportes de las personas informantes, pasa respecto a promoción de la salud.

Llama la atención que las personas que no han participado en espacios de construcción o capacitación manifiestan conocer el marco estratégico porque lo han revisado por iniciativa propia, o porque en sus unidades de trabajo en algún momento lo han visto en espacios de reunión de equipo. Lo que resulta favorable para la propia institución debido a que, ya sea por espacios que da el Ministerio de Salud o propios intereses, las personas manifiestan tener un conocimiento general del proyecto institucional. Entonces, en la Región Central Occidente, existe conocimiento del marco estratégico del Ministerio de Salud, pero no necesariamente porque la institución lo ha propiciado, sino que en gran medida se debe a que las personas funcionarias por iniciativa e interés propio se han informado sobre éste.

Comprensión de la razón de ser del Ministerio de Salud

En la metáfora del navío, el primer elemento de la carta de navegación se vincula con la razón de la organización, por lo que resulta necesario analizar la comprensión que tienen las personas informantes respecto al proyecto institucional.

Iniciando con el propósito del Ministerio de Salud, los resultados en este sentido se orientan principalmente hacia cuatro aspectos; la rectoría en salud, la protección de la salud, la vigilancia para el cumplimiento de la normativa y la conducción de los actores sociales.

El informante RO-10 expone su percepción de la institución como ente rector, al señalar:

“El Ministerio de Salud tiene una función muy importante a nivel nacional, porque tiene la responsabilidad de la rectoría en salud, teniendo incidencia en varios ámbitos de la salud pública, dirigiendo las acciones de cada actor social para el beneficio a la población y del bienestar común”. (Comunicación personal, 2021)

Considerando también este aspecto, el informante RO-11 menciona:

“(…) la base fundamental del Ministerio de Salud es lograr mediante el ejercicio de la rectoría, que todos los actores se involucren en la producción social de la salud”. (Comunicación personal, 2021)

Los informantes que perciben la razón de ser de la institución orientada hacia la protección de la salud de la población señalan:

“El propósito es velar por la salud de la población, garantizando un estado de salud adecuado”. (Informante RO-04, comunicación personal, 2021)

“El Ministerio tiene que proteger y mantener el estado de salud de la población”. (Informante RO-06, comunicación personal, 2021)

“Su función es garantizar la salud colectiva de la población” (Informante RO-08, comunicación personal, 2021)

“Tiene que proteger y mejorar el estado de salud de la población, en concordancia con lo que establece la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio salud”. (Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

Respecto a la orientación hacia la vigilancia del cumplimiento de la normativa, los informantes manifiestan:

“Esta institución es el ente encargado de vigilar que se aplique toda la normativa existente con relación a salud humana, vigilar que se aplique por parte de toda la población, instituciones públicas privadas. Su propósito es vigilar y fiscalizar los lineamientos relacionados con salud humana en el ámbito nacional”. (Informante RO-05, comunicación personal, 2021)

“El Ministerio de Salud debe regular todas las inter-convivencias que se dan en la población y que tienen un efecto en la salud, debe garantizar que, en esas convivencias, de manera que las actividades se realicen de acuerdo con las normas, para no generen un daño para la salud de la población”. (Informante RO-08, comunicación personal, 2021)

Las expresiones de las personas informantes reflejan que existe una comprensión acertada respecto a la razón de ser del Ministerio de Salud, ninguna de ellas se aleja de lo establecido, evidenciándose una apropiación de la razón de ser de la institución, la cual es producto del compromiso propio de las personas trabajadoras y no necesariamente de esfuerzos institucionales para una construcción participativa y para posicionar ese marco en el personal.

Dos de las personas informantes al hablar de la razón de ser de la institucional, hacen mención explícita a la promoción de la salud, señalando:

“El Ministerio de Salud tiene una misión y una visión, que está orientada a promocionar la salud, pero ahí entra uno en un cuestionamiento, porque, aún no hay una validación de ese concepto, ni un compromiso real de las autoridades institucionales con lo que es un

enfoque de promoción de la salud, no hay esa vivencia, esa credibilidad, ni esa formalización de la promoción de la salud dentro de la institución, como parte de la visión y la misión institucional”. (Informante RO-07, comunicación personal, 2021)

“Aunque la misión del Ministerio es la protección de la salud de las personas, eso es lo que está en la teoría. En la vida real, por tanto, desorden que hay en el Ministerio de Salud, muy poco se puede cumplir el propósito del marco estratégico”. (Informante RO-12, comunicación personal, 2021)

Estos dos últimos informantes señalan que hay claridad respecto a que en la en la razón de ser de la institución está presente la promoción de la salud, pero que también hay debilidad en cuanto a la claridad conceptual que tiene la organización sobre promoción de la salud y su interiorización para formalizar su puesta en práctica.

Los aportes de las personas informantes agrupan la razón de ser del Ministerio de Salud en cuatro funciones principales; su rol rector, la protección de la salud de la población, el cumplimiento de la normativa vinculada con salud y la promoción de la salud.

Además, identifican vacíos entre lo establecido la teoría respecto a la razón de ser y lo que hace la institución en su cotidianidad, señalan que en los documentos dice qué se debe hacer, pero carecen de información respecto al cómo, situación que es percibida en mayor medida en lo que respecta a promoción de la salud.

Interpretación sobre las prioridades institucionales

La información recopilada permitió identificar que de acuerdo con el criterio de las personas informantes la regulación de la salud es la prioridad institucional, seguida por la vigilancia epidemiológica.

Al respecto, las opiniones se orientan a aspectos como:

“La prioridad de la institución ha sido la regulación, es el tema en el que el Ministerio

de Salud invierte más recursos y presta más atención, se enfoca más a la regulación en el sentido de que se entiende que, al realizar regulación de las actividades humanas se puede, en cierta medida, garantizar la menor afectación a la salud de las personas, entonces yo pienso que la regulación es como la médula espinal del Ministerio de salud”. (Informante RO-04, comunicación personal, 2021)

“Con la experiencia de los años me he dado cuenta de que, por el riesgo legal que implica, lo prioritario es la parte regulatoria de la salud; denuncias, recurso de amparo, aplicación de leyes, decomisos cuestiones de ese tipo es lo que más trabajo demanda y lo que más solicitan desde los niveles superiores”. (Informante RO-05, comunicación personal, 2021)

“Sí nos vamos a nivel muy muy formal del modelo conceptual y estratégico de la rectoría de promoción social de la salud, ahí están las 8 funciones sustantivas de la institución verdad, ahí están en buena teoría todas tienen la misma importancia y al mismo peso, eso una parte escrita sin embargo en la práctica, lo que se ve en la realidad tanto en los niveles locales como regionales, lo que se prioriza es la regulación de la salud, después está la vigilancia de la salud, y un poco menos en planificación, más o menos por ahí han dado el comportamiento de la institución y con énfasis en el escenario de riesgo, no en el de salud”. (Informante RO-06 comunicación personal, 2021)

“La prioridad de la institución es la parte regulatoria, en esta el Ministerio de salud tiene un papel muy muy importante”. (Informante RO-08, comunicación personal, 2021)

“Yo pienso que a lo que se le da más importancia a la parte regulatoria y a la parte de vigilancia epidemiológica, pero principalmente es la parte regulatoria porque es lo que tiene más riesgo legal no sólo para el funcionario sino para la salud”. (Informante RO-09, comunicación personal, 2021)

“Para el Ministerio de salud nuestra más prioritarios son la regulación de los servicios de salud la regulación de actividades comerciales el asunto relacionado con la contaminación ambiental, el acceso al agua potable y también van saliendo algunos que se han visto por la necesidad por alertas sanitarias y atención de emergencias y por ahí también la parte de promoción de la salud. (Informante RO-10 comunicación personal, 2021)

“Siempre ha sido y seguirá siendo el principal eje del Ministerio de Salud, la aplicación del marco normativo entorno a la salud, todo lo que implica el marco legal para poder ejercer la rectoría, esto principalmente en ciertos campos que son claves entre ellos la vigilancia de la salud y la regulación del ambiente humano”. (Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

“Se da prioridad al tema de tabaco y vigilancia de la salud”. (Informante RO-13, comunicación personal, 2021)

Partiendo de las citas anteriores, en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, la comprensión de las personas funcionarias se orienta a que la regulación de la salud es la prioridad en las acciones del Ministerio de Salud existiendo el supuesto de que esto se debe a que la rectoría en la regulación tiene mayores riesgos e implicaciones legales, siendo su objetivo principal, según el marco estratégico, ejercer el control para el cumplimiento del marco normativo en salud.

En segundo lugar, de prioridad se ubica la vigilancia de la salud, que según está establecido, es el proceso que se encarga de lo relacionado con recopilación y análisis de datos sobre el estado de salud- enfermedad, esto para la toma de decisiones para proteger y mejorar la salud de la población. Sin embargo, para uno de los informantes señala que el abordaje se da desde el riesgo, dejando de lado el escenario de salud:

“Esta vigilancia debería hacerse desde la vigilancia de la enfermedad, así como desde la vigilancia de la salud enfocándose los factores protectores, pero lamentablemente esa parte no ha logrado trascender en este escenario protector”.

(Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

La información recopilada deja en evidencia que la promoción de la salud no está colocada como las prioridades institucionales, siendo que los esfuerzos y recursos se orientan prioritariamente a la vigilancia del cumplimiento de la legislación y normativa en salud y el registro de los datos en enfermedad, dejando de lado el escenario salutogénico.

Se identifica una incongruencia entre lo establecido en el proyecto institucional y lo realmente se está ejecutando, siendo que, como se ha señalado anteriormente, la promoción de la salud se encuentra presente en la misión, estrategia maestra y objetivos estratégicos del Ministerio de Salud.

Esto incluso es manifestado por el informante RO-06 quien señala:

“En la institución podemos hablar de prioridades reales y prácticas, hay unas que están sólo en el papel, ahí se ponen un montón de cosas que realmente no se cumplen”. (Comunicación personal, 2021)

Otro aspecto para tomar en cuenta es la apreciación que uno de los informantes tiene con relación a las prioridades institucionales a la luz de los intereses gerenciales, al señalar:

“Se ha dado mucha confusión porque las prioridades institucionales dependen de quién esté de turno en la jefatura del Ministerio en el nivel central. Pero a nivel regional sucede lo mismo, las prioridades se establecen dependiendo de quién esté de turno en algún cargo, pero que sea fin con el director regional. Yo lo he vivido, cuando la persona que está en determinada jefatura de unidad es afín con él, su proceso camina, el director entonces cree en ese proceso que esa persona conduce”. (Informante RO-07, comunicación personal, 2021)

Este criterio evidencia la posible presencia de decisiones gerenciales basadas en subjetividades e intereses particulares y no en el proyecto gerencial. Situación que explicaría

el que, a pesar de que la promoción de la salud está presente en todo el marco estratégico institucional, no es abordada como una de las prioridades del Ministerio de Salud.

Si bien la historia señala un paso significativo en la comprensión de la salud, desde el enfoque biólogo hasta el sociológico, en el abordaje desde la institucionalidad pública y en este caso particular en el Ministerio de Salud, hace falta trascender hacia un abordaje más integral de la salud, donde se supere la priorización de los determinantes biológicos y ambientales y se amplíe la intervención en los factores protectores. Por lo que debería ser parte del marco estratégico y estar posicionado como eje orientador del actuar institucional, sin exponerla a la vulnerabilidad priorizando a criterio de quienes asuman las gerencias por periodos políticos, poniendo.

Comprensión de Salud, promoción de la salud y actor social.

La comprensión, por parte de las personas que trabajan en la organización, de los conceptos básicos que comprende el proyecto institucional es fundamental para la capacidad institucional que impacta en la sostenibilidad pues, un concepto es una especie de construcción heurística para generar comprensión. En una organización, comparte una jerga teórica o técnica, pero no necesariamente se parte de la misma comprensión teórica en los mismos significados. Por eso es importante que el equipo gerencial de una organización de desarrollo los conceptos más críticos asociados a su mandato institucional, los socialice y sensibilice al personal, para negociar los significados quedarán coherencia al pensamiento gerencial en la organización. (Mato et al., 2001: 67).

Para exponer la comprensión que las personas informantes tienen de salud y promoción de la salud, se elaboró la siguiente tabla:

Tabla 15. Comprensión sobre salud y promoción de la salud

Informante	Comprensión de Salud	Comprensión de Promoción de la Salud
------------	----------------------	--------------------------------------

RO-04	“Es lo positivo de la vida de la persona”.	“yo la entiendo como un estilo de vida, debe ser como un ingrediente que esté siempre presente en todo el quehacer de las personas, para que todo lo que hagan sea siempre desde un enfoque de mantener y mejorar la salud”.
RO-05	“Yo diría que la salud es todo un proceso integral de estar bien sentirse bien, como persona y con el entorno que nos rodea, no es solamente no estar enfermo, sino que es un proceso integral”.	“Recordando a Lidia Picado, es un proceso integral de la salud qué tiene un enfoque proactivo, innovador y positivo, es un enfoque que contribuye para mantener la salud”.
RO-06	“Es un estado de bienestar que conlleva a un equilibrio en todas las esferas del ser humano y su entorno”.	“Son todas las gestiones que se hagan para dotar a todos los actores de las herramientas necesarias para mejorar y mantener sus condiciones de salud”
RO-07	“Salud es una condición, no es algo estática ni acabado, sino que es dinámica y está relacionada con muchos otros factores, es una construcción individual, social, colectiva, donde tiene que ver varios factores, componentes, determinantes, que van a definir que se tenga o no esa salud”.	“La promoción de la salud es todo lo que haga el Estado para que a nivel de la sociedad se tenga actúe en beneficio de los factores protectores de salud. Hablo de Estado porque la mayoría de los actores sociales son parte del aparato estatal”.
RO-08	“Salud es el completo estado de bienestar, física mental económico. La salud es estar bien desde todo punto de vista”.	“Es vivir bien, hacer las cosas mientras se esté saludable. Son todas las oportunidades que pueden disfrutar las diferentes poblaciones para estar bien en los diferentes ámbitos.
RO-09	“No es algo lineal porque hablamos de personas. No se trata sólo de no estar enfermo. Tiene que ver con los recursos disponibles para mantener mi buena salud o mejorarla y cuando hablo de recursos hablo de todos los determinantes de la salud. Es un estado de bienestar tanto físico como mental, por lo que no es algo permanente en el individuo”.	“Con promoción de la salud estoy más enfocada con lo que doña lidia nos enseñó, qué tiene que ver con todo lo positivo con qué las personas tengamos acceso a factores protectores para mantener una buena salud”
RO-10	“Es un concepto que abarca el bienestar de la población de una manera integral, por eso tiene que haber un equilibrio entre la parte social, económica, política y espiritual, lo biológico, la salud mental. Se relaciona también con la equidad	“Es que la población tenga acceso a la salud Integral, proporcionándole a los actores sociales, las herramientas, para que lleven a cabo acciones necesarias para lograr un bienestar integral”.

	género, la participación social, la organización comunitaria	
RO-11	“Es un estado de bienestar integral”	“Es todo aquello que se realiza en el escenario protector”.
RO-12	“La salud viene siendo el equilibrio de todas las esferas del ser humano, es el bienestar en lo físico emocional y espiritual en lo económico”.	“es abarcar esas esferas del ser humano, desde lo que está bien, para fortalecerlo”.
RO-13	“Es esa línea ligada a una etapa de nuestra vida, donde gozamos de plenitud, salud mental, espacios articulados con otras personas. Es una construcción que se va introyectando en nuestras vidas, para llegar a esa plenitud. Es una construcción cotidiana en la que vamos involucrando elementos que tenemos a nuestro alcance, dependiendo de dónde se vive, cómo me relaciono.	“Un proceso integral en el que se relacionan varias dimensiones que se enfoca en factores protectores, para llegar al mejoramiento tanto individual como el colectivo de las personas. está enfocada a los determinantes y las condiciones de vida que inciden en las personas”

Fuente: Elaboración propia con aportes de informantes clave, 2021.

Según la tabla anterior, para las personas informantes, la salud se relaciona principalmente con los siguientes elementos:

Figura 19. Elementos que contempla la comprensión de salud



Fuente: Elaboración propia con aportes de informantes clave, 2021.

El análisis de la comprensión que existe respecto al concepto de salud refleja resultados satisfactorios, siendo que se está partiendo de que la salud primero, no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que tal como lo determinó Sigerist, contempla aspectos vinculados a una actitud positiva ante la vida y a la responsabilidad que cada persona tiene de mantenerse bien.

Segundo, las personas informantes perciben la salud como una condición dinámica, que se construye de manera individual y colectiva, a partir de las condiciones de vida y del contexto, coincidiendo estos criterios con los planteamientos de Breihl (2010), quien afirma que la salud es el resultado de un proceso complejo y dinámico que se produce en las relaciones sociales y los de Krieger, para quien las condiciones sociales influyen significativamente en las posibilidades de estar sana.

Esta comprensión de la salud que tienen las personas funcionarias son lo que el

Enfoque Estratégico de Gestión llama principios orientadores, “un principio orientador es una especie de “regla ética” para influenciar comportamiento y, por lo tanto, decisiones y acciones” (Mato et al., 2001: 65).

Lo que permite comprender que, pese a que desde el Nivel Central del Ministerio de Salud las prioridades institucionales se orientan a la atención de problemáticas en salud, orientando sus recursos a procesos vinculados con la vigilancia de la enfermedad y del cumplimiento de la normativa regulatoria, la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Occidente ha sido pionera en el trabajo orientado hacia la promoción de la salud y su personal mantiene esa comprensión del concepto de salud desde la integralidad, reconociendo la relevancia de los factores protectores y de la participación de los diferentes actores es esa construcción social.

Con relación a la promoción de la salud, antes conocer la comprensión que tienen las personas informantes de ese concepto, interesa considerar la formación que han tenido las y los informantes respecto al tema.

