

FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO

EDICIÓN ESPECIAL NO. 17

FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO

EDICIÓN ESPECIAL NO. 17

Washington DC, 2007

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud
Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud
Oficina de la Subdirectora



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud. Oficina de la Subdirectora. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud.

Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico.

Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32821 7

I. Título

- 1. ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA**
- 2. GOBIERNO**
- 3. REGULACIÓN GUBERNAMENTAL**
- 4. REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN EN SALUD**
- 5. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA**

NLM WA 540

Washington DC, 2007

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe (www.lachealthsys.org). Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar a info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si no se usa con fines comerciales.

COLABORADORES

El presente documento es el producto de una iniciativa conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en base a un acuerdo suscrito entre las dos instituciones en septiembre de 2004 e implementado por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP), Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS), Oficina de la Sub-Dirección (AD), de OPS/OMS en Washington DC.

Un equipo liderado por Priscilla Rivas Loria, Asesora de Reforma del Sector Salud, y conformado por Candelaria Aráoz, Oficial Técnico y Tarina Garcia-Concheso, Consultora, todas de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HSS/HP) de OPS/OMS en Washington DC, preparó el presente Marco Conceptual e Instrumento Metodológico sobre la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria. Este equipo contó con la colaboración técnica y editorial de Caroline Ramagem, Oficial Técnico de Reforma del Sector Salud (HSS/HP) y de María Laura Reos, Diseñadora Gráfica (HSS/HP), en el diseño y diagramación.

Se reconoce el liderazgo y orientación en la formulación y desarrollo de este trabajo de Daniel López-Acuna, quien se desempeñó como Director de Gestión de Programas de OPS/OMS hasta diciembre de 2005.

Contribuyeron con comentarios y sugerencias los profesionales de la salud que participaron en las reuniones de expertos que se realizaron en Washington DC, en el año 1998 y 2004, y en los talleres de capacitación/aplicación piloto del instrumento realizados en El Salvador y República Dominicana en 2003 y 2005, respectivamente. Los siguientes profesionales hicieron invaluable aporte técnico al desarrollo de este documento: Gerardo Alfaro (OPS/OMS República Dominicana), Mónica Bolis (OPS/OMS Washington DC), Raúl Castellanos (OPS/OMS Puerto Rico), Pedro Crocco (OPS/OMS Washington DC), Marcos Figueroa (Ministerio de Salud de El Salvador), José Manuel Freire (Instituto de Salud Carlos III, España), María Angélica Gomes (OPS/OMS Nicaragua), Amparo Gordillo (OPS/OMS Washington DC), Andrew Griffin (OPS/OMS Washington DC), Armando Güemes (OPS/OMS Honduras), Eduardo Guerrero (OPS/OMS El Salvador), Federico Hernández Pimentel (OPS/OMS Guatemala), María Elena López (Ministerio de Salud de Costa Rica), Johnny Rullán (Departamento de Salud de Puerto Rico), Kelly Saldaña (USAID Washington DC), Javier Santacruz (OPS/OMS Costa Rica), Mario Serpas (Ministerio de Salud de El Salvador), José Alfredo Solari (Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC), Javier Torres-Goitia (OPS/OMS Washington DC), Gonzalo Vecina Neto (Secretaría Municipal de Salud Sao Paulo, Brasil) y Luís Bernardo Villalobos (Universidad de Costa Rica).

ÍNDICE

I.	Introducción	1
II.	¿Por qué la rectoría del sector salud constituye un tema prioritario?	2
III.	Incidencia de las reformas en la rectoría del sector salud	3
IV.	Evolución conceptual de la función rectora	5
	4.1 <i>Gobernancia/"Stewardship" versus Rectoría</i>	
	4.2 <i>Rol de la Organización Panamericana de la Salud</i>	
V.	El concepto de autoridad sanitaria	8
	5.1 <i>Mapeo de la Autoridad Sanitaria</i>	
VI.	Dimensiones de la función rectora del sector salud	10
	6.1 <i>Conducción</i>	
	6.2 <i>Regulación y Fiscalización</i>	
	6.3 <i>Modulación del Financiamiento</i>	
	6.4 <i>Vigilancia del Aseguramiento</i>	
	6.5 <i>Armonización de la Provisión</i>	
	6.6 <i>Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública</i>	
VII.	Desafíos para el Fortalecimiento de la función rectora	18
VIII.	Guía Metodológica	
	8.1 <i>Instructivo</i>	
	8.2 <i>Mapeo de la autoridad sanitaria</i>	
	8.3 <i>Instrumento</i>	



I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha intensificado el debate sobre los enfoques conceptuales y metodológicos para analizar y comprender los sistemas de salud. Se han empleado enfoques que estudian los sistemas a partir de sus modelos de financiamiento y de provisión de servicios los cuales pueden ser de dos tipos, público o privado, clasificación que ha contribuido progresivamente al debate. Otro enfoque relacionado es aquel centrado en la oferta/demanda, y que involucra participación del Estado.

Una de las expresiones más importantes del debate sobre el rol del Estado en el sistema de salud se concentra en la definición de las funciones del sistema de salud, las atribuciones que competen a cada una de ellas y su relación con la estructura del sistema de salud. En tal sentido, la taxonomía tradicional de los sistemas nacionales de salud se ha fundamentado primordialmente en el tipo de propiedad que impera en el sistema, ya fuera público o privado, e incluía la responsabilidad que se le atribuía a cada uno en cuanto al financiamiento y la provisión de servicios. Actualmente, debido a la complejidad creciente de los sistemas de salud se han desarrollado relaciones diferenciadas entre el Estado, el sector público, los esquemas de financiamiento/aseguramiento y el sector privado. Por consiguiente, se han desarrollado nuevas *tipologías basadas en las funciones del sistema de salud*¹ que permiten analizar el sistema de salud en función de su capacidad para integrar diferentes grupos poblacionales e instituciones. ya que permite analizar el sistema de salud en función de su capacidad para integrar la población o las instituciones. Con referencia a la *población*, integración se refiere al nivel de acceso de diferentes grupos a las instituciones del sistema. Integración de las *instituciones* se refiere a los arreglos organizativos y funcionales que se elaboran para desempeñar efectivamente las funciones del sistema de salud.

La publicación del Informe Mundial de la Salud correspondiente al año 2000 titulado, “*Sistemas de Salud: Mejora de su Desempeño*” generó una amplia discusión a nivel internacional la cual se centró en la definición de las funciones centrales de los sistemas de salud y la evaluación de su desempeño. El Informe planteó que las funciones claves de los sistemas de salud comprenden (i) la provisión de servicios; (ii) la generación de recursos; (iii) el financiamiento [incluyendo la recaudación, el acopio y la compra]; y (iv) la gobernancia del sector salud o “stewardship”. Igualmente, este informe argumentó que el objetivo fundamental de las funciones del sistema propuesto es lograr niveles óptimos de salud y eliminar las inequidades al acceso.² En este sentido los objetivos o indicadores de desempeño incluyen la salud de la población, capacidad de respuesta, y contribución financiera justa. Dicha posición conduce a la necesidad de definir prioridades y racionalizar la distribución de servicios esenciales en salud utilizando criterios de costo-eficiencia y de aceptación social. En este contexto, se visualiza al individuo como proveedor de servicios, como un profesional, como un contribuyente de impuestos o como un consumidor, pero no como un ciudadano con derechos a recibir beneficios sociales en salud. Por consiguiente, si se utiliza dicho marco se deberá precisar las responsabilidades que efectivamente tendrá el Estado en el campo de la salud.³

1. José Luis Londoño and Julio Frenk, “Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America,” *Health Policy* 41 (1) (1997).
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). “Informe sobre la salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud”. (Ginebra, Suiza: OMS, 2000).
3. Oswaldo Cruz Foundation, “Report of the workshop on health systems performance: The World Health Report 2000” (Rio de Janeiro, RJ, 14-15 December 2000).



La OPS/OMS atribuye tres funciones básicas a los sistemas de salud, a saber: (1) Rectoría o “Stewardship”; (2) Financiamiento/Aseguramiento; y (3) Provisión de servicios de salud. Dicha clasificación se basa en los análisis de los procesos de reforma y reorganización de los sistemas de salud efectuados por la OPS/OMS entre el año 2000 hasta el 2003 en los países de la Región.^{4, 5, 6}

El objetivo fundamental del documento que se presenta a continuación es desarrollar conceptualmente y metodológicamente la función de Rectoría. De igual manera, busca orientar a los cuerpos técnicos del sector salud de los países de la Región de las Américas en la medición y auto-evaluación del desempeño de la Función Rectora que le corresponde específicamente a la Autoridad Sanitaria. La finalidad del ejercicio es desarrollar la capacidad del sector salud para producir y analizar conocimientos que permitan viabilizar la identificación de estrategias y acciones puntuales conducentes al fortalecimiento de la función rectora.