Al consultar sobre este aspecto algunas de las respuestas fueron:

“No recuerdo haber participado en un proceso de capacitación como tal, lo que recuerdo es cuando hace varios años en los consejos de gestión local nos comenzaron a hablar de promoción de la salud a inducirnos un poco en el tema. A pesar de los años, todavía me cuesta, por la formación que tengo, distinguir esa delgada línea entre promoción y prevención”. (Informante RO-05, comunicación personal, 2021)

“Participé principalmente en los cursos que Lidia Picado organizó. Recuerdo que uno de aprovechamiento, por varias horas, fue en conjunto con la Región Pacífico Central, esta fue la capacitación del modelo rectoría en promoción de la salud. Eso fue un logro, gracias a que en ese momento había una viceministra de promoción de la salud Trabajadora Social, por cierto. Me parece que en esos procesos algunas personas están muy motivadas con el tema, pero hay

otras que les daba igual que no les interesaba”. (Informante RO-09, comunicación personal, 2021)

“Sí, yo pienso que yo viví todo el nacer y morir del modelo de promoción de la salud. Yo no lo llamaría proceso de capacitación lo llamaría proceso de sensibilización, porque uno esperaría que una capacitación se ingrese sabiendo poco y salga saliendo mucho o por lo menos más, en términos de conocimiento. En lo que se ha vivido a nivel de la institución respecto a promoción de la salud lo que uno percibe es que se le han brindado información y se le ha permitido a tomar un criterio y una posición particular, pero no ha sido capacitación”. (Informante RO-04, comunicación personal, 2021)

“Hace varios años participé en un proceso de capacitación de varios días que fue sobre el modelo de rectoría en promoción de la salud”. (Informante RO-10, comunicación personal, 2021)

Como se aprecia, algunas personas hacen referencia específica al proceso de capacitación en el Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud, como experiencia de formación en el tema. De estos aportes se reconocen dos elementos relevantes para la profesión de Trabajo Social; uno es que el curso fue un logro enmarcado en una coyuntura política favorable, en la cual el puesto de viceministra de Salud estaba ocupado por la Dra. Virginia Murillo Murillo, Trabajadora Social, funcionaria de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente. El otro es que, es reconocido la labor de la Trabajadora Social Dra. Lidia Picado Herrera quien, como funcionaria de esa misma Dirección Regional, tuvo un papel importante de coordinación del proceso de capacitación en promoción de la Salud.

El nivel de importancia política que en ese momento tuvo el proceso de capacitación sobre el Modelo de Rectoría al que se hace referencia, se podría decir que se evidencia con el hecho de que ocupó una publicación en la página oficial del Ministerio de Salud, la cual cita:

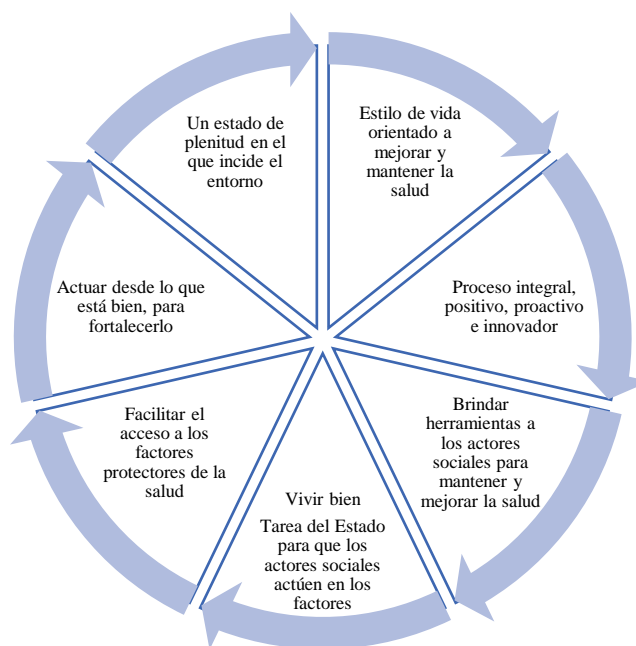
(...) lunes 3 de abril del 2017. Inició la Primera Fase del proceso de formación de personal de Ministerio de Salud con miras a instalar el nuevo Modelo de Reorganización y Fortalecimiento de la función rectora de Promoción de la Salud de este Ministerio, bajo el liderazgo de la viceministra, Dra. Virginia Murillo.

De esta manera, culminó un curso con el fin de dotar herramientas teóricas y metodológicas que permitan al personal de los tres niveles de gestión apropiarse del nuevo modelo y ponerlo en práctica en sus distintas áreas rectoras y direcciones regionales de todo el país. (Ministerio de Salud, 2017, párrafo 1)

Volviendo a elementos contenidos en las respuestas, no todas las personas consultadas han participado en procesos de formación o capacitación formal en promoción de la salud, sin embargo, uno de ellos hace mención que la experiencia institucional en el tema ha calado en su criterio y posición al respecto.

Este aporte resulta relevante cuando se analiza la comprensión que tienen las personas informantes respecto a la promoción de la salud, que, partiendo de lo expuesto en la tabla 15, esta comprensión se orienta los aspectos expuestos en la siguiente imagen:

Figura 20. Elementos que contempla la comprensión de promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia con aportes de informantes clave, 2021.

Estos elementos reflejan un posicionamiento adecuado por parte de los informantes con relación a lo que es la promoción de la salud y los factores asociados a ella. La potencialización de los factores protectores de la salud y el trabajo articulado con los diferentes actores sociales para mantener y mejorar la salud y una visión positiva de esta, son aspectos que sobresalen en las respuestas obtenidas y son precisamente los que contiene la definición de promoción de la salud que se estableció el Ministerio de Salud en el Modelo de Rectoría en promoción de la salud elaborado en el año 2017.

Queda en evidencia el valioso aporte que realizó la Dra. Picado, pionera y abanderada, de quien su nombre nuevamente destaca al hacer referencia a la comprensión de promoción de la salud, algunos la mencionan de manera explícita, mientras que otros mientras que otros dan respuestas están basadas en las construcciones teóricas que ella ha realizado en el tema. Esto lleva a afirmar que la vivencia que ha tenido la Región de Occidente en Promoción de la Salud ha incidido fuertemente en la comprensión que las personas funcionarias tienen respecto a salud y promoción de la salud, superando incluso el impacto de los procesos de capacitación.

Para comprender el impacto que ha tenido el trabajo histórico en promoción de la

salud en esta Región, resulta útil considerar los aportes del Enfoque Estratégico de Gestión al señalar que no es suficiente crear un marco para pensar, sino que se trata de generar una comprensión que guíe el marco de actuación, de manera coherente, congruente y consistente. (Mato et al., 2001: 63).

Además, los resultados se vinculan a una de las premisas esenciales que el modelo contexto-céntrico llama *El contexto influencia la interpretación*, que menciona: “Los elementos de referencia que moldean nuestros modelos mentales e influyen en nuestros métodos de observación son elementos asociados al tiempo histórico y a los contexto social y material en los cuales fuimos socializados y/o actuamos” (Mato et al., 2001: 32).

Al hacer referencia a salud y promoción de la salud, resulta necesario establecer *¿cómo se está comprendiendo a un actor social?* Las personas informantes coinciden en algunos aspectos generales que caracterizan a los actores sociales. Predomina el criterio de que un actor social es toda persona individual o grupo que forma parte de la sociedad, al respecto señalan:

“(…) son la colectividad y las personas individuales, son las instituciones, las empresas los que trabajan a nivel de comunidad y que aportan también desde sus intereses y convicciones para que su comunidad esté bien”. (Informante RO-08, comunicación personal, 2021)

“Actores sociales somos todos los que conformamos la sociedad, las competencias hacen la diferencia respecto a los ámbitos en que tienen incidencia”. (RO-04, comunicación personal, 2021)

“Son las personas, las organizaciones, las instituciones, que de una u otra manera están involucrados en la producción social de la salud”. (Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

“(…) para mí todas las personas son actores sociales porque el actor social genera una dinámica en la sociedad que va a influir de alguna

forma en la salud tanto individual como colectiva”. (RO-09 comunicación personal, 2021)

En estas respuestas además se destaca que hay coincidencia respecto a que, cada actor social va a incidir de manera positiva o negativa en la producción social de la salud, en alguno o varios de los determinantes de la salud, esto de acuerdo con sus competencias y ámbito de acción.

En otras respuestas destaca que los actores sociales aportan al Ministerio de Salud en conocimiento de la realidad nacional y en orientación para las líneas de acción institucional, a manera de ejemplo las siguientes citas:

“Los actores sociales son aliados estratégicos para el cumplimiento de las funciones del Ministerio de Salud”. (Informante RO-08, comunicación personal, 2021)

“Los actores sociales son los que aportan desde sus conocimientos y vivencias para direccionar las acciones del Ministerio de Salud”. Informante RO-13, comunicación personal, 2021)

“(…) es importante identificar es cuanto están involucrados o donde están involucrados de acuerdo el tema que aborda”. Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

Una de las personas informantes hace referencia a la estrategia que el Ministerio de Salud debería utilizar para el abordaje de la promoción de la salud mediante un trabajo conjunto con los actores sociales, manifiesta:

“(…) yo pienso que el Ministerio de Salud de acuerdo con el determinante sobre el cual quiere trabajar, debe identificar cuáles son los actores sociales que están relacionados con ese determinante. Pero no sólo identificar los sino caracterizarlos y una vez que se tenga esos elementos, acercarse a los actores sociales para decirle: usted está haciendo promoción de la salud, porque quizá

el actor social ni siquiera se da cuenta que lo está haciendo. Además, es función del Ministerio orientarlo a explotar con un enfoque de promoción esas características positivas que tienen. De esta manera no sería el Ministerio de Salud el que tenga que hacer la promoción de la salud, sino que los acompañaría para que ellos hagan promoción de la salud”. Informante RO-05, comunicación personal, 2021)

La propuesta tiene un sentido lógico y estratégico desde el rol rector de la institución, sin embargo, según esta apreciación, no parece ser la forma en que el Ministerio de Salud ha venido trabajando con los actores sociales el tema de promoción de la salud.

Resulta valioso hacer referencia al criterio que tiene RO-13, quien menciona:

“(…) lamentablemente los actores sociales están acostumbrados a actuar en el escenario de riesgo y es que así se les ha acostumbrado, porque es el área de acción que se les asigna en la mayoría de los planes y programas nacionales, el accionar de la mayoría no visualiza su rol en promoción de la salud”. (Comunicación personal, 2021)

Considerando la sugerencia de RO-05, este aporte resulta necesario de tomar en cuenta, ya que el Ministerio de Salud requiere hacer ese análisis de los actores sociales para motivar el trabajo desde el escenario protector de acuerdo con los determinantes con los que se relaciona cada uno. Debe superar el enfoque de riesgo desde el que históricamente se ha abordado el proceso de salud-enfermedad.

Este acercamiento que se ha realizado permite reconocer como una fortaleza para la sostenibilidad institucional de promoción de la salud, las comprensiones conceptuales que tienen las personas funcionarias respecto a los elementos relacionados a ésta. Más allá de procesos de capacitación que se han realizado, la información recopilada refleja un aprendizaje desde la experiencia Regional, así como resultado de los esfuerzos realizados por la Trabajadora Social Lidia Picado, quien como funcionaria a cargo del proceso de promoción de la salud lideró varias experiencias a nivel regional y aportó teórica y metodológicamente en la construcción del Modelo de Rectoría en el tema.

Estas afirmaciones se respaldan aún más al indagar sobre el conocimiento que tienen las personas informantes respecto a los antecedentes de la Dirección Regional de Occidente, en el tema de promoción de la salud, tema que se desarrolla en el siguiente apartado.

Conocimientos sobre los antecedentes de dirección Regional en Promoción de la Salud.

La percepción e institucionalización de conceptos básicos en el quehacer de la organización no se construyen únicamente a partir de los documentos teóricos, sino también de las experiencias en la práctica organizacional. Un ejemplo de ello es lo que sucede en la Región Central Occidente respecto a promoción de la salud, donde pese a la existencia de documentos como el Modelo de Rectoría y el Modelo conceptual y estratégico, así como la ejecución de procesos de capacitación, estos no parecen haber calado tanto en las personas funcionarias, como sí lo ha hecho la experiencia práctica que ha tenido en el tema.

Al consultar sobre el conocimiento que tienen las personas informantes esos antecedentes, las expresiones fueron:

“Lo que se ha logrado en materia de promoción de la salud en esta Región, nunca he tenido un impulso desde el Nivel Central, eso nació creció y se desarrolló en Occidente, sin contar con el aval o el respaldo del Nivel Central. Siempre ha sido que desde la Región se trae a los ministros de turno, para que vean lo que aquí se está construyendo lo que aquí se hace. Por eso yo no veo que alguien nos impida que nosotros hagamos promoción de la salud como la hacíamos anteriormente”. (Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

“Uno de los mayores logros de esta Región ha sido la conformación de la Comisión Regional Interinstitucional de Promoción de la Salud. No es fácil conformar un grupo regional, menos con el compromiso que se conoce que aquí han adquirido”. (Informante RO-13, comunicación personal, 2021)

“Aquí ha habido un proceso de muchos años. Incluso en esta Región se ha logrado que en los procesos de análisis de situación de salud y la elaboración de planes estratégicos regionales y locales, se separe los dos escenarios, el riesgo y el protector, cosa que en las otras Regiones del Ministerio no sucede y menos en el nivel central”. (Informante RO-06, comunicación personal, 2021)

Además de hacer referencia a los logros que han formado parte de la construcción histórica de la Dirección Regional en Promoción de la salud, la mayoría de las personas informantes destacan el trabajo realizado por la M.Sc. Lidia Picado, así se evidencia en las siguientes citas.

“Sé que en la Región todo empezó con la experiencia del Hospital sin paredes, donde se trabajaba mucho desde la promoción de la salud, con una participación activa de las comunidades. Además, se sabe que la influencia de doña Lidia Picado ha sido muy importante y que es reconocida hasta en otras Regiones del Ministerio de Salud, incluso a nivel internacional. Siento que en la institución se habla de promoción de la salud y de inmediato lo relacionan con occidente”. (Informante RO-09, comunicación personal, 2021)

“Recuerdo que antes se realizaban anualmente encuentros regionales de promoción de la salud, en los que se involucraban los actores sociales que tenían proyectos en promoción, eran actividades muy bonitas y motivadoras. Los coordinaba el enlace regional que era Lidia Picado, con el apoyo y arduo trabajo también de los enlaces locales”. (Informante RO-05, comunicación personal, 2021)

“Una persona que ya no están trabajando en la Región, porque se acogió a su merecida jubilación la Dra. Lidia Picado, estuvo directamente relacionada con promoción de la salud durante mucho tiempo y tuvo una gran participación en la construcción de ese marco filosófico y el marco

operativo para pasar lo filosófico a la realidad”. (Informante RO-03 comunicación personal, 2021)

“La región se ha portado mucho en el tema, por ejemplo, el documento que había hecho Lidia, del Modelo de Rectoría. Además, en algún momento estuvieron haciendo algunos encuentros de municipalidades, donde se exponían experiencias en promoción de la salud que tenían los diferentes cantones”. (Informante RO-12, comunicación personal, 2021)

“Nosotros tuvimos una persona muy comprometida con el concepto de promoción que luchó mucho luchó arduamente por posicionar la promoción de la salud en la región y a nivel nacional dentro de la institución. Esa compañera se llama Lidia Picado, ella luchó porque los compañeros y los funcionarios públicos entendieran ese concepto y fue difícil, pero ella con su empeño y credibilidad en el tema, logró mucho en esta Región y no sólo aquí, a nivel país y hasta fuera de Costa Rica. Esos esfuerzos de esa Trabajadora Social fueron más grandes en los últimos 5 años, pero a pesar de todo su trabajo no logró posicionar la promoción de la salud como ella esperaba, porque con su retiro, las cosas se paralizaron aquí”. (Informante RO-07, comunicación personal, 2021)

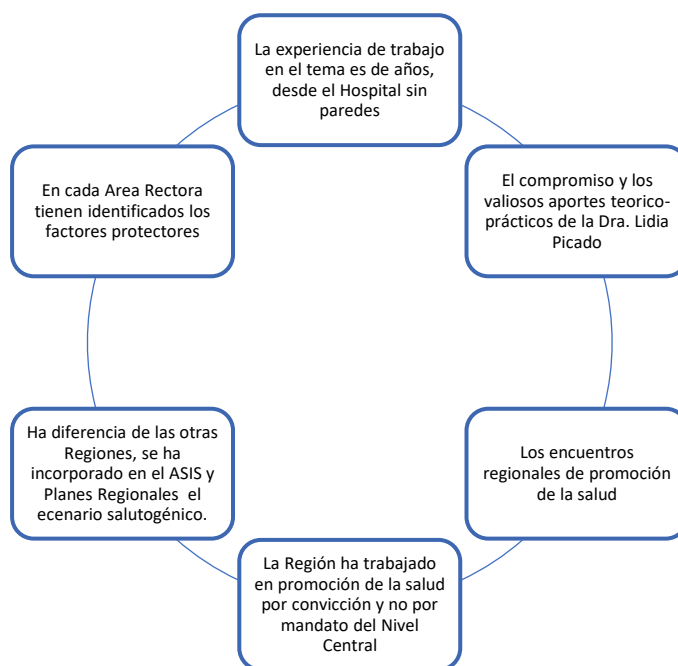
“La jubilación de doña Lidia, que ha sido la persona que más creía en la promoción de la salud y qué más la impulsaba, fue algo que vino a afectar el trabajo promoción de la salud a nivel de la Región”. (Informante RO-10, comunicación personal, 2021)

“La región de Occidente siempre fue pionera con el tema de promoción de la salud, desde el hospital sin paredes y se fortaleció hace algunos años con el modelo de rectoría en promoción de la salud y el decreto de conformación de las comisiones. Además, desde hace años se ha venido trabajando en la identificación de los factores protectores en cada una de las Áreas Rectoras. En esta Región se ha manejado siempre un concepto integrador e integral acerca de promoción de la salud. Todo esto gracias principalmente a Lidia

Picado, que era la persona que estaba antes a cargo de este tema en el nivel regional y se comprometió con él. No solamente a nivel de la región y nivel nacional, sino incluso a nivel internacional”. (Informante RO-10, comunicación personal, 2021)

Cada una de las citas contiene información que es relevante respecto a la historia regional, que merecen ser destacados, manera de resumen, en la siguiente imagen se exponen los elementos contenidos en estos aportes:

Figura 21. Elementos que destacan en los antecedentes de la DRRSCO con relación a promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia con aportes de los informantes clave, 2021.

La práctica histórica de la Región de Occidente en el tema de promoción de la salud inicia con la estrategia del Hospital sin paredes (1955-1985), experiencia de atención primaria en salud basada en el abordaje de los determinantes sociales, con enfoque de promoción y con base la participación comunitaria.

Esta trayectoria condujo a que esta Región sea proactiva, lea el contexto y dé respuestas creativas e incluso anticipadas a los lineamientos internacionales y nacionales del nivel superior para trabajar en el tema, sino que, al contrario, según las personas informantes, se ha destaca de entre las otras Regiones del Ministerio de Salud, por tener iniciativas en el tema, sin necesariamente responder a indicaciones superiores.

De esta manera ha alcanzado logros relevantes como incluir en su Análisis de Situación en Salud el escenario salutogénico, con el fin de mantener los determinantes y condicionantes que inciden positivamente en la salud y que son una fortaleza en los cantones de Occidente; así como la realización de los encuentros regionales de promoción de la salud que, evidentemente han marcado la memoria de las personas funcionarias.

Por otra parte, al indagar sobre el conocimiento hay respecto a los antecedentes de la Región de Occidente en promoción de la salud, sobresale el reconocimiento del trabajo realizado por la Dra. Lidia Picado Herrera, Trabajadora Social que durante años ocupó el cargo de Enlace Regional de Promoción de la Salud, quien se acogió a su jubilación en diciembre 2018. Destacando entre sus aportes la participación y en muchos casos liderando, en elaboraciones teóricas y metodológicas en el tema, entre los que se puede mencionar:

- El Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud.
- El Plan de Acción de la Comisión Regional Interinstitucional de Promoción de la Salud (CRIPS).
- Plan estratégico de promoción de la salud para Centroamérica y República Dominicana 2014-2018.

Además de artículos publicados en revistas, destacando los siguientes:

- Aclarando las posiciones teóricas sobre el enfoque en promoción de la salud: en busca de su efectiva implementación en el contexto actual.

- Procesos de legitimación del enfoque de Promoción de la Salud en la Región Central Occidente de Costa Rica, 1992- 2011: Acciones y desafíos.
- Gerencia social en el marco del desarrollo humano: dos referentes para la implementación del Modelo de reorganización y fortalecimiento de la función rectora de promoción de la salud.

Así como investigaciones, algunas de ellas:

- Estudio de percepciones de actores sociales sobre salud, promoción de la salud y participación social, y de planes municipales región central de occidente.
- Educación Continua en promoción de la salud, desde una acción interinstitucional. Ésta realizada en conjunto con la también Trabajadora Social Dra. Ana Cristina Quesada Monge.
- Cabe señalar que, no todos esos documentos fueron citados por las personas informantes, pero se complementan con la revisión documental, el estado del arte y el marco teórico de la presente investigación.

Ahora bien, resulta pertinente, de estos documentos, analizar específicamente el Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud, ya que evidentemente, para la Región, significa un referente importante en el tema.

Debilidades y fortalezas que se han presentado en el abordaje de promoción de la salud en la DRRSCO

Para conocer las posibilidades para la sostenibilidad institucional de la promoción de la salud, resulta necesario hacer una valoración de ¿cuáles han sido las fortalezas y las debilidades que en la DRRSCO se han presentado respecto al trabajo en este tema?, ya que son insumos valiosos para el planteamiento de estrategias orientadas a la sostenibilidad.

Las respuestas de las personas informantes sobre las debilidades que identifican en el trabajo sobre y desde promoción de la salud, se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 16. Debilidades en el trabajo en promoción de la salud

Informante	Debilidades del MRPS
RO-07	<p>“Lamentablemente algo que resultó ser una debilidad, especialmente para el modelo de rectoría, fue haber sido propuesto y trabajado por trabajadoras sociales, no por el gremio de los médicos”.</p> <p>“La lucha por posicionar el Modelo de Rectoría fue casi de una sola persona, que, además, tenía que luchar en una institución gobernada por personas con formación bióloga”.</p> <p>“Es muy difícil convertir un discurso tan abstracto como la promoción de la salud, en algo concreto. Ha hecho falta profundizar en cómo trabajar con actores sociales que ya tenían competencias y tareas específicas”.</p> <p>“La institución dejó a Lidia sola, como si el modelo de promoción de la salud fuera sólo de ella, entonces se personalizó y se fue ella y se fue el modelo”.</p> <p>“Una debilidad ha sido que se ha intentado proyectar hacia fuera la promoción de la salud sin haber a lo interno del de la institución un compromiso y una credibilidad en ella”.</p>
RO-12	<p>“Una debilidad es que el tema ha sido como de personas y no de equipos de trabajo y eso no pasa solo en promoción de la salud, sino que pasa en todos los procesos del Ministerio de Salud. Se trabaja muy a nivel individual y no con objetivos de equipo, entonces cada tema tiene una persona que lo trabaja y no, son temas que se deberían trabajar como de interés institucional y eso ha sido un gran fallo en la región de Occidente y a nivel país, pero principalmente aquí en la Región de Occidente.”</p> <p>“La principal debilidad que yo le veo al Modelo es que, es muy fantasioso por decirlo de alguna forma, estaba como imposible de aplicarlo a la realidad”.</p> <p>“Otra debilidad es que, por decirlo de alguna manera, satanizaba la enfermedad y el riesgo, que son temas en los cuales también, se quiera o no, hay que trabajar”.</p>
RO-11	<p>“El problema, que no es una debilidad propiamente del Modelo, es que se vino un cambio de gobierno, donde el ministro que llega no cree en la promoción de la salud”.</p>

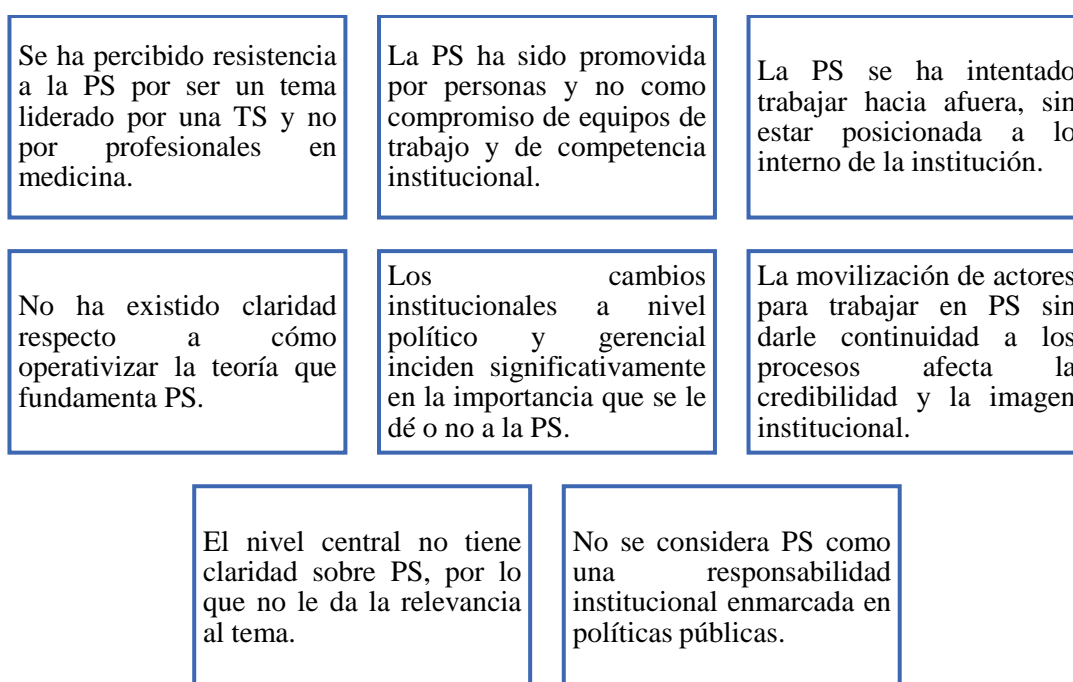
RO-05	“Lo que hizo que no fuera sostenible fueron los intereses políticos, si no hay interés político no hay viabilidad, no sirve de nada entonces yo siento que eso decayó porque el compromiso político con el tema se acabó con el cambio de gobierno”.
RO-06	“Los procesos de capacitación se dieron ya hace algún tiempo entonces parte de los funcionarios han olvidado los conocimientos adquiridos y algunos funcionarios de nuevo ingreso no han tenido ningún contacto con procesos de capacitación en materia de promoción de la salud y eso es una debilidad”.
	“El direccionamiento de niveles superiores ha generado a nivel de las gerencias regionales y le den énfasis principalmente al escenario de riesgo, priorizando es éste la inversión de la mayor parte de los recursos institucionales”.
RO-04	“Se ha dado y se volvió y se podría volver a caer en eso, es el pretender ver promoción de la salud cómo un asunto aparte, se debe trabajar en una forma integral que no sea que alguien tenga que estar desde afuera haciendo el trabajo, sino que sea una forma de hacer el trabajo en todos los procesos. Siento que al crear una dependencia más hay detractores y hay personas a favor y entonces ya se empieza a generar un ruido innecesario”.
RO-08	“La principal debilidad se da a nivel institucional y es que quitaran la dirección de promoción de la salud”.
	“Hay gente que como que no le gusta que el Ministerio de Salud trabaje en promoción de la salud, pero les guste o no el Ministerio debe trabajar en eso porque es su estrategia maestra”.
RO-09	<p>“Una de las debilidades es que a veces se hace toda una movilización del recurso humano de diferentes instituciones y del Ministerio de Salud que se capacita que se motiva y después por los mismos cambios del Ministerio de salud no sería seguimiento entonces eso influye negativamente en la credibilidad y la imagen que tengan los actores sociales hacia la institución”</p> <p>“Hay un desconocimiento por parte, tanto de funcionarios del Ministerio de Salud, como de diferentes actores sociales principalmente institucionales de qué lo que se programa hacer en materia de promoción de la salud está respondiendo a las políticas, se ha perdido la esencia de trabajar por la salud como responsabilidad de las políticas públicas.</p> <p>“El nivel central no tiene claridad y el conocimiento sobre promoción de la salud para transmitirlo a los diferentes niveles y diferentes instituciones si no</p>

	se logra eso va a costar trabajar promoción de la salud con la importancia o relevancia que debería dársele”.
--	---

Fuente: Elaboración propia, con insumos de informantes clave, 2021.

Siendo diversos los elementos señalados por las personas informantes, relacionados con debilidades para el trabajo en PS en Occidente, a manera de resumen de las ideas que destacan en las repuestas, se muestra la siguiente imagen.

Figura 22. Debilidades en el trabajo en Promoción de la Salud en la DRRSCO



Fuente: Elaboración propia, con insumos de informantes clave, 2021.

Algunas de las debilidades que se identifican en el trabajo en promoción de la salud en la Región Central Occidente han tenido su origen en el nivel central del Ministerio de Salud, se puede indicar que ese nivel tiene un posicionamiento teórico y un compromiso en el tema, que no ha sido suficiente. Aspecto que podría estar relacionado con que el abordaje del tema depende de subjetividades de quienes estén en determinado momento en los puestos políticos y espacios de toma de decisiones, sin mantenerse a nivel institucional un compromiso permanente de trabajo en Promoción de la salud.

Esto posiblemente incide en otra de las debilidades que señalan las personas informantes, como el escaso apoyo político para trabajar en promoción de la salud, sucede que se dan procesos de motivación y movilización de actores sociales, pero al debilitarse ese apoyo político, se interrumpe el trabajo iniciado. Esto ha llevado tanto a la afectación de los procesos en promoción de la salud, así como al debilitamiento de la credibilidad institucional ante esos actores.

Otro elemento que suma a las debilidades es que, ni el nivel central ni el nivel regional ha logrado pasar de la teoría a la práctica en el tema de PS. Esto pese a que han desarrollado procesos de capacitación, estos se han caracterizado por ser con un enfoque teórico, dejando vacíos respecto a cómo operativizarla en la práctica diaria de la institución. Esto se relaciona con la apreciación de los actores, respecto al débil posicionamiento del tema a lo interno del Ministerio de Salud, dificultando esto la proyección a lo externo.

Por otra parte, se ha dado la situación de que la Promoción de la Salud ha sido un asunto de personas y no un compromiso de toda la institución, refuerza la apreciación de las personas informantes respecto a que, en alguna medida se ha dado una resistencia a trabajar en el tema, porque no es asumido como competencia institucional en la que todos y todas tienen o deberían de tener participación.

En conclusión, las debilidades que se han presentado en el trabajo en promoción de la salud en la DRRSCO no son propias de la Región. En ese nivel afectan las consecuencias, pero las causas son deficiencias institucionales, principalmente en el nivel político y estratégico, ya que no se ha asumido como un compromiso institucional en cumplimiento de las responsabilidades que tiene el Ministerio de Salud en el tema, sino como un tema que le interesa sólo a algunas personas, quienes se comprometen con él y realizan esfuerzos para posicionarlo tanto a lo interno como a lo externo. Pero estos esfuerzos no han tenido los resultados esperados porque se requiere del compromiso político e institucional.

Respecto a las ventajas o fortalezas que se han tenido en el trabajo en PS, destacan las que se indican en la tabla siguiente:

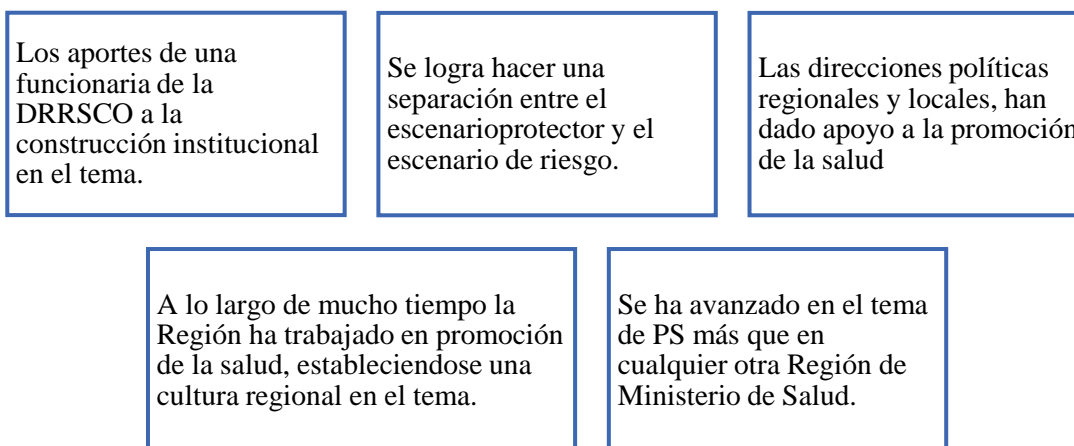
Tabla 17. Ventajas o fortalezas para el trabajo en promoción de la salud

Informante	Fortalezas
RO-10	“Con la importante participación de Lidia Picado, funcionaria de esta Región, se logró que gran parte del personal de la institución se capacitara en el tema. Además, se logró el decreto de conformación de las comisiones de promoción de la salud, factores que significan una fortaleza para el trabajo en el tema”.
RO-06	<p>“Una fortaleza es que a nivel de esta región es que las áreas rectoras se ha hecho un gran esfuerzo por separar en escenario protector del escenario de riesgo, pienso que la principal fortaleza ha sido eso”.</p> <p>“También el apoyo a nivel gerencial de la dirección regional y los directores del nivel local que han tenido el posicionamiento donde dan importancia a la promoción de la salud”.</p> <p>“Es una fortaleza el trabajo que por muchos años se ha realizado desde las compañeras enlaces de promoción de la salud una labor muy ejemplar y fuerte y muy característica, entonces esa es también una de las fortalezas esa cultura institucional en Occidente relacionada con el tema de salud propiamente”.</p>
RO-08	“La fortaleza tenemos en el nivel regional y es que se ha trabajado mucho en promoción de la salud y hemos tenido mucho desarrollo de estrategias en promoción de la salud. Hemos logrado avanzar más que ninguna otra región. No se puede comparar el conocimiento que tienen los funcionarios de la región de Occidente con el conocimiento que tienen las personas que trabajan en otras regiones, bueno y eso se debe a que nosotros teníamos una pionera que fue Lidia Picado, y a eso se le suma la experiencia del hospital sin paredes”.

Fuente: Elaboración propia, con insumos de informantes clave, 2021.

De las expresiones de las personas informantes respecto a las fortalezas se destacan las siguientes:

Figura 20. Principales fortalezas en el trabajo en promoción de la salud en la DRRSCO, según las personas informantes



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Se reitera, la Región de Occidente tiene amplia historia en el trabajo en promoción de la salud, desde la experiencia del hospital sin paredes hasta, más recientemente, el liderazgo regional en la construcción del Modelo de rectoría en promoción de la salud. Ese largo trayecto histórico ha repercutido en la construcción de una cultura institucional a nivel regional, otorgando ventaja ante otras regiones del país, entre las que destaca la separación entre el escenario protector y el escenario de riesgo en los procesos de planificación regionales y locales, así como el apoyo gerencial en ambos niveles, al trabajo en promoción de la salud.

Condiciones institucionales actuales en torno a promoción de la salud

Además de identificar las fortalezas y debilidades, resultó también importante conocer la interpretación de las personas informantes respecto a las condiciones institucionales actuales en torno a promoción de la salud, aspectos que aportan al análisis de las condiciones contextuales para su sostenibilidad institucional.