II. ¿POR QUÉ LA RECTORÍA DEL SECTOR SALUD CONSTITUYE UN TEMA PRIORITARIO?

Durante la década de 1980 y 1990 los procesos de Reforma del Estado que se implantaron en los países de la Región promovieron la reducción sistemática del tamaño del Estado, y la transferencia de funciones que tradicionalmente ejercía el sector estatal al sector privado y a la sociedad civil. Simultáneamente, el proceso de globalización ha erosionado la autonomía de los estados soberanos mediante el aumento en el flujo de información, de capital, y en menor grado de la fuerza de trabajo contribuyendo a una débil capacidad de gobernanza.⁷

RECTORÍA ¿POR QUÉ ES UN TEMA PRIORITARIO?

1. Reformas del Estado
2. Débil capacidad de gobernanza
3. Transferencia de funciones tradicionales del Estado al sector privado y sociedad civil
4. Globalización

Consecuentemente, uno de los temas críticos al cual se enfrentan los países de la Región es el débil desarrollo institucional, factor que repercute en la posibilidad real de desarrollo económico. En el contexto actual se ha vuelto un tema prioritario para los países de la Región la redefinición de los roles institucionales, y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado, tales como son la seguridad ciudadana, la salud pública y la protección social de los grupos de población vulnerables y excluidos.

4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). “Análisis de las reformas del sector salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana” (Washington DC: OPS, 2002). Disponible en: http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=30.

5. OPS/OMS “Análisis de las reformas del sector salud en los países de la Región Andina”. (Washington DC) OPS, 2002). Disponible en: http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=30.

6. OPS/OMS. “Análisis de las reformas del sector salud en los Países de la Sub-Región del Caribe Inglés”. (Washington DC: OPS, 2002). Disponible en http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=30.

7. En este documento, “débil capacidad de gobernanza” se refiere a la falta de capacidad institucional del Estado para definir, implementar y fiscalizar políticas.



Efectivamente, los países de la Región buscan fortalecer el papel rector de los ministerios de salud al interior del sector y consolidar el liderazgo del sector salud en su conjunto para contar con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con otros sectores que inciden sobre el sector salud.⁸

III. INCIDENCIA DE LAS REFORMAS EN LA RECTORÍA DEL SECTOR SALUD

Históricamente en el marco de los subsistemas públicos y de los Sistemas Nacionales de Salud, los ministerios de salud han centrado su quehacer en la función normativa, en el financiamiento y en la función de provisión de servicios de salud. No obstante, los procesos de *reforma del sector salud* impulsaron fuertemente la descentralización, tanto del Estado como del sector salud, lo cual aunado al surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la tradicional responsabilidad de proveer servicios de salud y a aumentar su ámbito de acción hacia funciones rectoras.⁹

TENDENCIAS REGIONALES DE LAS REFORMAS QUE INCIDEN EN LA FUNCIÓN RECTORA

1. Descentralización del Estado.
2. Separación de funciones del sistema de salud.
3. Desconcentración/descentralización de la salud pública; de la regulación sanitaria y de la provisión de servicios de salud.
4. Incremento de financiamiento público proveniente de instancias intermedias y locales del Estado.
5. Surgimiento de nuevos actores públicos y privados.
6. Creación de fondos nacionales para la salud separados de los Ministerios de Salud.
7. Aumento de seguros privados de salud y modalidades privadas de pre-pago.
8. Mayor participación de proveedores privados y ONGs.
9. Nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil.

Los procesos de seguimiento de las *reformas del sector salud* evidenciaron tendencias regionales que han repercutido directamente en la capacidad de los países para ejercer la rectoría del sector salud.^{10, 11, 12}

En tal sentido, la mayor parte de los países se caracterizan por tener sistemas de salud mixtos; el ministerio de salud, el sector privado, y las organizaciones de seguridad social prestan servicios a segmentos diferenciados de población. Este escenario donde diferentes subsistemas coexisten con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión genera la *segmentación*.¹³

8. Rosés, M. "Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century" Feature Address at the Steering Role of Ministries of Health: Hospital Governance Workshop for Ministers of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, November 5-6, 2003.

9. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, "Desarrollo Nacional de Salud, Desarrollo de Sistemas de Salud y sus Implicaciones para la Cooperación Enfocada a los Países." Washington DC, 2004.

10. OPS. "Análisis de las reformas del sector salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana", Op.Cit., p.1

11. OPS "Análisis de las reformas del sector salud en los países de las Región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe". Op. Cit., p.1

12. OPS. "Análisis de las reformas del sector salud en los Países de la Sub-Región del Caribe Inglés". Op. Cit., p.1

13. Los sistemas segmentados generalmente suponen la existencia de un subsistema público con insuficientes recursos encargado de dar cobertura a los grupos de menor nivel de renta e indigentes y un subsistema privado, con una mayor disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, concentrado en los segmentos más ricos de población. Adaptado de Eduardo Levkovitz, "Capítulo 3: Estructura, Organización y Políticas del Sector" en *Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud* (Washington, D.C.: OPS/OMS, forthcoming).



De igual manera, la existencia de múltiples agentes que se superponen y operan sin coordinación y integración dentro del sistema de salud induce a la *fragmentación*; así como a la *separación de las funciones del sistema de salud*. Esto aumenta el costo de atención de salud y obstaculiza la asignación eficiente de recursos dentro del sistema.¹⁴

Ambos fenómenos, repercuten en el incremento de gastos de administración, la reducción del tamaño de beneficiarios y en el logro de la equidad y de la eficiencia.¹⁵ Asimismo, han impactado en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización (Gráfico 2); por el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, progresivo aumento en la participación de los seguros privados; y un marcado deterioro de la salud pública.

GRÁFICO 1

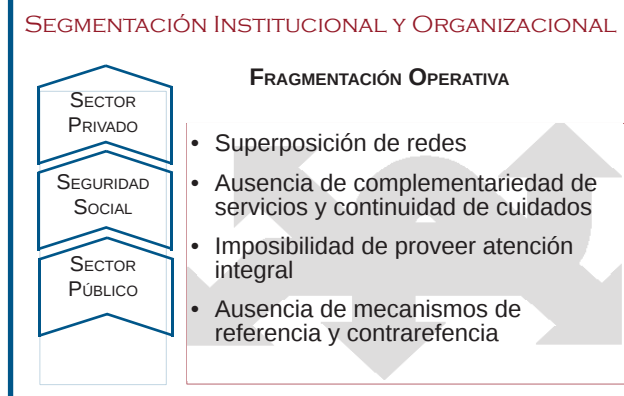


GRÁFICO 2

ASIMETRÍAS DE LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN Y LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

NIVELES DE GOBIERNO	FUNCIONES DEL SISTEMA				
	Rectoría	Modulación del Financiamiento	Vigilancia del Aseguramiento	Provisión de Servicios Población	Provisión de Servicios Personas
Gobiernos Centrales	↓	↓	↓	↓	↓
Gobiernos Intermedios	↓	↓	↓	↓	↓
Gobiernos Locales	↓	↓	↓	↓	↓

14. Adaptado de Eduardo Levkovitz, "Capítulo 3: Estructura, Organización y Políticas del Sector" en *Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud* (Washington, D.C.: OPS/OMS, forthcoming).

15. Banco Mundial, "Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006" (Washington, D.C.: Banco Mundial, 2006).



IV. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LA FUNCIÓN RECTORA

4.1 GOBERNANCIA/STEWARDSHIP VERSUS RECTORÍA

Lograr una definición operativa de “*rectoría*” ha resultado complejo debido a su relación con conceptos como *gobernanza del sector salud* y/o “*stewardship*”.¹⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el concepto de “*stewardship*” para referirse a la rectoría del sector salud; y aduce que constituye la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, al igual que para conducir el sistema de salud en su totalidad. Asimismo identifica tres grandes responsabilidades para efectivamente ejercer la gobernanza del sector salud o “*stewardship*”: (i) proveer visión y dirección al sistema de salud; (ii) recolectar/“*inteligencia*”; y (iii) ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos. Igualmente, enfatiza que la capacidad del gobierno para ejercer un pobre o buen desempeño de la gobernanza del sector salud puede afectar todos los resultados del sistema de salud (“*health system outcomes*”).¹⁷ Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud utiliza el término “*rectoría del sector salud*” para referirse al concepto de gobernanza/stewardship del sector salud utilizado por la OMS.