Respecto a este aspecto, las respuestas señalan:

“Actualmente la situación está complicada, con la jubilación de Lidia, los recortes presupuestarios para sustitución de plazas y las múltiples demandas del nivel central, hacen que quede poco tiempo para trabajar en promoción de

la salud, porque hay que darle prioridad a lo urgente”. (Informante RO-04, comunicación personal, 2021)

“Actualmente se carece de información sobre qué va a pasar con promoción de la salud, hace tiempos que desde el Nivel Central no tocan el tema”. (Informante RO-05, comunicación personal, 2021)

“Hay procesos que siguen trabajando en promoción de la salud, aún sin una indicción específica desde una dirección de promoción de la salud. Se trabaja en promoción de la salud desde la RECAFIS, desde la Comisión de Salud Mental, es decir, se sigue trabajando, pero porque ciertos temas y competencias se abordan desde ese enfoque, no porque hay lineamientos específicos”. (Informante RO-09, comunicación personal, 2021).

“Actualmente hay un vacío de información, después de lograr mucho con doña Lidia, se vino una pausa y los procesos están paralizados, pero siento que los actores sociales siguen esperando que continuemos trabajando en el tema”. (Informante RO-10, comunicación personal, 2021)

“En la actual administración el señor ministro fue enfático y dijo casi esas palabras eso de la promoción de la salud se terminó, en su discurso casi se dirigió específicamente en la región de Occidente diciendo que la promoción de la salud se iba a dejar de trabajar a cómo se venía trabajando y claro está que se venía trabajando desde la propuesta que se generó desde Occidente”. (Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

“A nivel institucional lo que se ha solicitado es que cada uno de los procesos incluyan promoción de la salud estamos como en ese momento de adaptación en la región de Occidente específicamente”. (Informante RO-12, comunicación personal, 2021)

Las respuestas reflejan que en los últimos tres años el trabajo en promoción de la salud ha estado prácticamente paralizado, no sólo en la Dirección Regional de Occidente,

sino que a nivel institucional. Al igual que se identificó al hacer referencia a las fortalezas y debilidades, aquí también destacan los aspectos del Nivel Central que inciden en que se presenten esas condiciones.

La falta de apoyo político en el periodo en el que el doctor Daniel Salas ha ocupado el puesto de ministro de Salud ha llevado a medidas como la eliminación de la Dirección de Promoción de la Salud, como parte de los procesos de reestructuración institucional. Estableciéndose ésta como un eje transversal que se debe trabajar desde todos los procesos, pero sin una dirección desde el nivel central que establezca y oriente las acciones en el tema.

A nivel de la Dirección Regional de Occidente, hay un acontecimiento que ha marcado un cambio en el trabajo que se venía realizando en promoción de la salud. En diciembre del año 2018, se dio la jubilación de la Trabajadora Social que coordinaba proceso a nivel regional, pero la contratación de una persona en ese puesto se dio hasta abril 2020, sin que se asignaran las responsabilidades del proceso a otra persona. Según la persona informante RO-03 que brinda la información al respecto, la contratación no fue posible gestionarla antes porque había en ese momento restricciones para hacer contrataciones en puestos vacantes.

Aquí se evidencia la afectación directa que han tenido las políticas de recortes presupuestarios en la institucionalidad pública, en este caso específico en la continuidad de proyectos en promoción.

Entre los aspectos que las personas informantes señalan Una situación que llama la atención es que, una vez se dio la posibilidad de hacer nuevas contrataciones, la Dirección Regional realizó las gestiones para modificar la clase de puesto, pasándola de Profesional de Servicio Civil 3, a Profesional de Servicio Civil 1B y modificar la Especialidad del puesto, de Trabajo Social a profesional en Promoción de la Salud.

Según la información que proporciona RO-03, en la justificación que presentó el nivel regional para este cambio, señalaba aspectos relacionados con que la Unidad de Planificación requería un perfil profesional preparado para el seguimiento, evaluación y

ejecución de los planes programas y proyectos institucionales, con capacidad para la planificación sectorial e intersectorial, garantizando en su actuar la aplicación del eje transversal de promoción de la salud. Señalando que el perfil de Trabajo Social no coincide con lo que se requería porque, a criterio de las personas que elaboraron la solicitud, esta profesión es aplicable se direcciona hacia la atención de necesidades sociales, por lo que su espacio de actuación debía ser la atención clínica de casos.

Esta situación lleva a analizar dos elementos principales; por un lado, al conocer las opiniones de las personas informantes y al realizar revisión documental, quedan en evidencia el reconocimiento de los aportes que la Trabajadora Social Lidia Picado en el tema de promoción de la salud, los cuales han tenido impacto tanto a nivel regional, como nacional e incluso internacional. Situación ante la cual resulta incomprensible la justificación que presentan para el cambio de especialidad, de Trabajo Social a Promoción de la Salud.

Por otro lado, la justificación de cambio de especialidad es realizada con desconocimiento del perfil profesional de Trabajo Social, reduciéndolo a la intervención de las necesidades mediante la atención directa a pacientes.

Situaciones como esta afectan la participación de Trabajo Social en funciones relacionadas con la rectoría en salud, lo que está llevando poco a poco al cierre de este espacio como ámbito de acción de la profesión. Evidencia de ellos es que, según datos proporcionados por RO-03, en los últimos cuatro años, sólo en la Dirección Regional de Occidente del Ministerio de Salud, cinco plazas que eran ocupadas por Trabajadoras sociales, que dejaron de trabajar para la institución, fueron transformadas para la contratación de otra especialidad.

Continuando con las condiciones actuales en materia de promoción de la salud, con la jubilación de la persona que tenía a cargo el proceso y la no contratación inmediata de alguien para ocupar el cargo, no fue posible darle seguimiento a los proyectos que se venían trabajando con algunos actores sociales, principalmente desde la Comisión Regional de Promoción de la Salud (CRIPS). Situación que repercute en uno de los elementos del triángulo de la sostenibilidad, el de la credibilidad institucional, que se

relaciona con el reconocimiento y apoyo (social, político, institucional y financiero) que se logra mediante la negociación con los diferentes actores vinculados al logro de los objetivos propuesto para llegar a determinada meta. (Mato et al., 2001: 40).

En otros aspectos, se identifica que hay conocimiento sobre la propuesta institucional de abordaje de la promoción de la salud como un eje transversal, sin embargo, a nivel regional parece no tener claridad sobre cómo se va a operativizar esa propuesta. La puesta en práctica de esa transversalidad implica un cambio significativo a nivel de cultura institucional, ya que como se ha expuesto en el desarrollo de este capítulo.

Esta propuesta de abordaje de la PS como un eje transversal, está ya contemplada en el último Manual de organización y funciones del Ministerio de Salud, resultando necesario hacer referencia al conocimiento y la opinión que tienen las personas informantes sobre el mismo. Por lo que en el siguiente apartado se hace referencia al tema.

Conocimiento y opiniones sobre el Manual de Organización

Parte de la carta de navegación que guía a una institución es su manual de organización y funciones, “Es necesario, por tanto, establecer claramente las funciones y responsabilidades de los diferentes niveles gerenciales en cada uno de los procesos definidos como relevantes” (Mato et al., 2001: 68).

Cada persona funcionaria debería conocer cuáles son sus funciones de acuerdo con el manual y el equipo de trabajo en su conjunto debería analizarlo para que cada integrante tenga claridad sobre lo que aporta cada uno y cada una para llegar a los objetivos y metas que se busca alcanzar.

En la Región Central Occidente el conocimiento y las opiniones respecto al manual de organización y funciones se describen con las siguientes citas:

“Desde mi perspectiva esos documentos significan un formalismo, porque en los procesos de construcción, cuando se participa y se hacen aportes, en la mayoría de los casos son ignorados y los documentos terminan siendo lo que

el nivel central quiere que sea. Esos manuales no están trascendiendo, al punto de que lo que está ahí no es realmente lo que el Ministerio de Salud hace”. (Informante RO-11, comunicación personal, 2021)

“No he tenido la posibilidad de leerlo, ni de analizarlo con el equipo de trabajo, porque desde los niveles superiores no dan tiempo para eso, las prioridades son otras. Pero sí considero importante que cada funcionario conozca las funciones que tienen de acuerdo con el Manual” (Informante RO-05, comunicación personal, 2021)

“Sí lo he visto lo he leído, pero no se han dado espacios como tales para analizar ese manual”. (Informante RO-12, comunicación personal, 2021)

“Conozco el Manual y lo hemos analizado en el equipo de trabajo, pero ahí dice qué se debe hacer, pero no cómo se debe hacer”. (Informante RO-08, comunicación personal, 2021)

“La verdad no recuerdo si me llegó directo del nivel central oh sí me llegó a través de mí Jefatura. Yo si sacó tiempo para ver ese tipo de cosas yo lo leí e incluso hice un resumen de lo mío debo aceptar el tiempo que saque para revisarlo fue para conocer mis funciones, como equipo no lo hemos revisado”. (Informante RO-09, comunicación personal, 2021)

“Decir que lo que lo conozco es un poco ostentoso, pero sí sé que está sé que existe y sé más o menos lo que dice, pero con frecuencia están haciendo modificaciones y yo creo que eso afecta muchísimo que las cosas no tengan una continuidad”. (Informante RO-04, comunicación personal, 2021)

“Sí conozco el anterior y la actual no he tenido tiempo de revisarlo. Últimamente en la unidad organizativa no se ha tenido tiempo para revisar esos documentos, hay mucho que hacer, a las personas de reciente ingreso sí se les comparte para que lo revisen”. (Informante RO-10, comunicación personal, 2021)

“Sí tengo conocimiento y eso por iniciativa propia, lamentablemente en la institución no tiene la cultura de divulgar socializar los cambios que se implementan en la normativa interna sólo los comparten por correo, pero no hay espacios de análisis obligatorios digámoslo, así para que el personal conozca esa normativa”. (Informante RO-06, comunicación personal, 2021)

De los aportes de las personas informantes, se concluye que:

El Manual de organización y funciones del Ministerio de Salud

- No es un documento que orienta el quehacer de las personas funcionarias del Ministerio de Salud.
- No es de conocimiento generalizado por parte de las personas funcionarias.
- Es percibido como un documento elaborado por el nivel central, sin contar con participación real de los niveles locales y regionales.
- La institución no promueve procesos de socialización e interiorización del manual, queda a criterio de los gerentes de los equipos de trabajo la definición de espacios para ese fin.
- Los y las gerentes no priorizan abrir espacios para el análisis del modelo, ni promueven que las funciones de sus equipos de trabajo se ajusten a éste.

Estos aportes evidencian la existencia de una debilidad en el “marco para decidir”. Partiendo de los planeamientos de Mato et al. (2001), si los gerentes y el personal en general, de los diferentes niveles de gestión, no son partícipes en la construcción de los marcos de referencia y sumado a ello, tampoco se dan espacios en la organización para su análisis, el resultado será la ausencia de coherencia y consistencia, entre lo que establece el marco para pensar y la realidad respecto al su puesta en práctica.

Esta situación lleva a las interpretaciones subjetivas sobre qué hacer y cómo debe hacerse, generándose confusión en los procesos de toma de decisiones, en la gestión de recursos y una desvinculación entre las unidades organizativas que conforman la

organización. Lo puede llevar a un debilitamiento en el navío dándose confusiones respecto al puerto destino y las estrategias para llegar.

Ahora bien, entre las opiniones respecto a las funciones relacionadas con promoción de la salud, que se encuentran en el manual, lo señalado por RO-09, quien manifiesta:

“Algo positivo del manual es que, pretende trabajar de forma transversal la promoción de la salud, donde todos los procesos deben asumir en este tema. Eso sí, estamos esperando que nos diga cómo se va a trabajar eso, porque falta información al respecto”. (Comunicación personal, 2021)

Coincidiendo con esta afirmación, RO-08 señala:

“El manual hace referencia principalmente a cómo promoción de la salud se va a trabajar, respecto a la organización interna, por ejemplo, que todos los procesos se relacionen con acciones de promoción de la salud, pero no tiene claridad respecto a cómo se va a hacer o cómo se va a continuar el acercamiento con los actores sociales para retomar el tema. Por parte del nivel central no hay lineamientos no hay un manual de procesos no hay indicaciones sobre cómo se va a trabajar promoción de la salud”. (Informante RO-08, comunicación personal, 2021)

Como se aprecia con las citas anteriores la situación en el tema de promoción de la salud no presenta una condición diferente a lo mencionado en los párrafos anteriores cuando se hizo referencia al manual de organización y funciones. Se mantiene la desvinculación ente el marco para pensar, el marco para actuar y marco para decidir. Existe un documento, creado por el nivel central, sin participación de todos los niveles de gestión, en el que se indica que la promoción de la salud se debe abordar como un eje transversal, pero no hay espacios participativos, de análisis para el establecimiento de metodologías de ejecución. La carencia de estos espacios se visualiza tanto por parte del nivel central, como en el nivel regional.

De aquí que la transversalidad de la promoción de la salud no es algo que se esté poniendo en práctica, ya que el personal no cuenta con indicaciones claras, o acuerdos regionales para llevarla a cabo.

Aquí se debe considerar lo que señalan Mato et al.

De poco sirve un documento síntesis, con un modelo institucional de gestión, si los gerentes que deben actuar como un equipo, orientado por los elementos de referencia articulados en dicho documento, no comprenden su contenido y/o no están comprometidos en su práctica de forma institucionalizada. Para eso, ellos necesitan apropiarse del contenido de dicho documento, junto con sus implicaciones prácticas. (2001: 73)

Resulta indispensable el establecimiento y ejecución de estrategias para que el personal de la institución se apropie de la nueva estrategia de transversalidad de la promoción de la salud, esta es la única alternativa para el lograr alcanzar los objetivos propuestos en esta materia. De lo contrario cada gerente de unidad organizativa, tendrá una interpretación subjetiva de la metodología de implementación.

Esta situación puede llegar a diversidad de panoramas, entre ellos, que no se logre esa transversalidad porque el trabajo en promoción de la salud no se asuma como deber de todas las áreas de acción del Ministerio de Salud, que algunos gerentes sí propicien y apoyen el trabajo en el tema, mientras otros no, o que este tema continúe viéndose a nivel institucional como un asunto de personas y no como responsabilidad de equipos de trabajo.

Importancia que tiene la Promoción de la Salud en la DRRSCO

Analizadas todas las categorías que se han desarrollado hasta ahora, existe un aspecto necesario de tomar en cuenta en el análisis de la sostenibilidad institucional de la PS y éste se refiere a la importancia que en la DRRSCO se le da a este tema.

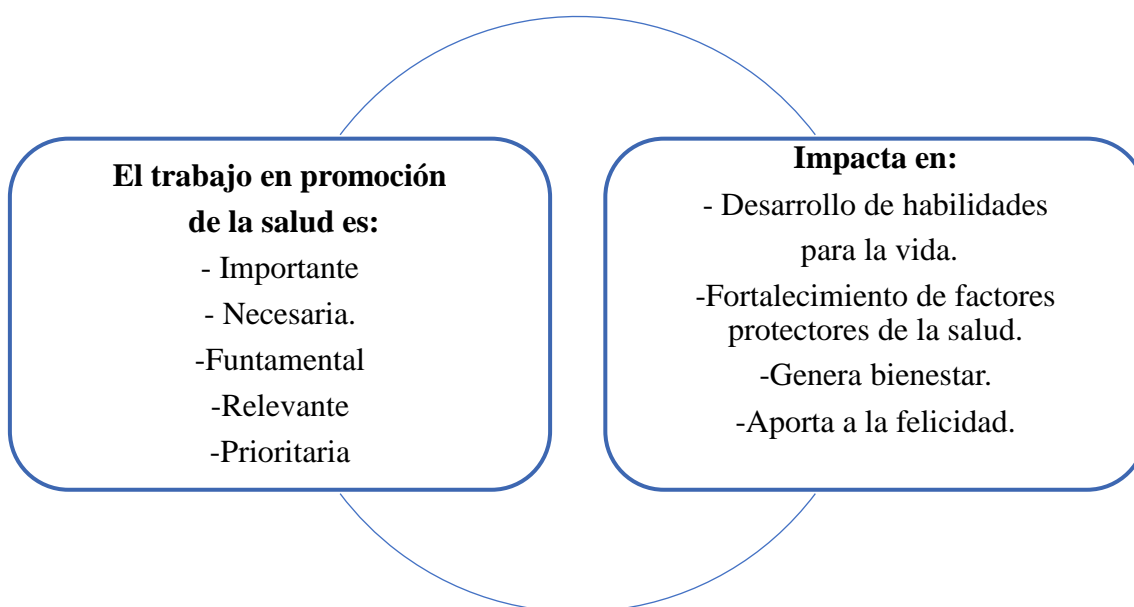
Tabla 17: Importancia que dan las personas informantes, al trabajo en promoción de la salud.

<i>Informante</i>	<i>¿Es importante trabajar en promoción de la salud?</i>
<i>RO-07</i>	“La promoción de la salud no sólo es importante, es necesaria”
<i>RO-1.</i>	“Sí, claro que es importante trabajar en PS, porque permite promover en las personas herramientas que les permiten enfrentar situaciones a futuro de manera más positiva”
<i>RO-011</i>	“Es tan importante PS que, en la Región de Occidente podemos seguir, esto es posible porque aquí se cree en la promoción. Por eso, yo considero que sí se puede y puede ser sostenible a nivel de la región, es un reto, no es fácil, porque lógicamente sería mejor con apoyo político de las autoridades superiores, pero aún si no se diera, el liderazgo técnico y el apoyo gerencial a nivel regional se puede lograr”
<i>RO-05</i>	“Para mí la promoción de la salud es fundamental, eso lleva a que las personas estén felices, que se sientan bien. Yo soy creyente de la parte operativa de promoción de la salud”
<i>RO-09</i>	“Es importante y debería ser relevante a nivel institucional, debería estar entre las prioridades, porque desde la promoción se impacta más la salud, no la enfermedad como sí sucede en prevención y atención”
<i>RO-04</i>	“Es tan importante que yo considero que, el Ministerio de salud casi que debería tenerla como su primer mandamiento, porque hay más gente sana que enferma y estamos enfocando los recursos a los enfermos que son menos y se nos va enfermando los que estaban bien. Así como se viene haciendo, no tiene mucho sentido”
<i>RO-08</i>	“Claro que es importante, no sólo es importante es necesario. El hacer cosas para generar bienestar, por supuesto que es importante”
<i>RO-06</i>	“La promoción de la salud es muy importante porque a partir de ahí es que se debe potenciar todas las habilidades y características individuales y colectivas para mantener y mejorar precisamente el estado de bienestar de cualquier comunidad individuo o colectividad sociedad”

Fuente: Elaboración propia, 2021.