4.2 ROL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

En 1997 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, mediante la Resolución CD40.R12,¹⁸ solicitaron cooperación técnica de la OPS/OMS tendiente a desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la función rectora como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo institucional del sector salud. De igual manera, solicitaron el intercambio de experiencias nacionales entre los países de la Región relativas al ejercicio de la capacidad rectora de los ministerios de salud y fortalecimiento institucional para ese propósito. Por último, instaron a que se estableciera un proceso permanente de discusión, de producción conceptual y de reflexión sobre la práctica de la función rectora de los ministerios de salud.

16. En inglés el concepto de rectoría del sector salud se denomina comúnmente como “*stewardship*”.

17. WHO. Report on the WHO Meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship function in health systems, HFS/FAR/STW/00.1 2001 September 10-11; Geneva, Switzerland. See also Travis P, Egger D, Davies P and Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. WHO/EIP/DP/02.48. Geneva, WHO; 2002. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.

18. XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD40.R12 “*La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial*”, (Washington, D.C.: OPS/OMS, Septiembre 1997).



Como resultado, la OPS/OMS abordó el desarrollo del *concepto y praxis de la rectoría en salud* como un aspecto prioritario e intrínseco al proceso de modernización del Estado. En tal sentido, desde 1996 la Organización ha promovido a nivel regional y subregional un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción, y mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud utilizando como insumo fundamental los múltiples esfuerzos y rica experiencia acumulada por los países de la Región de las Américas, particularmente durante el auge de los procesos de Reforma en la década de los 90.¹⁹

El Gráfico 3 muestra un cronograma de los hitos en la evolución conceptual y metodológica de la Función Rectora en Salud en la Región de las Américas facilitado por la OPS/OMS. Se destacan entre estos la aprobación por los Estados Miembros de la Resolución CD40.R12 *“La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial”*, 1997; la Consulta Regional Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, 2001; y el desarrollo del instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora, 2003-2004.

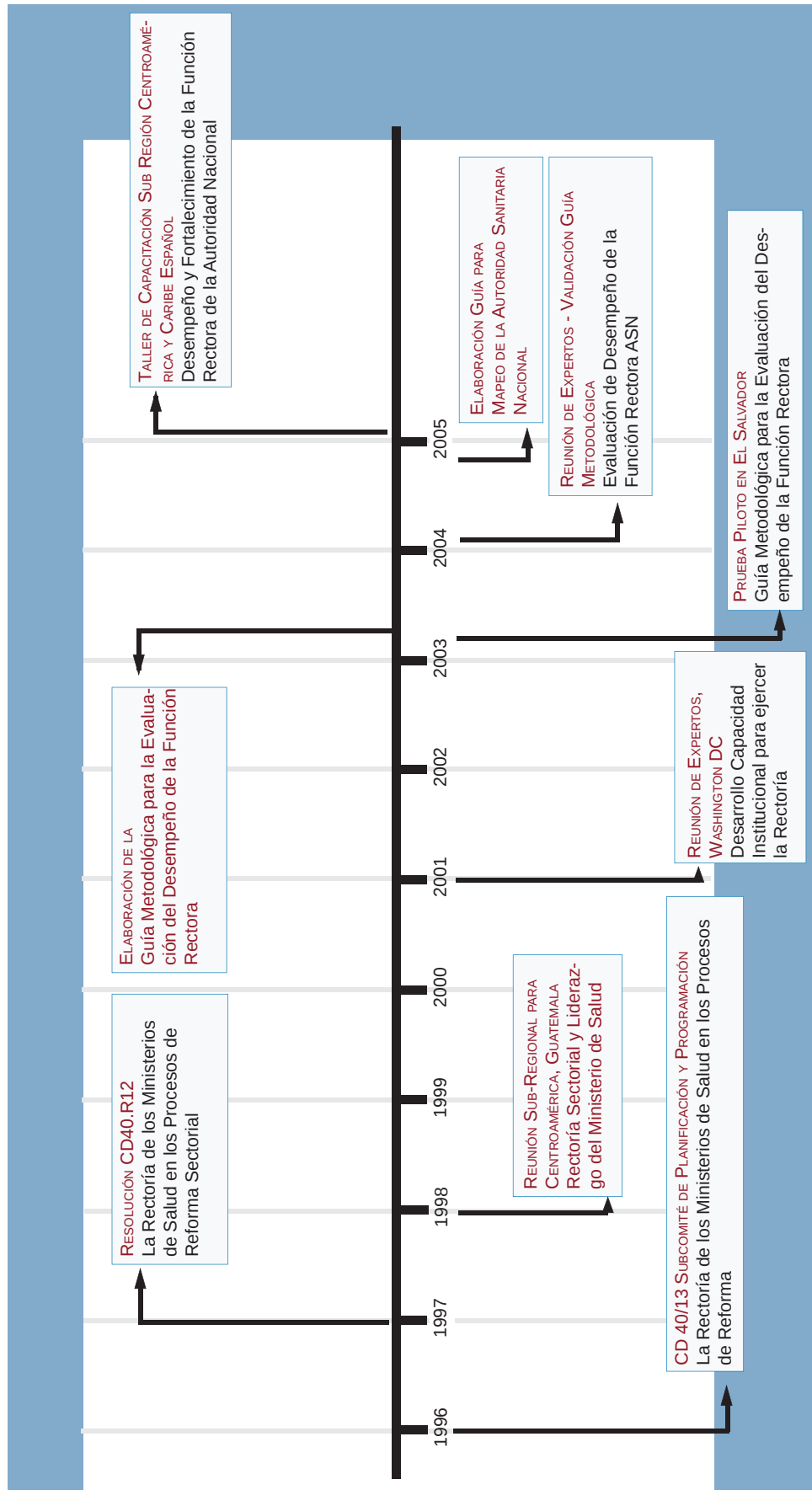
Como parte de este proceso de desarrollo conceptual, la OPS define la rectoría en salud como **el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales.**²⁰

19. OPS/OMS, Informe Final: Reunión Sub-Regional sobre Rectoría Sectorial y Liderazgo de los Ministerios de Salud, Guatemala 23-24 abril 1998; López-Acuna, D. The Nature of Health Reform in the Americas and its Significance for PAHOs Technical Cooperation. Background Paper for the Annual PAHO Managers Retreat, October 23-24, 2000, Washington DC; PAHO/WHO, *Steering Role of Ministers of Health in the process of Health Sector Reform*, PAHO Annual Managers Meeting, 23-27 October 2000, Washington DC.; OPS/OMS, Informe Final, Reunión de Expertos: Desarrollo de la Capacidad Institucional de la Autoridad Sanitaria para Ejercer la Rectoría Sectorial, Washington DC 18-20 junio 2001; Informe Final, (Reunión de Expertos en Rectoría del Sector Salud en Procesos de Reforma, Washington DC 14-15 junio 2004).

20. Eduardo Levkovitz, *“Capítulo 3: Estructura, Organización y Políticas del Sector”* Op. Cit., p.3



GRÁFICO 3: Evolución Conceptual y Metodológica de la Función Rectora en Salud





V. EL CONCEPTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

La Autoridad Sanitaria es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. No obstante, se observan diferencias estructurales en la composición de la Autoridad Sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector salud.²¹

Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la “Autoridad Sanitaria” y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial. De tal modo, existe una tendencia creciente a no concentrar todas las tareas en una sola institución, como solía suceder en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado llevan a cabo las atribuciones diferenciadas.²²

CAJA 1:

FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DE CHILE

La tercera onda de reformas de la salud de Chile iniciado en mayo del año 2000 impulsó una profunda transformación del sistema de salud, tanto público como privado, con el objetivo de que la población pudiera tener mayor y mejor acceso a los servicios de salud, reducir los tiempos de atención, ampliar la red de establecimientos y eliminar barreras económicas. Dicho proceso de reforma efectuó dos acciones fundamentales que resultaron en el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria en la dimensión de conducción. La primera acción fue la priorización del concepto de “rectoría” y su articulación con una serie de propuestas que han pasado a ser actualmente la base del sector salud chileno. En segundo lugar, la Autoridad Sanitaria, fomentó la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implementación de acciones en salud así como de una propuesta de reforma. La reforma se abordó en cinco temas principales, tratados cada uno en un proyecto de ley respectivo. El primero de los proyectos de ley que aprobó el Congreso Nacional fue la Ley de Autoridad Sanitaria, cuya finalidad fue establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria. En consecuencia, el proceso de reforma de salud en Chile ha conseguido de forma ejemplar instaurar cambios legales, institucionales y funcionales para poder encaminar su sector hacia el logro de los ejes rectores de la reforma —aumentar la efectividad sanitaria, la equidad y la solidaridad, y mejorar la eficiencia de la gestión sectorial—.

21. OPS/OMS, “La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción”. Publicación Científica y Técnica No. 589, Washington DC, 2002; Correa, J.L., Proyecto de Autoridad Sanitaria. Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Liderazgo.

22. Durante el XL Consejo Directivo OPS/OMS (1997) los Estados Miembros discutieron y ratificaron las Dimensiones de la Rectoría Sectorial en Salud las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencia institucional que competen a la Autoridad Sanitaria, a saber, Conducción, Regulación, Aseguramiento, Financiamiento, Provisión de Servicios y Funciones Esenciales de Salud Pública.

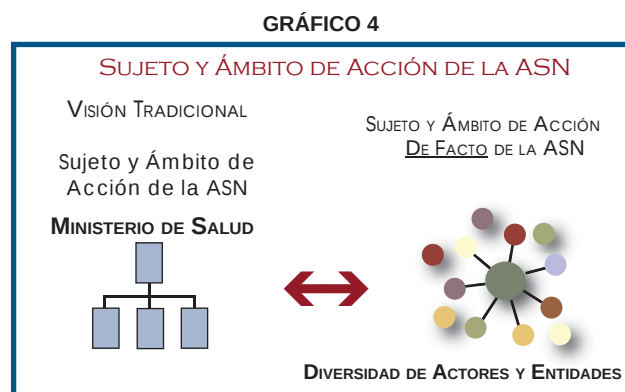


En este contexto, le corresponderá al ministerio nacional de salud un mayor o menor espectro de competencias de acuerdo al peso que tiene la responsabilidad pública, el grado de descentralización de las acciones sectoriales, y en razón de la separación estructural de atribuciones que asume la organización institucional en cada país. En algunos casos, se trata de atribuciones previamente existentes en la práctica o definidas en códigos, leyes o reglamentos. Otras veces se trata de nuevas competencias, lo cual conduce a que las instituciones fortalezcan y muchas veces adecuen su funcionamiento, su estructura organizacional y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo.²³

En dichos casos, se entiende el concepto de “Autoridad Sanitaria” como el conjunto de organizaciones / entidades / actores del Estado responsable de velar por el bien público en materia de salud. Dicha concepción ha llevado a la creación de mecanismos institucionales diversos y complementarios. Dichos mecanismos reconocen la existencia de múltiples actores en el ejercicio de la autoridad sanitaria y viabilizan el ejercicio de la función rectora por organizaciones más estratégicas y ágiles con mayor poder de conducción, autonomía y capacidad para delegar funciones operativas.

5.1 MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

La rectoría no es una función monolítica sino un proceso de gobierno que abarca múltiples determinantes y áreas de intervención que inciden sobre la salud. Existen múltiples actores, intereses políticos y económicos, y entidades involucrados en acciones relativas a la función rectora. Por tanto, resulta necesario e indispensable explicitar el sujeto y ámbito de acción de la Autoridad Sanitaria de acuerdo a las particularidades de cada país. (Gráfico 4)



Como primer paso hacia el fortalecimiento de la Rectoría es fundamental completar un **Mapeo la Autoridad Sanitaria**. El **Mapeo** consiste en identificar, caracterizar y representar gráficamente los actores, organizaciones y entidades que conforman la Autoridad Sanitaria, así como su ámbito de acción esclareciendo claramente la interrelación entre el marco jurídico que da potestad al poder público del Estado para ejercer la función rectora en salud, y el esquema institucional que en efecto ejerce estas facultades.

El Mapeo se efectúa en tres etapas sucesivas. La *primera etapa* comprende la identificación del marco legal que ampara los ámbitos de acción de la función rectora para cada una de las dimensiones de la función rectora. En la *segunda etapa* se busca determinar la o las instituciones responsables de los ámbitos de acción de la función rectora según dictamina la ley. Finalmente, la *tercera etapa* se refiere a los actores, organizaciones y entidades que en efecto están ejecutando las actividades que competen a la función rectora con o sin amparo legal para hacerlo. Se recomienda completar las tres etapas en el ámbito nacional; a nivel de la región, provincia o departamento; y a nivel local o de área.²⁴

23. OPS/OMS, “La Salud Pública en las Américas”: Op Cit p8

24. Sírvase referirse a la Matriz Organizadora para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria para la finalización de este ejercicio. Disponible en: www.lachealthsys.org.

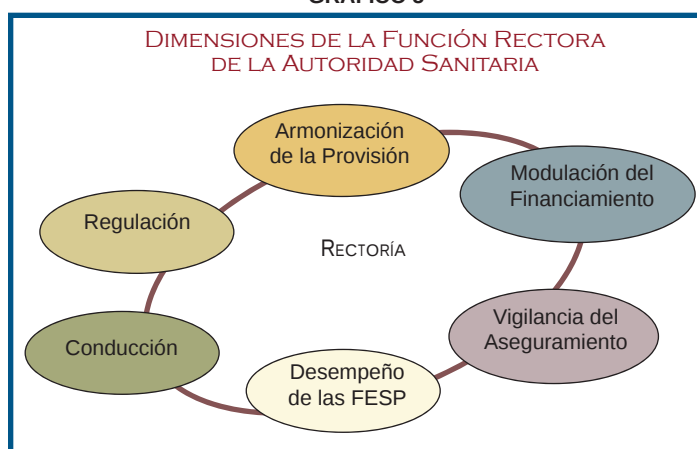


VI. DIMENSIONES DE LA FUNCIÓN RECTORA EN SALUD

Durante el XL Consejo Directivo de la OPS/OMS (1997) se presentó a consideración de los Estados Miembros las *Dimensiones del Rol Rector en Salud* las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales cuya incumbencia corresponden a la Autoridad Sanitaria. En tal ocasión los Estados Miembros discutieron y ratificaron las siguientes seis *Dimensiones del Rol Rector en Salud*.

1. *Conducción Sectorial* comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.
2. *Regulación*, dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento.
3. *Modulación del Financiamiento* que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
4. *Garantía del Aseguramiento*, la cual focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.
5. *La Armonización de la Provisión* constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.
6. La ejecución de las *Funciones Esenciales de Salud Pública (FESPs)* que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria.

GRÁFICO 5





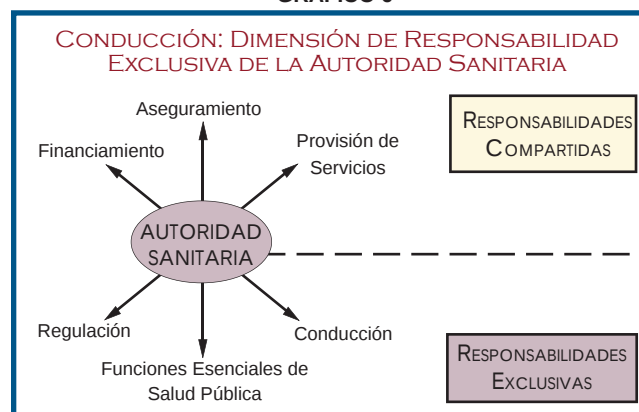
Dependiendo del grado de descentralización del Sistema de Salud, las *Dimensiones* se ubicarán en uno u otro nivel de la Autoridad Sanitaria, nivel nacional, intermedio o local. Puede haber casos en que las funciones de las dimensiones se compartirán entre más de uno de dichos niveles. A continuación se presenta una descripción ampliada de cada una de las dimensiones que conforman el ejercicio de la rectoría sectorial por parte de las autoridades sanitarias, detallando los componentes de acción requeridos para su efectiva realización, así como las características y retos previsibles para las instituciones que han de enfrentarlas.