En las expresiones citadas destacan dos elementos; por un lado, cómo debería considerarse la promoción de la salud a nivel de importancia y por otro, a en qué impacta el trabajo en el tema. En la siguiente figura se muestra estos aspectos.

Figura 23. Aspectos que destacan respecto a la importancia de trabajar en promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Estos criterios presentan un panorama favorecedor para la sostenibilidad de la promoción de la salud en la DRRSCO. Pese a que las debilidades en su abordaje a nivel institucional, en la DRRSCO destacan la importancia de trabajar en ella, considerando que es posible recuperar el trabajo en el tema. La credibilidad de los actores institucionales resulta fundamental para darle continuidad al trabajo en promoción de la salud que ha caracterizado a la Región de Occidente.

Capítulo VIII. Conclusiones

Concluida la presente investigación, que tuvo como propósito analizar los desafíos gerenciales de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente respecto a la promoción de la salud para potenciar estrategias orientadas hacia su sostenibilidad, se plantean en este capítulo las principales conclusiones a las que se llegó con este Trabajo Final de Investigación Aplicada, correspondiente a la Maestría en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social.

En relación con el proyecto institucional se concluye que uno de los cambios más significativos en el quehacer del Ministerio de Salud de Costa Rica se dio en la década de los 90, cuando la institución transitó de la prestación de servicios directos, a un rol rector. En un contexto país de crisis económica, estas reformas en el sector salud surgieron como medida paliativa impuesta y financiada por organismos internacionales, entre ellos el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, enmarcándose el proceso en programas de modernización del sector público que partieron de visiones de mundo económicas y mecánicas.

Es necesario subrayar entonces que estos cambios, determinantes en la razón de ser de la institución, no fueron el resultado de un proceso de análisis de la realidad nacional en salud con participación de los actores del contexto relevante; sino que la mayor intervención la tuvieron actores que condicionaban sus a portes al acatamiento de estrategias con intereses correspondientes a un modelo económico neoliberal dominante. Como resultado, las reformas se caracterizaron por una “doble cara”, un contrasentido que se gestó entre la conservación y reproducción del Estado de Derecho, al tiempo que las acciones públicas en salud eran puestas al servicio de los grupos de poder económico.

Por un lado se incluían estrategias de organización para una mayor accesibilidad y cobertura a la salud mediante el establecimiento de EBAIS, orientados a una democratización del derecho a la salud; y por otro, se hicieron evidentes las propuestas orientadas hacia su mercantilización, abriendo las puertas a la participación del sector privado en la atención de la salud-enfermedad, con políticas para aumentar la eficiencia y la productividad de los servicios de salud, en claro enfrentamiento con el principio de

universalidad que identifica el Estado social de derecho.

En este contexto se concluye que, el Ministerio de Salud como organización productora de servicios sociales, ha venido construyendo su proyecto institucional y las políticas en salud, coexistiendo en un ambiente complejo entre intereses determinados por diferentes visiones de mundo. Tal como lo afirman Molina y Morera (1998:43) “La política social en su concreción está a cargo de un aparato institucional sumamente complejo y heterogéneo, que hace difícil la negociación de intereses y la racionalidad en el uso de los recursos al contraponerse criterios técnicos y políticos” y se agrega aquí criterios económicos.

Esta complejidad llevó a que el Ministerio de Salud iniciara su ejercicio de la rectoría sin contar con un proyecto institucional claramente definido que le guiara, lo cual perduró por 13 años (1993-2006), orientando su actuar a partir de los parámetros generales establecidos en los documentos de reformas del Sector Salud; situación que, desde la metáfora del navío del Enfoque Estratégico de Gestión, evidencia que se enrumbó hacia la rectoría, sin una carta de navegación.

Esto trajo consigo un impacto en el talento humano de la organización, que experimentó cambios drásticos, sin tener claridad sobre cómo asumir su nueva realidad. También impactó negativamente en el contexto relevante, porque no había claridad con respecto a cómo proyectar la institución hacia los actores sociales, situación que en una época de cambio e innovación tiene consecuencias desfavorables en la credibilidad institucional. Más aún cuando lo que se buscaba era posicionar una rectoría, que implica un liderazgo sobre los demás actores del Sistema Nacional de Salud.

Además de elaborarse tardíamente, el Marco conceptual y estratégico del Ministerio de Salud como ente rector, cuyos principios se mantienen vigentes, es producto del trabajo de un grupo reducido de profesionales que asumieron esa tarea. Es decir, su construcción no se dio mediante una metodología que propiciara los aportes de representantes de los diferentes niveles de gestión, donde se consideraran las visiones de mundo de los actores involucrados, así como las condiciones particulares del contexto relevante de los niveles regionales y locales. Por el contrario, se evidencia una

seudoparticipación, siendo que los actores internos y externos fueron partícipes en la etapa de validación y socialización, pero no en su construcción, porque el producto estaba definido a priori. Como lo señala Marlene Pereira (2005:09) en la pseudoparticipación “Las prácticas participativas tienen límites y responden al interés de unos pocos, aunque en algunos casos se tenga la ilusión de que se está participando, los expertos definen cuáles son los problemas a los que se les debe prestar atención y orientan la definición de las soluciones”. Así se disfraza de proceso participativo lo que realmente resulta de decisiones verticalizadas, siendo esta práctica a su vez, una táctica de desmovilización.

Esta situación obstaculizó la creación de significados de ese marco orientador en el talento humano, así como la apropiación e inspiración de comportamientos acordes a las nuevas reglas del juego, debido a que no había un sentido de apropiación por parte de las personas funcionarias ya que no formaron parte del proceso de construcción. Esto coloca la importancia de recordar que un proyecto institucional no consiste sólo en generar un documento guía, sino que de la participación del talento humano en ese proceso depende en gran medida el desarrollo de capacidades conceptuales y metodológicas que permitan mayor adaptación a los cambios y mayor claridad sobre el rumbo de la organización, así como de las estrategias para llegar a él. Para una organización como el MS esto resultaba de suma importancia ya que experimentaba cambios significativos en su razón de ser y en sus funciones, teniendo esto incidencia tanto a lo interno como a lo externo de la institución.

De manera que, el Ministerio de Salud ha carecido de procesos para institucionalizar el proyecto institucional y los espacios que procuran la participación del personal de los diferentes niveles de gestión son cada vez más escasos; incluso las últimas actualizaciones incorporadas al marco orientador, incluso documentos como el nuevo Manual de organización y funciones, se han dado a conocer mediante mecanismos de comunicación verticalizados, que no abren espacios para el diálogo, como lo es el envío a través de correo electrónico.

Lo anterior deja en evidencia las debilidades a nivel institucional en los procesos formales e informales para promover en el personal la apropiación de los elementos conceptuales, metodológicos y culturales que deben guiar el rumbo del Ministerio de

Salud, más allá de estar contemplados en un documento.

Lo expuesto hasta aquí se relaciona con las condiciones a nivel general del Ministerio de Salud vinculadas al proyecto institucional, corresponde ahora hacer referencia a las conclusiones respecto al nivel más específico del objeto de estudio, es decir la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente.

En relación con su capacidad institucional la DRRSCO cuenta con una estructura organizativa que establece los niveles jerárquicos, las competencias y funciones de cada una de las unidades que la conforman y de los diferentes procesos que están presente tanto a nivel Regional como Local. Los lineamientos en este sentido están dados por el Manual de organización y funciones que rige para todo el Ministerio de Salud.

En lo que corresponde específicamente a promoción de la salud, dicho manual evidencia carencias respecto a claridad en las responsabilidades que cada unidad debe asumir y a la metodología para incorporarlas en las funciones propias de cada proceso. Este vacío es reconocido por el talento humano de la Dirección Regional, que manifiesta incertidumbre sobre cómo trabajar promoción de la salud como estrategia transversal.

Señalado esto, se puede afirmar que la gestión del cambio en el Ministerio de Salud no evidencia mejoras significativas con el paso del tiempo, pues al igual que sucedió con el traslado al rol rector, actualmente se experimenta una modificación en la forma de abordar la promoción de la salud, sin mediar espacios de diálogo y de construcción conjunta desde los saberes y las experiencias del talento humano y de la organización.

Esto, en el caso de la DRRSCO el trabajo en promoción de la salud tiene una historia pionera, amplia y enriquecedora, que corre el riesgo de quedar en el olvido por esta verticalidad en la toma de decisiones gerenciales.

La institución indica la puesta en marcha de la estrategia transversal en PS, sin tomar en cuenta los múltiples escenarios a nivel país en cuanto al abordaje de la promoción de la salud. Es decir, toma la decisión gerencial de aceptar una propuesta de un organismo externo, en este caso la Organización Panamericana de la Salud, repitiendo

la historia de manera desfavorable, tanto para el personal que debe ejecutar sin tener claridad metodológica y menos aún apropiación de los procesos y los propósitos a alcanzar. Asimismo, para la población meta de los servicios de la DDRSCO existe una afectación negativa, porque la nueva estrategia de abordaje de PS invisibiliza la trayectoria regional en la producción social de la salud desde un enfoque positivo y con participación social, no parte de los avances y logros alcanzados en el tema, sino que generaliza un nuevo inicio en PS, igual para todas las regiones del país.

Así, la estrategia transversal parte de un marco teórico que entremezcla la promoción de la salud con la prevención de la enfermedad, contemplando acciones para el abordaje de factores de riesgo de enfermar y morir. Esto permite encontrar un claro enfrentamiento con el posicionamiento teórico que se ha trabajado en Occidente, el cual se relaciona con el fortalecimiento de factores protectores, de las habilidades y de las fortalezas tanto individuales, como colectivas.

Ahora bien, después de hacer referencia a las conclusiones relacionadas con el proyecto institucional y a la capacidad institucional de la DDRSCO, corresponde exponer las conclusiones a las que se llega respecto a las características gerenciales entorno a promoción de la salud, no sin antes enfatizar que los tres aspectos se encuentran estrechamente relacionados entre sí, por lo que no se deben visualizar como independientes unos de otros.

En este sentido, si bien el personal de la Dirección Regional manifestó conocer aspectos generales sobre la razón de ser del Ministerio de Salud, sobre algunos conceptos básicos como la importancia de la participación social y los objetivos estratégicos institucionales, principalmente los relacionados a sus responsabilidades según el puesto que desempeñan; en la mayoría de los casos esto se debe a intereses o motivaciones personales para ampliar conocimientos sobre el tema. Esto se genera ante la ausencia de mecanismos permanentes a nivel regional que permitan al personal mantenerse actualizado sobre el proyecto institucional y apropiarse de los cambios que se han ido incorporando. Esto implica que, al no mantener prácticas con este propósito, hay una respuesta del talento humano para subsanar en alguna medida esta carencia, fundamentada en sus propias características, su ética y la visión de mundo desde la que

cada una y cada uno está posicionado.

Las gerencias de la DRRSCO justifican esta carencia, en las dificultades de la institución para generar espacios que propicien el análisis del marco orientador y su vinculación con las competencias y las actividades diarias de los diferentes procesos. Sus argumentos están relacionados con impedimentos para convocar al personal, o poca disponibilidad de tiempo debido a sobrecarga de trabajo, situación que a su vez deja en evidencia un problema gerencial.

Sumado a esto, algunas gerencias no reconocen la importancia de articular las actividades diarias, propias y de sus colaboradores con el proyecto institucional. Mientras otras, aunque reconocen la importancia, está ausente en ellas el interés y la voluntad política para incorporar prácticas permanentes que promuevan la apropiación del proyecto institucional en el talento humano.

La realidad es que el tema no está entre las prioridades de las gerencias regionales ya que estas sí cuentan con instancias oficialmente constituidas, que podían aprovecharse como espacios de análisis, reflexión y construcción, estas son las reuniones de equipo de cada unidad organizativa, el Consejo de Gestión Regional y el Consejo de Gestión Local. Pero las gerencias no visualizan estos espacios como oportunidades para posicionar el proyecto institucional y menos aún la promoción de la salud, por lo que estos temas no están incluidos en sus agendas.

Esta situación tiene como consecuencia que DRRSCO no actúe como un todo organizacional, siendo evidente la desarticulación entre procesos y unidades organizativas, cada una ejecutando sus competencias, sin tener claro conocimiento de las acciones de las demás y menos aún de la necesidad de coordinación para el logro de los propósitos regionales e institucionales.

Esto refleja clara contradicción con el abordaje de la salud desde la interrelación de sus diferentes determinantes sociales y debilita el reconocimiento de la promoción de la salud como función esencial de la institución, si el personal no interioriza el proyecto institucional, es decir la carta de navegación, tampoco va a tener claridad respecto dónde

debe direccionar el viaje.

En contraste con este contexto complejo, es necesario destacar los aportes de Trabajo Social en esta Dirección Regional para posicionar la PS como una de las responsabilidades institucionales contempladas en el proyecto institucional. En relación con este resulta relevante mencionar que en la DRRSCO destacan que ha sido desde esta profesión que se han desarrollado procesos de capacitación y proyectos específicos, que han calado en el talento humano en la comprensión de salud y promoción de la salud, superando el enfoque biológico y reconociendo la importancia del abordaje de los diferentes determinantes, contemplando los factores protectores de la salud y la participación social.

Otro de los aportes reconocido, es el liderazgo político y técnico, en procesos de construcción teórica y metodológica que han ido más allá del nivel regional, incidiendo en el Plan Nacional en Salud y en la creación de un modelo de rectoría en PS, así como el decreto para conformación de comisiones regionales y locales vinculadas con el tema.

En definitiva, hablar de promoción de la salud en la DRRSCO es hablar del esfuerzo y la perseverancia de la Trabajadora Social que ocupó durante 26 años el cargo de enlace Regional de Promoción de la Salud y de su convicción ética política, su marco teórico conceptual, la comprensión de la salud como un derecho y las estrategias pioneras para la puesta en práctica de la promoción de la salud.

Siendo una persona reconocida como la que impulsó y se comprometió a gerenciar proyectos y propuestas, aún en contextos difíciles al no contar siempre con apoyo político de los diferentes niveles, así como experimentó la falta de credibilidad en sus propuestas. Esto generó que Trabajo Social tuviera que hacer frente, además, a que la promoción de la salud se entendiera como un asunto de personas y no como un compromiso institucional y de equipos de trabajo, esto ante la ausencia de una gestión gerencial que promoviera construir y compartir una visión de mundo y condiciones para una coherencia institucionalizada en torno a la promoción de la salud, como lo sugiere Mato et al. (2001: 47).

Sin embargo, a pesar de ese reconocimiento a los aportes de la profesión de Trabajo Social a la gerencia de la promoción de la salud, en los últimos años la tendencia a Nivel Regional Occidente ha sido el cambio de especialidad en las plazas de Trabajo Social que han quedado vacantes. Esta medida no responde a una política institucional, sino que son decisiones personales de las gerencias de las Áreas Rectoras y de la Dirección Regional. Situación que lleva a cuestionar el posicionamiento de las gerencias respecto a lo social, al enfoque sociológico del abordaje de la salud, más allá del discurso, en la práctica.

Se concluye además que estas medidas que se están aplicando en la Dirección Regional de Occidente ponen en vulnerabilidad la rectoría en salud como ámbito de acción de Trabajo Social. El enfoque hacia procesos participativos, de diagnóstico, construcción de estrategias de acción desde los actores sociales y la evaluación de políticas, planes y proyectos, partiendo de la comprensión de la cuestión social como producto del contexto político y económico, resulta no sólo importante, sino necesario en la producción social de la salud y éstas son fortalezas de Trabajo Social, es el perfil de la profesión y de esta visión está careciendo la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, al transformar la especialidad de plazas de Trabajo Social.

Con lo expuesto se concluye que la promoción de la salud en la DRRSCO ha sido un asunto de personas, de compromisos individuales que mueven fuerzas para construcciones colectivas, negociando, movilizand recursos, buscando incidencia política, pero no ha sido un compromiso regional de trabajo en equipo.

En este punto es importante señalar que además de las carencias a las que se hizo referencia en los párrafos anteriores, el Ministerio de Salud no cuenta con un Modelo Institucional de Gestión (MIG) para el abordaje de la promoción de la salud y a pesar de la trayectoria de la DRRSCO en trabajar el tema, tampoco a ese nivel se ha construido un modelo regional.

Esta condición ha llevado a que, por lo menos en la Dirección Regional de Occidente, predominen los modelos personales de gestión, donde cada gerente de Área Rectora decide si en su unidad organizativa se prioriza o no la promoción de la salud. La realidad es que cada persona que ocupa puestos de dirección, “gerencia su territorio”

según su propio criterio y sus prioridades y en la mayoría de los casos promoción de la salud no es una de ellas.

Por su parte, en las instancias de la Dirección Regional, la situación no ha sido diferente, las funciones vinculadas a esa función rectora ha sido un asunto de personas. Evidencia de ello es que, desde la jubilación del anterior enlace de promoción de la salud, en noviembre 2018, el tema está sin ser abordado. La promoción de la salud está en el olvido y no se visualiza un liderazgo regional para dar continuidad a los logros alcanzados en el tema y a los proyectos que estaban en proceso de ejecución.

Se concluye entonces que, para la sostenibilidad de la promoción de la salud en esta Región, es urgente la construcción participativa de un Modelo Institucional de Gestión (MIG) regionalizado; es decir, un modelo que guíe a los equipos gerenciales a pensar, decidir y actuar de forma coherente con su marco orientador, posicionando las reglas del juego con carácter duradero e impersonal, para evitar que dependa de voluntades personales, como ha sucedido y continúa sucediendo en los diferentes niveles de gestión, sino que se establezca un modelo de gobernanza que sostenga la política, que sostenga la experiencia y la trayectoria regional en PS.

A manera de conclusión general y dando respuesta a la interrogante de investigación se afirma que, la sostenibilidad de la promoción de la salud en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente está en clara vulnerabilidad, situación que se debe principalmente a tres aspectos que están vinculados entre sí y que se transforman en desafíos gerenciales si se quiere recuperar el liderazgo PS e impactar desde un enfoque positivo a la población beneficiaria de los servicios.

El primero de ellos es la falta de institucionalización del proyecto institucional vinculado a promoción de la salud, el talento humano de la Región necesita apropiarse del marco estratégico institucional, reconociendo la promoción de la salud como una función rectora, importante y necesaria en el proceso de producción social de la salud. Permitiéndoles además construir y proponer desde sus experiencias y conocimientos.

El segundo se relaciona con la predominancia de modelos personales de gestión

que determinan la priorización o no del abordaje de la promoción de la salud. Por lo que se visualiza la necesidad de que desde el Nivel Regional se ejerza un liderazgo en la conducción de procesos en promoción de la salud desde un enfoque positivo, pero no un liderazgo personalizado, sino producto de una apropiación de la importancia del tema desde las gerencias que coordinan procesos y que tienen la responsabilidad de direccionar el talento humano tanto regional como local.

El tercero, es la urgencia de un modelo institucional de gestión específico para gerenciar la promoción de la salud en la DRRSCO, un modelo que oriente la forma de pensar, decidir y actuar de las gerencias y del personal regional en lo que a promoción de la salud respecta. La construcción de este modelo no debe seguir los esquemas de seudoparticipación que han caracterizado las acciones del Nivel Central, sino que se requiere del diseño e implementación de estrategias de participación democráticas que den valor al aporte de los diferentes actores internos y externos involucrados. La apropiación de este MIG debe promoverse desde su elaboración y posteriormente mediante la institucionalización permanente con el liderazgo de las gerencias regionales y locales.

En suma, si bien la caracterización del proyecto institucional y el análisis de los procesos gerenciales reflejan una vulnerabilidad de la promoción de la salud en la DRRSCO, un abordaje de los desafíos gerenciales identificados, desde los aporte teórico-metodológico del enfoque estratégico de gestión, contribuirá a cambios orientados al desarrollo y fortalecimiento de capacidades institucionales y gerenciales, que contribuyan a alcanzar la sostenibilidad de la promoción de la salud en esta Dirección Regional.

El fortalecimiento de estas capacidades impactará positivamente tanto en la institución como en las poblaciones metas de sus servicios. A nivel institucional, la experiencia de implementación de modificaciones en los procesos gerenciales, a nivel de la DRRSCO, orientados a dar sostenibilidad a la promoción de la salud desde un enfoque positivo, significará una especie de plan piloto de puesta en marcha de un modelo institucional de gestión específico para promoción de la salud. Permitirá contar con una carta de navegación hacia la rectoría en promoción de la salud, estableciéndose con

claridad las competencias y funciones de cada unidad y proceso para su abordaje desde la transversalidad. Una vez reflejados resultados positivos, este modelo podrá ser sugerido para que se implemente en otras Direcciones Regionales del Ministerio de Salud.

A nivel de las poblaciones, cambios gerenciales en la implementación de la rectoría en promoción de la salud impactará en el desarrollo y fortalecimiento de los factores protectores de la salud, mediante procesos comunitarios participativos con el acompañamiento de instancias institucionales. Adecuados procesos gerenciales validan la relevancia de los aportes de actores sociales en la construcción de la salud como producto social.

Capítulo IX. Recomendaciones

Concluido el proceso investigativo y a partir de los resultados obtenidos respecto a la caracterización del proyecto institucional y del análisis de los procesos gerenciales en torno a la capacidad institucional para el abordaje de la promoción de la salud en la Región Central de Occidente del Ministerio de Salud, se procede en este capítulo a plantear recomendaciones en dos sentidos: primero se presentan las recomendaciones gerenciales para la sostenibilidad de la promoción de la salud en la DRRSCO y posteriormente se plantean recomendaciones a diferentes instancias vinculadas con el proceso investigativo.

Recomendaciones gerenciales para la sostenibilidad de la promoción de la salud.

Partiendo de las propuestas teórico-metodológicas del Enfoque Estratégico de Gestión, se plantea una recomendación general y cinco específicas. La primera se vincula con la construcción de un Modelo Regional de Gestión en promoción de la salud, las otras abordan con mayor detalle los aspectos que ese Modelo debe contemplar, relacionados con el fortalecimiento del marco para pensar, el establecimiento de un marco para decidir y la construcción de un marco para actuar.

En cada recomendación específica se consideran acciones gerenciales vinculadas tanto al proyecto institucional, como a la capacidad institucional, a fin de incidir en la sostenibilidad de la promoción de la salud en la DRRSCO.

Recomendación gerencial general:

Construir en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente un Modelo Regional de Gestión en promoción de la salud.

La construcción de un modelo de gestión que tenga como punto de partida el proyecto y la capacidad institucional a nivel regional, así como el contexto relevante, permitirá abordar los desafíos gerenciales identificados en esta investigación.

Se sugiere que esta construcción se plantee desde el modelo contexto céntrico, considerando el conocimiento y la experiencia que tiene la DRRSCO en promoción de la salud. Comprendiendo además la realidad como compleja y cambiante, lo que requiere a nivel institucional de cambios transformacionales y no sólo organizacionales.

Partiendo de estas premisas el Modelo Regional de Gestión (MRG) que se propone elaborar debe ser producto de estrategias metodológicas participativas y flexibles, que respondan a las realidades construidas socialmente por los diferentes actores involucrados, tanto internos como externos. Además, para que la promoción de la salud sea sostenible en la DRRSCO se debe comprender ese MRG, no como una norma rígida, sino como una herramienta sujeta a modificaciones periódicas en respuesta a las demandas y aspiraciones del entorno cambiante.

Se recomienda que la elaboración del Modelo Regional de Gestión debe considerar los elementos relacionados con el marco para pensar, decidir y actuar que plantea el Enfoque Estratégico de Gestión del Proyecto “Nuevo Paradigma” (Mato et al.,2001). Por lo que, en las recomendaciones específica se plantean propuestas para trabajar sobre cada uno de ellos.

Recomendaciones específicas:

1. Fortalecer a nivel Regional el marco para pensar en Promoción de la salud

<p>Área: Proyecto institucional</p> <p>Acciones gerenciales</p>
<p>Generar en las personas que ocupan cargos de jefaturas de unidades, direcciones de Área Rectoras y Dirección Regional, la comprensión sobre la necesidad de tomar decisiones y actuar, de manera coherente y consistente con los que establece el proyecto institucional en temas relacionados con la promoción de la salud.</p>

Fortalecer en el talento humano regional (priorizando a los y las gerentes) la comprensión y apropiamiento del proyecto institucional del Ministerio de Salud, mediante mecanismos formales e informales, orientados a socializar, analizar y posicionar el modelo conceptual y estratégico y el Manual de organización y funciones del Ministerio de Salud en materia de promoción de la salud.

Propiciar espacios participativos, con representación de los niveles gerenciales y operativos, para el analizar las realidades, necesidades y aspiraciones de las distintas unidades organizativas y del entorno relevante, respecto a promoción de la salud.

Establecer un Proyecto Institucional- Regional, que guíe el rumbo de la DRRSCO en el rol rector en promoción de la salud. Un insumo valioso para para este trabajo es “Plan Estratégico de la Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud, Central Occidente 2015-2019”, elaborado por la Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud (CRIPS).

2. Establecer a nivel regional un marco para decidir en promoción de la salud

Área: Capacidad Institucional

Acciones gerenciales

- Definir la promoción de la salud como uno de los procesos relevantes de la DRRSCO:

La promoción de la salud debe establecerse y ser reconocida por las gerencias regionales y locales, como un proceso relevante en la DRRSCO. Esto implica que sea un tema de abordaje permanente, manteniéndose como punto de agenda en las reuniones de equipos y en la planificación regional, en procura de una transversalidad real. Esto tendrá total concordancia con lo que establece el proyecto institucional y el manual de organización y funciones, que delimita las competencias en el tema por niveles y procesos.

- Realización de un diagnóstico de la situación actual de PS en esta Región:

Este diagnóstico se debe realizar con participación del nivel político y el operativo, enfocando el análisis a la articulación de los elementos orientadores del proyecto institucional (misión, visión, objetivos estratégicos, entre otros), con el actuar regional en materia de promoción de la salud.

En este punto cabe señalar que la presente investigación brinda insumos que pueden ser considerados como aportes para el diagnóstico, los que se vinculan a:

- Proyecto institucional:

Marco estratégico

Talento humano

Recursos tecnológicos, materiales y financieros.

- Características gerenciales en torno a promoción de la Salud:

Participación en capacitaciones sobre el marco estratégico institucional

Compresión de la razón de ser del Ministerio de Salud

Interpretación sobre las prioridades institucionales.

Comprensión de Salud, promoción de la salud y actor social.

Conocimientos sobre los antecedentes de la DRRSCO en Promoción de la Salud.

Condiciones institucionales actuales en torno a promoción de la salud.

Conocimiento y opiniones sobre el Manual de Organización y funciones.

Importancia que tiene la Promoción de la Salud en la DRRSCO.

- Implementar mejoras en los mecanismos para la toma de decisiones.

Resulta necesario hacer un análisis sobre los mecanismos actuales para la toma de decisiones, para ello es necesario dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los mecanismos actuales para la toma de decisiones en promoción de la salud?
- Estos mecanismos, ¿están en sintonía con el marco para pensar?
- ¿En qué aspectos se puede mejorar esos mecanismos?

Posteriormente se sugiere diseñar una ruta regional para la toma de decisiones en promoción de la salud, en la que se establezca claramente los mecanismos a implementar tanto en las unidades organizativas regionales, como en las Áreas Rectoras de Salud. Es necesario considerar aquí el grado de compromiso y apoyo político, tanto a lo interno de la DRRSCO como hacia los actores sociales.

- Establecer sistemas de apoyo a la toma de decisiones.

En concordancia con el proyecto institucional los sistemas a utilizar pueden ser la planificación, seguimiento y evaluación a los compromisos, planes y proyectos en promoción de la salud, se pueden incorporar también sistemas de información. Sin embargo, estos sistemas de apoyo no deben ser rígidos, resultando simples herramientas que se utilizan por rutina.

Deben ser flexibles, sujetos a ajustes, adaptándose al entorno relevante y a la innovación institucional. Esto es indispensable en una época de cambio. Los ajustes deben responder a una negociación entre los actores internos y externos involucrados en promoción de la salud.

Las decisiones que toman las gerencias deben ser coherentes con los proyectos institucionales y consistentes con el proyecto regional.

3. Construir a nivel regional un marco para actuar en promoción de la salud

Área: Capacidad Institucional

Acciones gerenciales

- Establecimientos de procesos relevantes y mecanismos para la ejecución.

Es necesario identificar los cambios requeridos para llevar a la ejecución el marco para pensar y el marco para decidir. Es decir, debe establecerse la forma en que se van a ejecutar las acciones de manera coherente con lo que institucionalmente está establecido.

Cada unidad organizativa debe tener claridad sobre sus competencias en promoción de la salud, pero también deben estar definidos los mecanismos o estrategias para ejecutarlas de

manera coherente. Sin que se dé una ejecución diferenciada por “territorios”.

Se sugiere la elaboración de procedimientos regionales, adaptados a la realidad de la Dirección Regional y sus Áreas Rectoras. La estrategia de operativización debe incluir los procesos de articulación entre los diferentes niveles y unidades organizativas, tanto regionales como locales.

Cada gerente debe tener claridad sobre las competencias de cada proceso en promoción de la salud y dar seguimiento a su cumplimiento.

Deben generarse los mecanismos de coordinación y comunicación necesarios para que, cada encargado regional de proceso conozca que le compete en PS y en las reuniones con los enlaces locales dirija y conduzca la ejecución de dichas competencias.

4. Institucionalizar en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente el Modelo Regional de Gestión en Promoción de la Salud.

Área: Capacidad Institucional

Acciones gerenciales

Una vez construido el Modelo Regional de Gestión de la promoción de la salud, se deben diseñar los mecanismos y procedimientos formales e informales mediante los cuales se va a posicionar ese modelo de gestión, tanto en las personas que laboran en la DRRSCO, como en los actores sociales del contexto relevantes.

Debe tenerse claro que institucionalizar, no significa acciones de divulgación o socialización, sino que comprende proceso permanente de incorporación del modelo en la práctica diaria como parte de la cultura regional.

Se deben contemplar los mecanismos de mejoramiento continuo en concordancia con la realidad social cambiante, de manera que la coherencia entre el marco para pensar, decidir y actuar se mantenga a lo largo del tiempo, evitando la vulnerabilidad que implican los cambios políticos y gerenciales.

En esta etapa deben considerarse estrategias más allá de procesos de capacitación. Es necesario también que cada unidad organizativa abra espacios para el análisis y el establecimiento de mecanismos para la apropiación del modelo de gestión en promoción de la salud.

5. Caracterizar el entorno relevante de la DRRSCO en relación con la promoción de la salud.

Área: Credibilidad Institucional

Acciones gerenciales

El factor del triángulo de la sostenibilidad relacionado con la credibilidad institucional no fue abordado en esta investigación. Sin embargo, al momento de construir un Modelo Regional de Gestión, se recomienda que sea tomado en cuenta.

Para abordar este factor se recomienda considerar los macro pasos que contempla la “cadena de hipótesis” del Enfoque Estratégico de Gestión abordando los siguientes aspectos en relación con la promoción de la salud:

- Grado de apoyo político, institucional y financiero por parte del entorno relevante.
- Grado de reconocimiento social, legitimidad política y credibilidad institucional de la organización frente a su entorno relevante.
- Grado de satisfacción de los actores sociales del entorno relevante.
- Grado de pertinencia entre los aportes de la organización y los requerimientos de su entorno relevante.
- Grado de sintonía entre los aportes de la organización y las necesidades, realidades y aspiraciones de su entorno relevante.
- Grado y forma de interacción entre la organización y los actores del entorno relevante.

Los resultados de la caracterización del entorno relevante deben ser tomados en cuenta en el proceso de construcción del Modelo Regional de gestión de la promoción de la salud, de manera que ese modelo esté en sintonía con la realidad, necesidades y aspiraciones del contexto regional.

Recomendaciones generales

Recomendaciones al Ministerio de Salud:

Es urgente que la institución supere la seudo participación y la toma de decisiones verticalizadas en los procesos de planificación y en el establecimiento de propuestas teóricas, metodológicas y estratégicas. La incorporación de estrategias de participación real permitirá el aporte de los diferentes actores, internos y externos, desde sus realidades y experiencias, llevando a productos acordes a sus capacidades y aplicables en cada uno de sus entornos relevantes.

Si bien el país es miembro de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, entre otros, es necesario que las propuestas sugeridas por esas instancias no sean aceptadas, en este caso por el Ministerio de Salud, como obligatorias de aplicar tal como son emitidas. Por el contrario, éstas deben ser analizadas a la luz de la realidad nacional, incorporando los ajustes requeridos para adaptarlos a las condiciones particulares del país en materia de salud pública y no adaptar al país a las propuestas de esos organismos, como ha venido sucediendo.

La institución debe retomar la promoción de la salud como una de sus funciones esenciales, destacándola entre sus procesos relevantes, considerando que ésta fundamenta la estrategia maestra del Ministerio de Salud y está presente en todo su proyecto institucional. Además de que es indispensable el abordaje de la salud no solo desde la prevención y la atención del riesgo de enfermar o morir, sino también desde el fortalecimiento de los factores protectores.

Desde el Nivel Central es necesaria la motivación y la generación de libertades político-gerenciales, para que los y las gerentes de los niveles regionales y locales construyan con sus equipos de trabajo modelos de gestión acordes a sus entornos relevantes y a sus capacidades institucionales.

Recomendaciones a la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente:

Si bien se enfrentan a una realidad político-institucional compleja que pone en vulnerabilidad la promoción de la salud, las decisiones gerenciales adecuadas y oportunas pueden recuperar y dar fuerza a la construcción social e histórica que tiene la Región en este tema. Se requiere de voluntad política por parte de los y las gerentes regionales, con un compromiso real para establecer nuevamente la promoción de la salud como proceso relevante.

Es urgente que los y las gerentes se informen de fuentes confiables, sobre las competencias, capacidades y habilidades de las personas profesionales en Trabajo Social y de los aportes que esta profesión puede brindar a la salud pública. Esto con el fin de que consideren la contratación de profesionales en esta Área y no se mantenga la sustitución por otras especialidades.

Tomar en cuenta las propuestas gerenciales que se plantean en esta investigación, como insumo para la puesta en práctica de la transversalidad de la promoción de la salud.

Recomendaciones al Colegio de Profesionales en Trabajadores Sociales de Costa Rica:

Es urgente una intervención de este colegio profesional en la situación que se está presentando en el Ministerio de Salud respecto a la disminución y casi eliminación de plazas de Trabajo Social. El Colegio puede realizar acciones orientadas a visibilizar el rol de las y las profesionales en trabajo Social en la producción social de la salud, así como a defender estos espacios laborales.

Recomendaciones al Posgrado en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica

Resulta necesario continuar gestionando procesos de descentralización de los posgrados, de manera que las personas profesionales en Trabajo Social tengan alternativas accesibles para continuar con su formación académica. Estos proceso deben garantizar docentes de calidad y acompañamiento cercano a los y las estudiantes, por parte del

Posgrado, durante todo el proceso, de manera que no sean oportunidades en condiciones de desventaja comparados con las que existen en la Sede Central.