6.1 CONDUCCIÓN

La dimensión de conducción sectorial consiste en la capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos que, a partir de valores compartidos a nivel nacional y la determinación social del bien público en salud, definen objetivos sanitarios viables y ponen en marcha planes estratégicos con metas factibles. A tal efecto, se deberán articular los esfuerzos de instituciones públicas y privadas del sector y otros actores sociales, para lograr a través de mecanismos participativos y la construcción de consensos, la

movilización de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones propuestas. La conducción constituye una de las tres dimensiones de la Función Rectora que es responsabilidad exclusiva de la Autoridad Sanitaria Nacional.²⁵

GRÁFICO 6



La conducción es un proceso esencialmente político de extraordinaria complejidad. El resultado de una buena conducción deberá consistir en una propuesta política, técnicamente consistente, socialmente ética y estratégicamente viable. La conducción es de mayor relevancia cuando los objetivos establecidos apuntan hacia cambios significativos en la situación existente.²⁶ En esa circunstancia, las *estrategias* desarrolladas deberán procurar construir viabilidad y factibilidad; o sea, generar cuotas de poder que forjen el apoyo necesario para su realización y doten de la capacidad operativa para su ejecución.

25. Adaptado de Levkovitz, E. "Estructura de la Dimensión de uno como Conducción de los Ejes Fundamentales de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria," (presentación dada en el taller de capacitación: Evaluación del desempeño y fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional Función de función rectora para la Subregión de la Centroamérica, la República Dominicana y Puerto Rico, San Salvador, El Salvador, *2-4 de marzo, el 2005).

26 . OPS/OMS. "Desarrollo de la Capacidad de Conducción Sectorial en Salud: Una propuesta operacional. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud". No.6. (Washington D.C.: OPS/OMS, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud; 1998).



Para ello, la Autoridad Sanitaria necesita desarrollar y/o fortalecer su capacidad para efectivamente orientar a las instituciones del sector; y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la política nacional de salud mediante las siguientes acciones:

- ❖ *Analizar la situación de salud, enfatizando la capacidad para recolectar y garantizar la disponibilidad y calidad de la información sanitaria.*
- ❖ *Definir prioridades y objetivos sanitarios, mediante diagnósticos de temas claves y de capacidad institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud.*
- ❖ *Formular, diseminar, monitorear y evaluar estrategias, políticas, planes y programas de salud.*
- ❖ *Conducir, concertar, movilizar actores y recursos del sector.*
- ❖ *Promocionar la Salud, incluyendo el diseño y promoción de políticas de salud pública; y el fomento de la coordinación intersectorial.*
- ❖ *Asegurar la participación y control social en salud.*
- ❖ *Conducir y alinear la Cooperación Internacional en Salud a las prioridades y objetivos nacionales.*
- ❖ *Consolidar la participación política y técnica en organismos internacionales y Sub-Regionales.*
- ❖ *Garantizar la evaluación del desempeño del Sistema de Salud incluyendo la medición del logro de metas; de los recursos utilizados; y de la eficiencia del sistema de salud.*

6.2 REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

Entre las funciones que adquieren mayor relevancia en el nuevo perfil de la rectoría sectorial se encuentra la *regulación* y su necesario correlato la fiscalización y control. La función reguladora tiene como propósito diseñar el marco normativo que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. La regulación y la vigilancia de su aplicación son necesarias para garantizar el papel estatal de ordenar los factores de producción y distribución de los recursos, bienes, servicios y oportunidades de salud en función de principios de solidaridad y equidad. No obstante, existen tendencias a restringirla en función de la expansión del mercado.²⁷

El marco para el ejercicio de la función regulatoria surge a lo interno del Estado e igualmente en el contexto internacional. Al interior del Estado, los mandatos regulatorios surgen fundamentalmente de la normativa constitucional a través de la cual se crean derechos y obligaciones para individuos e instituciones. Lo anterior conduce al ejercicio de la potestad regulatoria la cual está orientada a hacer efectivas las normativas que *operativizan la regulación y empoderan* las instancias correspondientes para cumplirlo. Si dicha *orden* no cobra vida —es decir no se ejerce—, los preceptos constitucionales pierden efectividad ya que su función se reduce a ser declarativa.²⁸

27. Ferreiro, A., Sierra, L. "El papel de las Superintendencias en la Regulación de los Seguros de Salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia", Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. 2001.

28. OPS/OMS, "Reunión en "Sector Salud en Procesos de Reforma", (Washington, D.C. 14-15 de junio de 2004).



El contexto internacional también modula la dimensión regulatoria. Por un lado se encuentran las *urgencias regulatorias* que surgen de las nuevas estructuras de asociación de los Estados en el plano económico – ya sea a través de los compromisos de instancias como la Organización Mundial del Comercio (OMC), o de instancias supranacionales como los mercados comunes o grupos de integración--, y generan inquietudes en cuanto a la posible relajación de estándares o creación de barreras en el acceso. Por otro, las que surgen de otro tipo de compromisos internacionales más asociados a la salud como, por ejemplo, el recientemente adoptado *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, o la revisión del Reglamento Sanitario Internacional*.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un acuerdo internacional jurídicamente vinculante para prevenir la propagación de la enfermedad al nivel mundial. El primer RSI fue adoptado por la OMS y todos los países miembros en 1969. Sin embargo, debido a las amenazas nuevas y las emergentes para salud pública en el siglo XXI, los reglamentos se actualizaron en 2005. La OMS recibió el mandato de proporcionar a los Estados Miembros la ayuda técnica necesaria para el fortalecimiento de sus capacidades de salud pública y para la facilitación de la implementación del RSI 2005. Junto con la OMS y otros socios, a partir del período 2007-2009, todos los países miembros empezarán a evaluar su sistema existente de salud pública y a mejorar su capacidad de detección, notificación, evaluación y respuesta a los eventos de salud pública a fin de reunir los requisitos de capacidad básica mínimos de acuerdo con el RSI 2005.

Para hacerla efectiva el Estado debe reconocer que es una *función indelegable*. Si bien el Estado ha ido variando sus funciones en relación con la salud, la regulación se ha mantenido como una constante. Esto se debe a la función que cumple la regulación como uno de los mecanismos principales con que el Estado modula las relaciones entre actores con asimetrías de poder.

CAJA 2:

REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN EL SECTOR FARMACÉUTICO: EL CASO DE BRASIL

Brasil es el primer país en desarrollo que ha implementado a nivel nacional un programa de distribución de antiretrovirales. El Programa está amparado por la Política General de Medicamentos de Brasil, que propone “asegurar el acceso de la población a medicamentos seguros, eficaces y de calidad, al menor costo posible”. La Autoridad Sanitaria Nacional lleva a cabo dos tipos de regulación farmacéutica: técnica y económica. La regulación técnica introduce normas sanitarias para asegurar la calidad y seguridad de los medicamentos, utilizando mecanismos como el registrar, inspeccionar y la vigilancia sanitaria. La regulación económica está orientada a la introducción de políticas para reducir la influencia de la industria farmacéutica en el mercado y a aumentar el acceso de los consumidores a productos farmacéuticos. Los instrumentos que usa incluyen control de precios, monitoreo del mercado, producción de medicamentos esenciales, promoción del uso de genéricos y desarrollo de políticas de acceso a medicamentos. Si bien la accesibilidad económica de los medicamentos siempre fue un tema importante de la agenda pública, esto se acentuó más en respuesta a la epidemia del SIDA, y el control de precios asumió un papel preponderante en la regulación económica.



Por lo tanto, crea bases normativas para las demás dimensiones de la función rectora: conducción, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios y ejecución de las funciones esenciales de salud pública.²⁹

La regulación es un proceso complejo que incluye el diseño y la generación del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y la garantía de su efectiva aplicación. En términos generales, para que la Autoridad Sanitaria pueda ejercer su *función normativa* a cabalidad, debe abarcar los siguientes ámbitos:

- ❖ Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora;
- ❖ Fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones;
- ❖ Regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria;
- ❖ Regulación y control de bienes y servicios;
- ❖ Regulación y control sanitario del medio ambiente;
- ❖ Regulación y certificación de recursos humanos en salud;
- ❖ Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y de estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios.
- ❖ Regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes garantizados de prestaciones, asegurándose que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido por situaciones de riesgos etéreos o de patologías preexistentes.

La *fiscalización y el control* son fundamentalmente técnicos y apuntan a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa. Requiere especialización profesional y probada independencia respecto a los fiscalizados. El ejercicio de la labor fiscalizadora es altamente dependiente de la disposición de recursos humanos y técnicos, como también de las atribuciones que las normas confieran al respecto. Aquella fiscalización que se traduce en la aplicación de sanciones debe estar sujeta a revisión por los tribunales de justicia, para garantizar un debido proceso y prevenir tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador.³⁰

En algunos países se han creado organismos nuevos, denominados Superintendencias, para desempeñar la función de fiscalización y control. Aunque la función normativa y fiscalizadora son distintas y deben desempeñarse por órganos diversos, la evidencia muestra casos en que órganos eminentemente fiscalizadores desempeñan, a su vez, funciones de tipo normativas; por ejemplo, las circulares, instrucciones o normas de carácter general impartidas por las Superintendencias.³¹ La eficacia global de la dimensión de regulación depende de la eficacia tanto de la función regulatoria como de la fiscalizadora.

29. Monica Bolis, "La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria", Taller de Capacitación: Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para la Sub-Región de Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico, efectuado en San Salvador, El Salvador, 2-4 marzo, 2005.

30. OPS/OMS, XLII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Resolución CD42.R14. (Washington, D.C., 25-29 de septiembre de 2000).

31. Ferreiro, A., Sierra, L. *Op. Cit.*, p.2



6.3 MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

La separación estructural de funciones que caracteriza los procesos de reforma del sector en la Región muestra tres grandes tendencias en el aspecto del financiamiento. La *primera tendencia* tiene que ver con la creación de fondos nacionales autónomos separados de los ministerios de salud, que concentran las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales; las instituciones específicas para propósitos de salud cuando estas existen; y las aportaciones de trabajadores y/o empleadores cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud a las asignaciones generales del estado para este propósito. Lo anterior puede estar relacionado tanto a un esquema de aseguramiento de carácter público como a esquemas múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas y privadas.

La *segunda tendencia* se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedentes de recaudaciones tributarias propias de cada uno de estos niveles de la administración pública y/o de los recursos del situado fiscal nacional, que les son transferidos en bloque por las administraciones centrales y que se destinan a acciones en salud.

La *tercera orientación* está relacionada con la creciente participación en la composición del financiamiento sectorial global en algunos países de la Región, de los seguros privados de salud, y de algunas modalidades de servicios prepagados que se sufragan con recursos propios de los beneficiarios, y/o de sus empleadores, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado.

La combinación de estos tres elementos, en aquellos países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios a que dan lugar los esquemas de financiamiento diferenciados, plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial.³²

La evolución del financiamiento sectorial requiere que la Autoridad Sanitaria Nacional asuma las siguientes responsabilidades:

1. Formular políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad.
2. Vigilar el proceso de financiamiento sectorial.
3. Negociar con principales proveedores.
4. Redistribuir fondos para compensar inequidades.
5. Definir criterios para la efectiva asignación de recursos

32. Crocco, P. "Estructura de las Dimensiones de Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de Servicios", Taller de Capacitación: Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para la Sub-Región de Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico, San Salvador, El Salvador, 2-4 marzo, 2005.



6.4 VIGILANCIA DEL ASEGURAMIENTO

Los esquemas actuales de protección social en el ámbito de la salud, que consisten en sistemas de asistencia social, seguro social y de seguridad social, no bastan para hacer frente a los actuales y nuevos problemas de exclusión.³³ Por consiguiente, la tarea fundamental de las autoridades sanitarias consiste en garantizar a los ciudadanos, *independientemente de su capacidad de pago*, protección social básica universal en materia de salud, que conduzca a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de calidad.³⁴

En materia de *aseguramiento*, el Estado tiene la responsabilidad de tutelar la efectiva protección social en salud, mediante la garantía del acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o planes específicos para grupos especiales de población. Para ello es necesario desarrollar la capacidad institucional de los ministerios o secretarías de salud para definir los contenidos de los planes garantizados de prestaciones que tienen carácter obligatorio

para aquellos ciudadanos amparados bajo el (o los) esquemas de seguridad social en salud, de responsabilidad pública. Igualmente, deberán definir las poblaciones y territorios que serán cubiertos. Dicha tarea deberá abocarse a la protección de los derechos de los usuarios y la difusión de dichos derechos. Finalmente, el Estado deberá definir los estándares de prestación de servicios.

VIGILANCIA DEL ASEGURAMIENTO

GARANTÍA DEL ACCESO A UN CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD PARA TODOS LOS HABITANTES O PLANES ESPECÍFICOS PARA GRUPOS ESPECIALES DE POBLACIÓN

1. Definición de un Conjunto Garantizado de Prestaciones
2. Definición de poblaciones y territorios que serán

6.5 ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

Las tendencias a la descentralización y a la sustitución del ámbito del Gobierno en la *provisión de servicios de salud*, mediante diferentes mecanismos que abren espacios a la participación de múltiples actores sociales (públicos autónomos, organizaciones solidarias no gubernamentales y privados), plantean condicionantes en el entorno y la práctica de la armonización estatal de proveedores, sobre los cuales – en muchas ocasiones - no hay una relación jerárquica. En ese contexto, los ministerios o secretarías de salud, deben actuar más como armonizadores de la gestión de los distintos organismos públicos, descentralizados o desconcentrados, de prestación de servicios, que como administradores directos de la provisión de los mismos.³⁵ Por tanto, la función de la armonización en la provisión de los servicios de salud es de particular importancia en sistemas de salud caracterizados por múltiples actores, de naturaleza pública y privada, y sobre cuya gestión hay que incidir a fin de disminuir la fragmentación operativa. Constituye la capacidad de la Autoridad Sanitaria para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.

33. OPS/OMS, "Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe", Serie No. 1, OPS/OMS: Washington DC, 2003.

34. 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54a Sesión del Comité Regional, Resolución CSP26/12: Extensión de protección social en la Salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (Washington, D.C.: OPS/OMS, Septiembre de 2002).

35. Barillas, E. "Armonización de la provisión de servicios de salud", OPS, (Washington, DC. 2001).



Un mecanismo para asegurar la armonización y la complementariedad es mediante la integración de las diferentes entidades que operan en el sistema en redes de prestación de servicios de salud. Para esto, dos tipos de procesos son necesarios: la integración vertical y la integración horizontal. La integración vertical se refiere a la integración de diferentes niveles de complejidad, asegurando la coordinación entre atención primaria y los niveles más especializados de la atención. La integración horizontal se refiere a la integración de los proveedores que ofrecen servicios de salud similares dentro del mismo nivel de atención. La función rectora desempeña un papel importante de coordinación de las diferentes entidades que participan en la red, asegurando que la visión y meta de la red sea compartida por todos sus miembros.³⁶

Para ello la Autoridad Sanitaria deberá asegurar que se planifican los servicios ya sea con criterio regional o con criterio funcional mediante redes integradas que permitan la armonización de los planes de acción de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. De igual manera, deberá definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios, que estén descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto. Le compete armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país; precisar los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado, y establecer con criterios de complementariedad, la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública.

ARMONIZACIÓN DE LA
PROVISIÓN DE SERVICIOS

CAPACIDAD PARA ORGANIZAR REDES INTEGRADAS Y REGIONALIZADAS
DE SERVICIOS PARA EXTENDER LA COBERTURA DE ATENCIONES DE SALUD
EQUITATIVA Y EFICIENTEMENTE

1. Planificación de servicios con criterio regional o funcional
2. Redes de Prestación de Servicios Integradas/ Coordinadas
3. Fomento de coaliciones y oferta de incentivos para la autoregulación

Para garantizar un proceso fluido en la transferencia de competencias, así como el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones deberá brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios. A fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores deberá definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión. Finalmente, deberá establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios, que sirvan de base para la asignación de recursos, frente a una serie de indicadores de necesidad, de desempeño y de impacto expresados tanto en término de procesos como de resultados.

Existen otras dimensiones de la armonización que van más allá de la regulación de la provisión de los servicios y de la coordinación entre proveedores. Entre ellos, pueden mencionarse: la certificación de profesionales, la acreditación de servicios de salud, la fijación de estándares mínimos de calidad, la negociación, la creación de estímulos o incentivos, la contratación de proveedores, etc. Todos ellos deben ser aplicables tanto al subsector público como al privado.