En el plan de estudio de la maestría con énfasis en gerencia, se deben incluir más cursos de gerencia social. Dos cursos no son suficientes para el abordaje de los diferentes enfoques desde los que se puede desarrollar la gerencia social. Es necesario ampliar y fortalecer la maestría en torno a este tema que debe ser el de mayor énfasis en el proceso formativo.

Se recomienda dar continuidad en próximas tesis o TFIA, a temas relacionados con la situación de la profesión de Trabajo Social en el Ministerio de Salud y la credibilidad institucional respecto a Promoción de la Salud en la DRRSCO.

Referencias bibliográficas

- Adolfo Rodríguez Herrera (2006), *La reforma de salud en Costa Rica*. CEPAL
<https://www.binasss.sa.cr/opacms/media/digitales/La%20reforma%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.pdf>
- Araya Ramírez, M. y Rivera Salazar, Y. (2005). *La Reforma del Sector Salud: El Fundamento Teórico Metodológico de Trabajo Social desde los Equipos de Apoyo*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica). San José, Costa Rica.
- Ardilla, E. y Rueda, J. (2013). *La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia*. Revista Colombiana de Sociología Vol. 36, N. 2 jul.-dic. 2013.
- Avendaño, A., Cruz, A., García, E., Salas, N. (2010). *La Promoción de la salud en el primer nivel de atención: una experiencia en las áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Palmares y Naranjo* (Seminario de graduación licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, San Ramón.
- Azofeifa A. y Calderón, Z. (2013). *Promoción de la salud y prevención del estrés en el personal de enfermería del Hospital Hotel La Católica: Programa de inoculación del estrés*. (Tesis para optar por el grado por el título de Maestría Profesional de Psicología Clínica y de la Salud). Universidad de Costa Rica, San José.
- Barrantes, R. (2002) *Investigación un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo*. UNED. San José.
- Cadwell, E. (2017). *Modelo basado en procesos participativos de articulación con actores sociales clave para la ejecución de intervenciones a nivel comunitario en el Área Rectora de Salud de Goicoechea del Ministerio de Salud Costa Rica*. (Trabajo Final de Investigación Aplicada sometida a la consideración de la

Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ingeniería Industrial para optar por el grado de Magister en Ingeniería Industrial con énfasis en Administración Industrial). Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica.

Carlos Eduardo Martínez Fajardo (2002) *Nuevos enfoques de eficiencia, productividad y calidad en la teoría de gestión*.
<http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v12n20/v12n20a01.pdf>

Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. (2005). *La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social*. Revista ciencias de la salud, 3 (1), 62-67.

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. (2013). *Plan estratégico de promoción de la salud para Centroamérica y República Dominicana 2014-2018*. Presidencia Pro Tempore.

De Souza, J., Cheaz, J. y Calderón, J. (2001) *La cuestión institucional: de la vulnerabilidad a la sostenibilidad institucional en el contexto de cambio de época. Serie innovación para la sostenibilidad institucional*. Proyecto ISNAR Nuevo Paradigma, San José.

De Souza, J., Cheaz, J., Santamaría, J., Mato, M., Valle, S., Gomes, A., Salazar, L., Maestrey, A., Rodríguez, N., Sambonino, P. y Álvarez, F. (2005). *La innovación de la innovación institucional, de lo universal, mecánico y neutral a lo contextual, interactivo y ético desde una perspectiva latinoamericana*. Red Nuevo Paradigma. Ecuador.

Elizondo Almeida Jorge (1993). Reformas del Sector Salud de Costa Rica. Acta médica costarricense vol 36; NQ 1:
1993.<https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v36n1/art2.pdf>

Fernández, F. (2013) *La transversalidad de la discapacidad en la promoción de la salud en la Universidad de Costa Rica: Una propuesta desde sus usuarios (as) con*

discapacidad visual. (Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Posgrado en Estudios interdisciplinarios sobre discapacidad para optar al grado y título de Maestría Profesional en Estudios interdisciplinarios sobre discapacidad). Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica.

Freddy Esquivel. Neoliberalismo en Costa Rica: secuelas en la cuestión social durante el siglo XX. [Esquivel.pdf \(unr.edu.ar\)](#)

Garita, G., Hernández, A. y Salazar A. (2012). *Aportes y desafíos desde trabajo social a la promoción de la salud, en el primer nivel de atención de la Región Central Sur de la Caja Costarricense de Seguro Social* (Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, San José.

Gutiérrez, M. (2015). *Programa de promoción de la salud para mejorar el bienestar psicológico en un grupo de diez mujeres con experiencias de violencia física y emocional por parte de sus parejas, que asisten al programa de acción social Hospital Clínica Bíblica desde el enfoque humanista*. (Tesis sometida a consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud). Universidad de Costa Rica, San José.

Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. (2006) *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*. Cuadernos de Saúde Pública 2006;22(sup.): S35–S45.

Iamamoto, M. (2003). *El servicio social y la contemporaneidad: Trabajo y formación profesional*. Biblioteca Latinoamérica de Servicio Social. Cortez Editora. Brasil.

Izquierdo, V. (2012). *Experiencia profesional en la promoción de la salud, prevención y tratamiento nutricional de la población adulta mayor atendida en el Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU) de la Escuela de Nutrición durante el período de enero a julio 2012*.

Juan José Camarasa Casterá (2004) *La calidad en la administración pública. (99+)* (PDF)
Calidad LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA | Thania
Montañez - Academia.edu

Karen Mokate, José Jorge Saavedra. (2006) *Gerencia social: un enfoque integral para la gestión de políticas y programas.* (INDES Working paper series; I-56) Collins, James y Jerry Porras (1996) *Empresas que Perduran.* Barcelona: Editorial Norma 1996.

Luis Ricardo Robles Guerrero (2013) *Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud.* ISSN 1025-5583 An. Fac. med. v.74 n.1 Lima ene. 2013
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100009

Maniez, J. (1993). *Los lenguajes documentales y de clasificación: concepción, construcción y utilización en los sistemas documentales.* Madrid, Fundación Germán Sánchez Ruipérez. Pirámide.

Martínez, C. (2011). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias.* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco). México.

Mato, M., Santamaría, J. De Souza, J. y Cheaz, J. (2001). *La dimensión de gestión en la construcción de la sostenibilidad institucional.* Serie Innovación para la Sostenibilidad Institucional. San José, Costa Rica: Proyecto ISNAR “Nuevo Paradigma.

Mijáilov, A. y Rudzhero S. (1974). *Curso introductorio de informática/documentación*
Las dimensiones institucionales en la evaluación estratégica de la escuela secundaria.pdf (ufasta.edu.ar)

Ministerio de Salud (2006) *Memoria anual 2005 4 años de gestión*
<http://www.asamblea.go.cr/sd/Memoriasgobierno/Memoria%20MSALUD-2002-2006.pdf>

Ministerio de Salud (2013) *Manual de procedimientos Fideicomiso 872 Ministerio de Salud CTAMS- BNCR*
http://intranet.ministeriodesalud.go.cr/manual_procedimientos_org_2010/4procesos_de_liderazgo_institucional/7gestion_de_recursos_financieros/4ejecucion_de_caja_chica/fondorembolsable/fondo_rembolsable.pdf

Ministerio de Salud (2017) “90 años trabajando por la salud y el bienestar de Costa Rica”
<https://www.binasss.sa.cr/opacms//media/digitales/90%20a%C3%B1os%20trabajando%20por%20la%20salud%20y%20el%20bienestar%20de%20Costa%20Rica%20.pdf>

Ministerio de Salud (2017) Capacitan en nuevo modelo de Rectoría de Promoción de la Salud
 Capacitan en nuevo modelo de Rectoría de Promoción de la Salud (ministeriodesalud.go.cr)

Ministerio de Salud (2017). *Modelo de rectoría en promoción de la salud*
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-dearchivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/3742-modelo-de-rectoria-en-promocion-de-la-salud/file>

Ministerio de Salud (2018) *Estructura organizacional*. En
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/estructura-organizacional>. [Consultado el 02 de noviembre 2018].

Ministerio de Salud (2020) *Ejecución presupuestaria CTAMS 2019*. En
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-dearchivos/sobre-el-ministerio/red-de-transparencia/division-administrativa/consejo-tecnico-de-asistencia-medico-social-ctams/ejecucion-presupuestaria-ctams/2019-ctams->

ejecucion-p/4592-informe-anual-de-ejecucion-presupuestaria-ctams-2019/file
[Consultado el 17- de octubre 2020. 9:21 am]

Ministerio de Salud (2020) *Ejecución presupuestaria Fideicomiso- 872- MS 2019*. En https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-dearchivos/sobre-el-ministerio/red-de-transparencia/division-administrativa/fideicomiso-872-ms-bncr/ejecucion-presupuestaria-fideicomiso-872-ms-bncr/2019_fideicomiso-872-ms-bncr-ejecucion-p/4343-analisis-de-la-ejecucion-presupuestaria-i-semester-2019-fideicomiso-872-ms/file [Consultado el 17- de octubre 2020. 9:27 am]

Ministerio de Salud (2020) *Ejecución presupuestaria Gobierno 2019*. En https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de_archivos/sobre-el-ministerio/reddetransparencia/divisionadministrativa/gobierno/ejecucion-presupuestariagobierno/2019-gobierno-ejecucion-p/4595-informe-de-evaluacion-anual-del-ejercicio-economico-2020/file [Consultado el 17- de octubre 2020. 9:24 am]

Ministerio de Salud (2020). *Presupuesto*
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/725-sobre-el-ministerio/red-de-transparencia/1105-presupuestos>. [Consultado el 14-10-2020]

Ministerio de Salud (2020). *Ejecución presupuestaria ICIS 2019*. En <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobreelministerio/reddetransparencia/divisionadministrativa/oficina-de-cooperacion-internacional-de-la-salud-ocis/ejecucion-presupuestaria-ocis/2019-conis-ejecucion-p/4594-informe-anual-de-ejecucion-presupuestaria-ocis-2019/file> [Consultado el 17- de octubre 2020. 9:17 am]

Ministerio de Salud. (2008). *Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. Marco estratégico institucional*. San José, Costa Rica.

- Ministerio de Salud. (2011). *Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. Marco estratégico institucional 3ª edición*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2017). Resumen modelo de rectoría en promoción de la salud. 1ª ed. San José.
- Mokate, K. (2006). *Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales*. Washington, D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social
- Montaño, C. (2010). *Pobreza, «cuestión social» y las formas de afrontarlas*. Universidad Federal do Rio de Janeiro (Brasil). Cuadernos de Trabajo Social ISSN: 0214-0314 Vol. 28-2 (2015) 161-174.
- Montaño, C. *El Servicio Social frente al neoliberalismo cambios en su base de sustentación laboral*. Ponencia presentada en el I Congreso Universitario Internacional de Trabajo Social. San José, 1996.
- Morera, N (2001). *La gerencia social de organizaciones productoras de servicios sociales*. San José. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- O'Donnell. (2004). *Acerca del Estado en América Latina contemporánea: diez tesis para discusión*, en PNUD, La democracia en América Latina. Contribuciones para el debate, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Nota de la secretaría. (EB115/35)*. Ginebra. Publicación Científica.
- Oszlak, O. (1999). *Formación histórica del Estado en América Latina: elementos teóricos – metodológicos para su estudio*. Buenos Aires, Cuadernos de CEDES)

- Partido Acción Ciudadana. (2018). *Crear y crear la Costa Rica del siglo XXI: compromiso país. Plan de Gobierno*. Consultado en <https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/Partido%20Acci%C3%B3n%20Ciudadana.pdf> [Consultado el 24 de noviembre].
- Pastorini, A. (1997). *¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Anaves y límites en la categoría “concesión-conquista”* Texto extraído de Servicio Social y Sociedad n°. 53. Sao Paulo.
- Pereira, M. (2005). Liderazgo efectivo y participativo en salud. Un desafío para los procesos de participación social. *Revista de Trabajo Social* n° 68, (30) 9-12.
- Picado, L. (2017). *Gerencia social en el marco del desarrollo humano: dos referentes para la implementación del Modelo de reorganización y fortalecimiento de la función rectora de promoción de la salud*. Costa Rica.
- Picado, L. y Quesada, A. (2010). *Aclarando las posiciones teóricas sobre el Enfoque en Promoción de la salud: en busca de su efectiva implementación en el contexto actual*. *Revista Trabajo Social* (12), 73-89
- Picado, L. y Quesada, A. (2010). *Procesos de legitimación del enfoque de Promoción de la Salud en la Región Central Occidente de Costa Rica, 1992- 2011: Acciones y desafíos*. Costa Rica.
- Porras, I. (2015). *El trabajo Social en los procesos de gestión y ejecución de la promoción de la salud, en la Caja Costarricense de Seguro Social, 2007-2010*. (Tesis de maestría académica en trabajo social con énfasis en gerencia social. Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio). San José Costa Rica.
- Portuguez, S. (2014). *Propuesta de un programa de inoculación del estrés para la promoción de la salud, prevención y abordaje del estrés en estudiantes de primer ingreso del Colegio Universitario de Cartago*. (Trabajo final de investigación aplicada sometido a consideración de la comisión del programa de estudios de

post grado en sicología clínica y de salud para optar por el lado de maestría profesional en sicología clínica y salud). Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica.

Rodríguez, J. (2011). *Métodos de investigación cualitativa*. Revista Silogismos más que conceptos. N° 08 (1) diciembre ISSN 1909955X

Salazar, L., De Souza Silva, J., Cheaz, J. y Torres, S. (2001). *La dimensión de participación en la construcción de la sostenibilidad institucional*. Serie Innovación para la Sostenibilidad Institucional. San José, Costa Rica: Proyecto ISNAR “Nuevo Paradigma”.

Solano Hernán (200). *La rectoría del sector salud de Costa Rica*. Revista Centroamericana de la administración pública pág. 61-86
http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/RCAP/40_41/art3_40_41.pdf

Tasies Castro Esperanza (2015). *Actores, intereses y naturaleza de la reforma al sector salud en Costa Rica (Reinterpretación de la Ley Constitutiva de la CCSS, al calor de los principios del cuasimercado)*. Revista Pensamiento Actual - Vol. 15 - No. 24, 2015 - Universidad de Costa Rica - Sede de Occidente.

Vílchez Barboza, V. (2010). *Construcción del concepto de PS en la práctica transdisciplinaria*. (Tesis para optar por el grado de maestría académica en ciencias de la enfermería. Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio). San José Costa Rica.

Yuslay Ponce Sánchez; Alfredo Pardo Fernández; Carmen Arocha Mariño; Juan Carlos Rojas Fernández (2009) *Metodología de planificación estratégica para instituciones de salud a partir de valores compartidos*. En Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(3) (scielosp.org)

Molina. M y Morera N (1998). *Gerencia social: elementos para un paradigma en construcción*. Revista costarricense de Trabajo Social. En <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista>

Anexos

Anexos 1.

Caracterización general de la bibliografía analizada para el Estado del Arte

Espacio desde el que se produce	Nivel			Modalidad de estudio						
	Licenciatura	Maestría	Extra-académica	Proyecto de graduación	Práctica dirigida	TFG	TFIA	Seminario de graduación	Estudio de línea base	Proyecto de extensión docente
Ingeniería industrial	3	1		2		1	1			
Trabajo Social	6	1		1	1	4		1		
Enfermería	1	2				3				
Psicología	1	2				1	2			
Nutrición	1					1				
Promoción de la salud	3					3				
Estudios interdisciplinarios sobre discapacidad		1				1				
Salud Pública		1			1					
Producción institucional			2						1	1
Total	15	8	2	3	2	14	3	1	1	1

Fuente: Elaboración propia. (2017).

Anexo 2.

Investigaciones sobre promoción de la salud, vinculados con el enfoque de riesgo

Año	Autoras	Título	Área
2011	Florybeth Anchía Agüero y Ana Jarquín Pardo.	Aprendo a valerme por mí mismo: respuesta estatal, desde la promoción de la salud ante el consumo de drogas en la población menor de edad	Trabajo Social
2011	Bradly Marín Picado y Jorge Esteban Prado Calderón	Teoría del manejo del terror y promoción de la salud: una evaluación experimental de sus hipótesis mediante publicidad contra conducir bajo la influencia del alcohol	Psicología
2012	Verónica Izquierdo Vázquez	Experiencia profesional en la promoción de la salud, prevención y tratamiento nutricional de la población adulta mayor atendida en el Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU) de la Escuela de Nutrición durante el período de enero a julio 2012	Nutrición
2013	Fabiola Fernández Trejos	La transversalidad de la discapacidad en la promoción de la salud en la Universidad de Costa Rica: Una propuesta desde sus usuarios (as) con discapacidad visual	Estudios interdisciplinarios sobre discapacidad

2013	Andreina Azofeifa Esquivel y Suzane Calderón Arguedas	Promoción y Prevención del estrés en el personal de enfermería del Hospital Hotel La Católica: Programa de inoculación del estrés	Psicología
2014	Sugey Portugués Morales	Propuesta de un programa de inoculación del estrés para la promoción de la salud, prevención y abordaje del estrés en estudiantes de primer ingreso del Colegio Universitario de Cartago	Psicología
2014	Mary Violeta Gutiérrez Monge	Programa de promoción de la salud para mejorar el bienestar psicológico en un grupo de 10 mujeres con experiencias de violencia física y emocional por parte de sus parejas, que asisten al programa de acción social Hospital Clínica Bíblica desde el enfoque humanista	Psicología

Fuente. Elaboración propia. (2017)

Anexo 3.

Investigaciones sobre promoción de la salud, vinculados con el enfoque positivo.