36. James Cercone, "Opciones de Política para la Integración de los Sistemas y Servicios de Salud". (Washington, DC.: PAHO/WHO, forthcoming).



6.6 EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

“Es posible identificar un núcleo de funciones y responsabilidades propias de la autoridad sanitaria, cuyo cumplimiento es necesario para asegurar una buena práctica de salud pública.”³⁷ A estas funciones y responsabilidades se denomina Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). El desempeño eficaz de las FESP es de gran importancia debido a sus externalidades altas. Como el organismo responsable de la protección de la salud de la población, la Autoridad Sanitaria Nacional es la institución principal a cargo de ejecutar las FESP o asegurar su desempeño adecuado por otros actores/entidades.

Funciones Esenciales de Salud Pública

FESP 1.	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3.	Promoción de la salud
FESP 4.	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5.	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materias de la salud pública
FESP 6.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7.	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8.	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9.	Investigación en salud pública
FESP 10.	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 11.	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

El desempeño de las FESP se relaciona con todas las otras dimensiones de la función rectora. Por ejemplo, las FESP 5 y 6 se refieren a la capacidad de elaborar políticas y de regular la salud pública, respectivamente. En este contexto, hay una relación clara entre estas dos funciones y las dimensiones de conducción y regulación de la función rectora. Sin el ejercicio eficaz de la rectoría, las FESP no pueden implementarse adecuadamente y sin el desempeño adecuado de las FESP, los sistemas de salud no pueden alcanzar su meta máxima que es la salud de la población. El cuadro 7 muestra una matriz con la relación entre las FESP y las dimensiones de Función Rectora.

Como parte de la Iniciativa “La salud pública en las Américas”, se desarrolló una herramienta para medir el desempeño de las FESP y se aplicó en 41 países y territorios de la Región. Los resultados de la aplicación de la herramienta proporcionaron un punto de partida dinámico para el análisis de los puntos fuertes y puntos débiles existentes en el sector de la salud pública de la Región de ALC. En concreto, los resultados ayudaron a señalar algunas de las brechas en la función rectora según se relaciona con el desempeño de las FESP. Las autoridades sanitarias nacionales de los países cuentan con los resultados obtenidos, los cuales constituyen un insumo fundamental para este análisis.³⁸

37. OPS/OMS, “La Salud Pública en las Américas”, Op. Cit. 8.

38. Ibid



GRÁFICO 7: Concordancia entre las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y las Dimensiones de la Función Rectora

Dimensiones de la Rectoría FESP	Conducción	Regulación	Modulación del Financiamiento	Vigilancia del Aseguramiento	Armonización de la provisión de servicios
1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud	X				
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	X	X			
3. Promoción de la salud	X	X			
4. Participación de los ciudadanos en la salud	X				
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	X	X	X	X	X
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública	X	X			X
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	X		X	X	X
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	X	X			X
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	X	X			X
10. Investigación en salud pública	X	X	X	X	X
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	X	X	X		X



VII. FORTALECIMIENTO DE LA FUNCIÓN RECTORA

Los países de la Región de las Américas están realizando importantes esfuerzos para lograr el fortalecimiento de la función de rectoría. Sin embargo, cada país, dentro de su realidad y sus posibilidades, deberá efectuar un ejercicio de auto-evaluación que viabilice analizar el desempeño de su capacidad para ejercer la función rectora, al igual que para definir posibles acciones conducentes al fortalecimiento. Para ello se deberá tomar en consideración las *lecciones aprendidas* que empiezan a surgir de la experiencia a nivel de país, entre las que se incluyen las siguientes:

(i) El establecimiento de prioridades y objetivos sanitarios requiere contar con información veraz, oportuna y confiable. **(ii)** La formulación de políticas y estrategias de salud debe complementarse con la evaluación de las mismas. **(iii)** El marco legal que respalda a la Autoridad Sanitaria en el ejercicio de su función debe ser congruente con la conducción que — cómo ente rector— ésta pretende ejercer sobre el sector. **(iv)** Para que la regulación sea efectiva, la función normativa debe complementarse con la fiscalización. **(v)** Para que la cooperación internacional en salud en el país tenga impacto, responda a las necesidades identificadas y sea sostenible, la Autoridad Sanitaria debe estar involucrada en su negociación, coordinación y evaluación. **(vi)** Se deberá contar con recursos humanos calificados para ejecutar las funciones de la rectoría.

CAJA 3:

FORTALECIENDO LA CAPACIDAD RECTORA DEL MINISTERIO DE SALUD EN COSTA RICA

A principios de los años noventa se inició un debate nacional sobre como enfrentar los desafíos que se presentaron en el Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Problemas como el déficit fiscal, la deuda externa e interna, la excesiva centralización, la ineficiencia y la reducción de los aportes del Estado al financiamiento del sector salud, repercutieron en el desempeño del sector salud. En 1994 comenzaron a ejecutarse reformas estructurales importantes en la organización, financiamiento y provisión de los servicios de salud, manteniendo siempre los principios básicos de cobertura universal y el financiamiento público de la CCSS. Se formuló el Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, cuyo objetivo era apoyar al Ministerio de Salud para que asumiera el efectivo ejercicio de la rectoría de la salud, trasladando a la CCSS las funciones de prestación y financiación mientras las funciones de regulación y conducción debían ser desarrolladas por el Ministerio de Salud. El objetivo era eliminar duplicidades en cuanto a los recursos humanos e infraestructura. La redefinición de los roles institucionales en el sistema de salud, producto de la reforma, exigió una mayor capacidad del Ministerio de Salud para ejercer su rol rector: conducir al sector, regular los bienes y servicios de salud, medir el desempeño de las FESP, modular el financiamiento de la atención en salud, vigilar el aseguramiento y armonizar la provisión de los servicios. Los logros alcanzados desde el comienzo del proyecto en 1994 hasta la fecha son numerosos. Para 2002, el MS había realizado importantes esfuerzos adicionales para dar respuesta a las crecientes demandas que requerían un efectivo ejercicio de la rectoría del sector.

El gran reto está en plantearse la rectoría como función de gobierno y alta dirección, y dirigir los esfuerzos de fortalecimiento al desarrollo de las funciones de planificación, financiamiento, asignación, desarrollo de recursos, gestión del conocimiento y gerencia pública.



VIII. INSTRUMENTO METODOLÓGICO

8.1 INSTRUCTIVO

8.1.1 PROPÓSITO

Provocar una discusión en los grupos de trabajo que sirva para analizar y valorar cómo la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) está llevando a cabo sus funciones rectoras, contribuyendo así a la identificación de fortalezas y debilidades en el desempeño de su rol rector, con el fin de generar propuestas concretas para el fortalecimiento de la ASN.

8.1.2 METODOLOGÍA DE TRABAJO

1. Organización de los participantes en grupos de trabajo. Selección de un/a moderador y de un/a relator/a. Cada grupo será apoyado por un facilitador.
2. Discusión de las preguntas relativas a la Dimensión 1 (Conducción) y Dimensión 2 (Regulación) en grupo. Respuesta individual a cada pregunta.
3. Discusión de las preguntas relativas a las Dimensiones 3 (Financiamiento), 4 (Aseguramiento) y 5 (Provisión de Servicios) en grupo. La respuesta será acordada por el grupo—si hay diferencias de opinión, se toma nota al respecto.
4. Evaluación de cuestionarios y tabulación de resultados.
5. Presentación de resultados al grupo.
6. Reflexión sobre fortalezas y debilidades del rol rector de la ASN.
7. Generación de propuestas para el fortalecimiento de la ASN.
8. Evaluación del Taller.



8.1.3 ESTRUCTURA

El proceso de evaluación del desempeño de la función rectora de la ASN está compuesto por dos etapas: la primera, el Mapeo de la ASN, y la segunda, el Instrumento de evaluación del desempeño de la función rectora de la ASN.

8.1.3.1 PRIMER ETAPA: **Guía para el Mapeo de la ASN**

¿Quiénes Hacen? - Caracterización de la ASN

- Definición del marco legal.
- Identificación de las instituciones responsables por ley de la función de rectoría.
- Identificación de las entidades que actualmente ejecutan la función rectora con o sin el aval legal.

8.1.3.2 SEGUNDA ETAPA: **Instrumento para la Evaluación y Fortalecimiento del Desempeño de la Función Rectora de la ASN**

¿Qué Hacen? – La ejecución de las funciones rectoras por parte de las instituciones que conforman la ASN.