Año	Autoras	Título	Área
2003	Helena Murillo Calvo	Una experiencia en PS con participación social en la Escuela Enrique Pinto Fernández	Trabajo social.
2005	Mercedes Araya y Yamileth Rivera	La Reforma del Sector Salud: El Fundamento Teórico Metodológico de Trabajo Social desde los Equipos de Apoyo	Trabajo Social
2010	Vivian Vílchez Barboza	Construcción del concepto de PS en la práctica Transdisciplinaria	Enfermería.
2010	Andrea Avendaño Arias, Ariana Cruz Salazar, Elizabeth García Salas, Noelia, Salas Morera	La Promoción de la Salud en el primer nivel de atención: una experiencia en las áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Palmares y Naranjo”	Trabajo Social
2011	Lidia Isabel Picado Herrera	Resultados del estudio de percepciones de actores sociales sobre salud, promoción de la salud y participación social, y de planes municipales región central de occidente. 2011, costa rica	Trabajo Social

2012	Wendy Garita Gómez, Adriana Hernández Gómez, Andrés Salazar Fonseca	Aportes y desafíos desde trabajo social a la promoción de la salud, en el primer nivel de atención de la Región Central Sur de la Caja Costarricense de Seguro Social	Trabajo Social
2014	Ana Cristina Quesada Monge Lidia Picado Herrera	Educación continua en promoción de la salud, desde una acción interinstitucional.	Trabajo Social
2015	Ivannia María Porras Quirós	El trabajo Social en los procesos de gestión y ejecución de la promoción de la salud, en la Caja Costarricense de Seguro Social, 2007-2010.	Trabajo Social
2015	Katherine Vanessa Gamboa Hidalgo Roosevelt Andrey Gómez Oviedo	Estrategia de PS para el fomento del envejecimiento activo en las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita 2013-2014	Promoción de la Salud

Fuente. Elaboración propia. (2017).

Anexo 4.

Investigaciones vinculadas con rectoría en salud

Año	Autoras	Título	Área
2000	Jean Philippe Laroche Cabezas	Análisis y mejoramiento del proceso de ejecutoria de la función de rectoría de una dirección de Área de Salud: caso dirección de Área de Salud de Goicoechea.	Ingeniería industrial
2001	Saray Ávila Rojas y José Antonio Ledezma Ramírez	Operacionalización de la rectoría en Salud por el Nivel Local de la región central occidente.	Salud Pública
2006	Federico Lanzoni Marín, Andrey Mora Bermúdez, Alberto Mora Chacón.	Modelos para el ejercicio de la función rectora en el nivel local del Ministerio de Salud	Ingeniería Industrial

Fuente. Elaboración propia. (2017).

Anexo 5.

Investigaciones relacionadas con la participación de actores sociales en salud.

Año	Autoras	Título	Área
2006	Esteban Dávila Carmona y María Fernanda Luna Hernández	Modelo de articulación para la conducción de procesos de producción social de la salud entre el Área Rectora de Salud y la Municipalidad de Goicoechea	Ingeniería industrial
2007	Eldon Cadwell Marín	Modelo basado en procesos participativos de articulación con actores sociales clave para la ejecución de intervenciones a nivel comunitario en el Área Rectora de Salud de Goicoechea del Ministerio de Salud de Costa Rica.	Ingeniería Industrial
2009	Calina Castro Valverde Diana Paola Granados	La participación comunitaria en promoción de la salud como mediación del Trabajo Social cantón de Aserrí	Licenciatura en TS

2013	Federico Ureña Gutiérrez	Estudio de una política pública local en el marco de la promoción de la salud: el caso de la política para las personas con discapacidad y sus familias de la municipalidad de Santa Ana	Promoción de la Salud
2013	Andino Espinoza Aderith y Vidaurre Rodríguez Elías	Fortalecimiento de la Promoción de la Salud en la comunidad universitaria, mediante la creación de una alianza estratégica de la escuela de enfermería y la unidad de promoción de la salud y servicios de salud de la UCR, Sede Rodrigo Facio.	Enfermería
2015	Georgia Araya Orozco Jessi Tenorio Villalobos	Planificación estratégica para la promoción de la salud en los centros de Atención Integral para personas adultas con discapacidad	Promoción de la Salud

Fuente. Elaboración propia. (2017)

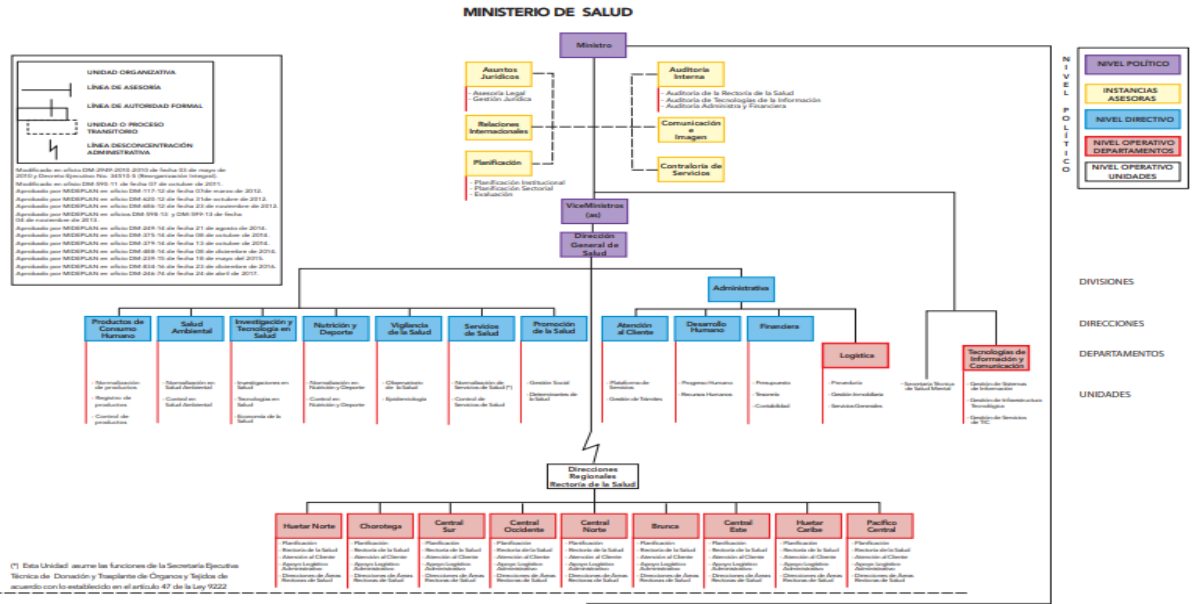
Anexo 6

Lista de personas que trabajaron en la elaboración del Modelo de Rectoría en promoción de la salud

Nombre	Cargo	Formación
Dra. Virginia Murillo Murillo.	Viceministra de Promoción de la Salud	Trabajadora Social
Picado Herrera, TS, Salubrista	Encargada Regional Rectoría en Promoción de la Salud.	Trabajadora Social
Mario Cabrera Burgos,	Encargado Regional Planificación Institucional Dirección Regional Rectoría de la Salud Central Occidente	Planificador
Grettell Balmaceda García	Asesora Despacho Ministerial	Trabajadora Social
Nuria Madrigal Soto	Encargada Regional Rectoría Promoción de la Salud	Trabajadora Social
Víctor Hidalgo Vázquez	Unidad Rectoría de la Salud Dirección Regional Rectoría de la Salud Central Norte	Educador para la Salud
Helena Badilla Alan	Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud	Trabajadora Social
Julieta Campos Sequeira	Dirección Regional Rectoría de la Salud Pacífico Central	Trabajadora Social
Zaida Sánchez Rojas	Dirección Regional Rectoría de la Salud Central Este	Trabajadora Social
María Lidia Segura Rodríguez	Asesora	Trabajadora Social

Anexo 7

Organigrama del Ministerio de Salud de Costa Rica.



Anexo 8.

Formulario para el consentimiento informado basado en la ley N°9234



Programa de Posgrado en Trabajo Social Maestría Profesional en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social Sede de Occidente

Formulario para el consentimiento informado basado en la ley N°9234 UNIVERSIDAD DE COSTA RICA COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Título del proyecto: _____

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: Licda. Hazel Pérez Madrigal

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

¿QUÉ SE HARÁ?

RIESGOS

BENEFICIOS

VOLUNTARIEDAD

CONFIDENCIALIDAD

INFORMACIÓN

- H.** Indicar al participante que NO perderá ningún derecho por firmar este documento y que recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Nota: Se le recuerda que en concordancia con el Capítulo II, artículo 12 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234, el consentimiento informado y cualquier modificación a este deberá ser aprobado, foliado y sellado en todas sus páginas por el Comité Ético Científico, previo a su presentación a los eventuales participantes.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

*Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del

Anexo 9.

Sistemas de información de los que dispone el Ministerio de Salud¹

SINARHUS (Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud)

GESTIONRH (Sistema de Gestión de Recursos Humanos)

Sistema de Habilitaciones

SIRNAT (Sistema Registro Nacional de Tumores)

SIMMI (Sistema de Mortalidad Materno e Infantil)

SINOVAC (Sistema nominal de vacunación)

Sistema de Radiaciones

DENUNCIAS INTERNAS

Sistema de Viáticos

Sistema de Vacaciones UGII

SERSA (Sistema de Regulación en Salud)

SIRROAR (Sistema de Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales)

Sistema de Gestión de Licencias

SINICTIS (Sistema de Ciencia y Tecnología)

Sistema AVI

SIAF (SISTEMA FINANCIERO)

SIPRO (SISTEMA

INTEGRA (INTEGRACION ENTRE AMBOS SISTEMAS)

¹ Tomado de Unidad de Infraestructura Tecnológica. Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación (setiembre,2020)

Anexo 10.

Informes de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud, 2019²

Ejecución 2019, en fuente presupuestaria Gobierno Central y sus partidas

Ministerio de Salud
Ejecución del Presupuesto por Partida
Al 31 de diciembre 2019
(datos en millones de colones)

Partida	Presupuesto Inicial 2019 ¹	Presupuesto Actual 2019 ²	Presupuesto Ejecutado 2019 ³	Porcentaje de Ejecución
TOTAL	332.435,0	416.581,7	303.915,6	73,0%
Recurso Externo	-	83.312,6	6.929,3	8,3%
SUBTOTAL	332.435,0	333.269,1	296.986,3	89,1%
Remuneraciones	51.456,6	50.040,3	45.031,3	90,0%
Servicios	6.699,7	7.799,7	6.912,7	88,6%
Materiales	243,7	243,7	188,0	77,2%
Bienes Duraderos	1.241,7	1.241,7	195,8	15,8%
Transf. Corrientes	272.793,3	273.943,8	244.658,5	89,3%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión de la Administración Financiera

1/ Corresponde al presupuesto aprobado por la Asamblea Legislativa para el ejercicio presupuestario 2019

2/ Corresponde al presupuesto inicial incluyendo modificaciones presupuestarias realizadas durante el 2019

3/ Se refiere al devengado, que es el reconocimiento del gasto por la recepción de bienes y servicios independientemente de cuando se efectúe el pago de la obligación.

Fuente: Ministerio de Salud, 2020

Ejecución 2019, en fuente presupuestaria CTAMS y sus partidas

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)
Comparativo del monto presupuestado y ejecutado según partida
Al 31 de diciembre de 2019
En millones de colones y porcentajes

Partida	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado	% Ejecución
0-Remuneraciones	0,0	0,0	0,0%
1-Servicios	0,0	0,0	0,0%
2-Materiales y Suministros	0,0	0,0	0,0%
3-Intereses y Comisiones	0,0	0,0	0,0%
4-Activos Financieros	0,0	0,0	0,0%
5-Bienes Duraderos	0,0	0,0	0,0%
6-Transferencias Corrientes	2.746,0	2.746,0	100,0%
7-Transferencias de Capital	0,0	0,0	0,0%
8-Amortización	0,0	0,0	0,0%
9-Cuentas Especiales	0,0	0,0	0,0%
SUB TOTAL	2.746,0	2.746,0	100,0%
Recursos de crédito público ^{1/}	0,0	0,0	0,0%
TOTAL GENERAL	2.746,0	2.746,0	100,0%

1/ corresponde tanto a financiamiento externo como interno.

Fuente: Ejecución Presupuestaria, Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, Diciembre 2019.

Fuente: Ministerio de Salud, 2020

² Información tomada de la página web del Ministerio de Salud.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/725-sobre-el-ministerio/red-de-transparencia/1105-presupuestos>

Ejecución 2019, en fuente presupuestaria OCCIS y sus partidas

Institución Oficina de Cooperación Internacional de la Salud OCIS
Comparativo del monto presupuestado y ejecutado según partida
Al 31 de diciembre de 2019

En millones de colones y porcentajes

Partida	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado	% Ejecución
0-Remuneraciones	0,0	0,0	0,0%
1-Servicios	938,8	583,7	62,0%
2-Materiales y Suministros	125,0	20,6	16,4%
3-Intereses y Comisiones	0,0	0,0	0,0%
4-Activos Financieros	0,0	0,0	0,0%
5-Bienes Duraderos	2.356,86	2.164,4	91,8%
6-Transferencias Corrientes	0,0	0,0	0,0%
7-Transferencias de Capital	0,0	0,0	0,0%
8-Amortización	0,0	0,0	0,0%
9-Cuentas Especiales	0,0	0,0	0,0%
SUB TOTAL	0,0	0,0	0,0%
Recursos de crédito público ^{1/}	0,0	0,0	0,0%
TOTAL GENERAL	3.420,7	2.768.6	80,9%

^{1/} corresponde tanto a financiamiento externo como interno.

Fuente: Indicar la fuente respectiva

Fuente: Ministerio de Salud, 2020

Ejecución I semestre 2019, en fuente presupuestaria fideicomiso 872 MS-CTAMS-BNCR y sus partidas

Nombre del programa	Monto presupuestario (en colones)	Participación relativa de c/u
630 "Gestión Intrainstitucional"	7,607,571,436.04	64%
631 "Rectoría de la Producción Social de la Salud"	4,260,166,868.50	36%
TOTAL	11,867,738,304.54	100%

Fuente: Ministerio de Salud, 2020

Anexo 11.

Resumen descriptivo de organismos presupuestarios 2019³

Información Financiera del Ministerio de Salud – Presupuesto Gobierno
<p>Resumen</p> <p>El Ministerio de Salud, tiene como misión garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.</p> <p>Cuenta con varios programas presupuestarios entre los que se encuentran Gestión Intrainstitucional, Rectoría de la Salud y Provisión de Servicios de Salud.</p> <p>El presupuesto del Ministerio depende de la Ley de Presupuesto Nacional, aprobado anualmente por la Asamblea Legislativa y que es gestionado por el Ministerio de Hacienda.</p>

Información Financiera de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE)
<p>Resumen</p> <p>La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, es una entidad adscrita al Ministerio de Salud como un órgano de desconcentración máxima y personalidad jurídica instrumental, mediante Ley No. 8111: “Ley Nacional de Vacunación” del 18 de Julio del 2001, publicada en La Gaceta No. 151 del 08 de agosto del 2001.</p> <p>Esta Comisión tiene como objetivo incrementar las habilidades y capacidades de la población en general y de los actores claves, en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludables y al desarrollo de otros determinantes positivos de la salud.</p> <p>Sus recursos se generan principalmente de la Ley de Presupuesto Ordinario de la República y la Ley No. 8111 “Ley Nacional de Vacunación”.</p>

Información Financiera del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)
Resumen

³ Tomado de la página Web del Ministerio de Salud, 2020. En <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/725-sobre-el-ministerio/red-de-transparencia/1105-presupuestos>

El Consejo Nacional de Investigación en Salud es un ente con desconcentración máxima, adscrito al Ministerio de Salud, fue creado mediante Ley 9234, publicada en La Gaceta 79, del 25 de abril del 2014.

Los recursos del CONIS se originan en los ingresos por concepto de registro e inscripción de investigaciones, donaciones y subvenciones del Sector Público, multas que se generan al aplicar la Ley 9234, entre otros.

El Consejo tiene como uno de sus objetivos principales la fiscalización del cumplimiento de los preceptos bioéticos y científicos que rigen la investigación mediante la regulación y supervisión de las instancias relacionadas con el desarrollo de investigación biomédica a fin de proteger la vida, la salud y la dignidad de las personas.

Información Financiera del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

Resumen

El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social es un ente adscrito al Ministerio de Salud, fue creado mediante Ley No. 5395: Ley General de Salud, del 30 de octubre de 1973, publicado en La Gaceta No. 222, del 24 de noviembre de 1973.

Su principal objetivo es conocer y aprobar las necesidades de financiamiento para planes y proyectos en promoción de la salud y provisión de servicios que preste el Ministerio de Salud. Dentro de sus principales fuentes de financiamiento están la Ley No. 8718 de la Junta de Protección Social y la Ley de Presupuesto de Gobierno.

Información Financiera de la Oficina de Cooperación Internacional en Salud (OCIS)

Resumen

La Oficina de Cooperación Internacional en Salud (OCIS), es un organismo adscrito del Ministerio de Salud, fue creado mediante la Ley No. 5412: Ley Orgánica del Ministerio de Salud, del 8 de noviembre de 1973, publicada en La Gaceta No. 12 del 18 de enero de 1974. Los recursos de OCIS provienen de varias leyes y convenios, entre ellas la Ley No. 5662: Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares; Ley No. 9028: Ley General del Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud; Ley No. 8718: Ley de Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales y el Convenio BID-CONIS para el Programa: Salud Mesoamérica 2015 (SM-2015) – Prevención al Embarazo en Adolescentes.

Información Financiera del Fideicomiso 872 Ministerio de Salud – CTAMS – Banco Nacional (FID 872)

Resumen

Con la constitución del Fideicomiso, el Ministerio de Salud se ayuda a enfrentar la problemática de la salud pública, en apego al a prioridad institucional de avanzar en la atención de la enfermedad, hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como un valor social y dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de determinantes de la salud, bajo el principio de equidad.

El principal objetivo del Fideicomiso es captar ingresos que provienen de los servicios brindados por el Ministerio de Salud con el fin de apoyar los planes, programas y proyectos para el cumplimiento de la misión de la institución.