El Cuestionario está organizado en 5 acápite. Cada sección corresponde a una dimensión de rectoría, e incluye los componentes de cada una.¹ Los dos primeros acápite contienen preguntas cerradas; los tres últimos acápite contienen preguntas abiertas.

8.1.3.2.1 Preguntas Cerradas

Se responde según se indica en la Tabla de Puntaje (ver próxima sección). Se incluye también secciones abiertas para incluir comentarios adicionales en caso de ser necesario.

1. **Conducción**
2. **Regulación**

1. La única dimensión que no se incluye formalmente es la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública—véase el Cuadro de Concordancia entre las FESPs y las Dimensiones de la Función Rectora (pag. 19).



8.1.3.2.2 Preguntas Abiertas

Las preguntas son concretas y específicas. Se discuten en grupo y las respuestas se acuerdan en grupo. Se designa un relator para tomar nota. No es necesario que todas las partes concuerden: cuando hay diferencia de opinión, se indica.

3. Modulación del Financiamiento

4. Garantía del Aseguramiento

5. Armonización de la provisión

8.1.4 TABLA DE PUNTAJE PARA PREGUNTAS CERRADAS

La siguiente tabla presenta la escala de las puntuaciones que se pueden otorgar para responder las preguntas de los Acápites 1 y 2, Conducción y Regulación. En todos los casos se deberá asignar una puntuación en un rango de 0 a 5. En un extremo, un puntaje de “0” designa la inexistencia de esa actividad o subfunción de la rectoría que se está analizando, y se le adscribe la denominación de “nulo”. En el otro extremo, un puntaje de “5” denota que la actividad se logra a cabalidad, adscribiéndole la denominación de “muy alto”. Los puntajes del 1 al 4 denotan niveles intermedios de logro de la actividad.

Puntaje	Equivalencia	Escala
0	0%	Nulo
1	20%	Muy pobre
2	40%	Pobre
3	60%	Normal
4	80%	Alto
5	100%	Muy alto

8.1.5 COMENTARIOS Y RESPUESTAS A PREGUNTAS ABIERTAS

En las primeras dos secciones, hay varios acápites donde se puede hacer observaciones o comentarios en un espacio en blanco proporcionado para tal fin, a modo que los participantes puedan ampliar sus respuestas o añadir temas que consideren de importancia. No se trata de que se rellene cada uno de estos espacios abiertos, sino más bien de brindar la oportunidad para retroalimentación en caso de considerarse necesario.

En las últimas tres secciones, que contienen las preguntas abiertas, se pretende lograr una discusión centrada en el tema de cada pregunta. Habrá un moderador que orientará la discusión hacia la respuesta de las preguntas, quién se deberá asegurar se cumpla con los tiempos y evitar la dispersión. Las respuestas de cada grupo de trabajo se transcribirán y se presentarán junto con los cuestionarios de las dos primeras secciones, para ser procesados y tabulados.



8.1.6 GENERACIÓN DE POSIBLES PROPUESTAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LA ASN

Una vez los grupos de trabajo han terminado sus encuestas y respuestas, éstas serán entregadas a los facilitadores. Los datos serán procesados y tabulados y se presentarán a los grupos de trabajo en forma preliminar como retroalimentación para la siguiente fase: *La identificación de propuestas para el fortalecimiento de la función rectora.*

Los grupos de trabajo, reunidos nuevamente, se dan a la tarea de identificar posibles opciones para el fortalecimiento de las funciones rectoras de la ASN. Es importante que las opciones que se planteen sea posible traducirlas en acciones concretas.

Producto Final: Cada grupo de trabajo presentará su propuesta de estrategias y acciones dirigidas a fortalecer el rol rector de la Autoridad Sanitaria Nacional, utilizando como base el análisis de los resultados del mapeo y del instrumento de evaluación del desempeño. Igualmente, entregará un cronograma tentativo para la aplicación del mapeo y del instrumento en su respectivo país.

RUTA CRÍTICA: PASOS A SEGUIR



Confidencialidad

La información suministrada es estrictamente confidencial y solo estará disponible una vez que haya sido procesada, de modo que se garantiza la total confidencialidad al participante relativo a su contestación individual.



8.2 MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

El proceso de Mapeo se efectúa en tres etapas sucesivas. La *primera etapa* comprende la identificación del marco legal que ampara los ámbitos de acción de la función rectora para cada una de las dimensiones de la función rectora. En la *segunda etapa* se busca determinar la o las instituciones responsables de los ámbitos de acción de la función rectora según dictamina la ley. Finalmente, la *tercera etapa* refiere la/las instituciones que en efecto están ejecutando las actividades que competen a la función rectora con o sin amparo legal para hacerlo. Se recomienda completar las tres etapas en el ámbito nacional; a nivel de la región, provincia o departamento; y a nivel local o de área. Favor de llenar las tablas de la siguiente manera:

8.2.1 MARCO LEGAL

Identifique el o los instrumento/s legal/es que normatizan el alcance y las responsabilidades que se le otorga a la/s instituciones para ejecutar esta actividad. Si es así, coloque el número de ley o código que contenga dicha actividad como tal. (en el anexo se transcribirá textualmente la misma). En el caso de no existir ningún mandato legal que la respalde, solo se colocará una línea transversal que indique la nulidad de la misma.

8.2.2 INSTITUCIÓN RESPONSABLE POR LEY

Identifique en los mandatos legales del país a la/s institución/es que son responsables del cumplimiento de esta actividad. En el caso de no existir alguna determinada, coloque una línea transversal que indicará que el país no lo responsabiliza a ninguna institución.

8.2.3 INSTITUCIÓN EJECUTORA

Identifique que institución/es están ejecutando estas actividades en la actualidad.



ÁREA FUNCIONAL: CONDUCCIÓN

ACTIVIDADES	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/ REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Análisis de la situación de salud									
Definición de prioridades y objetivos sanitarios									
Formulación de las políticas, planes, programas y estrategias de salud									
Dirección, concertación y movilización de actores y recursos									
Promoción de la salud y participación social en salud									
Coordinación política y técnica de la cooperación internacional en salud									
Participación política y técnica en organismos de integración económica a nivel regional y subregional.									
Evaluación del desempeño del sistema de salud (funcionamiento sectorial de sus instituciones)									
Monitoreo y evaluación									



ÁREA FUNCIONAL: REGULACIÓN											
ACTIVIDADES	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/REGIONAL			NIVEL LOCAL				
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora		
Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud											
Regulación de los seguros de salud públicos											
Regulación de los seguros de salud privados											
Regulación y fiscalización de la provisión de servicios de salud públicos y privados											
Acreditación de instituciones públicas y privadas de salud											
Regulación y control de insumos médicos											
Regulación y control de tecnología sanitaria											
Regulación y control de bienes de consumo e insumos básicos											
Regulación y control sanitario de establecimientos públicos											
Regulación y control sanitario del medio ambiente											
Regulación y certificación de recursos humanos en salud.											
Regulación y control de los programas de formación y educación continua en ciencias de la salud.											
Armonización de la legislación de salud con la de los países participantes en los procesos de integración regional											



ÁREA FUNCIONAL: EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

ACTIVIDADES	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/ REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
FESP 1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.									
FESP 2 Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.									
FESP 3 Promoción de la salud.									
FESP 4 Participación de los ciudadanos en la salud.									
FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.									
FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.									
FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.									
FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.									
FESP 9 Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.									
FESP 10 Investigación en salud pública.									
FESP 11 Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.									



ÁREA FUNCIONAL: FINANCIAMIENTO									
ACTIVIDADES	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/ REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Formular políticas para modular y corregir las distorsiones del financiamiento sectorial									
Vigilar el proceso de financiamiento sectorial.									
Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores									
Influir en la distribución presupuestaria									



ÁREA FUNCIONAL: GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO									
ACTIVIDADES	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO / REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	Marco legal que la contiene	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal que la contiene	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal que la contiene	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Definir el contenido de los conjuntos garantizados de prestaciones									
Vigilar el cumplimiento de la cobertura de los planes, garantizando que ningún ciudadano sea excuado.									
Definir el grupo poblacional, el territorio y los mecanismos de vigilancia que asegurará a la población su aseguramiento.									



ÁREA FUNCIONAL: PROVISIÓN DE SERVICIOS

ACTIVIDADES	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/ REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	Marco legal que la contiene	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal que la contiene	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal que la contiene	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Organizar los planes de acción y redes de servicios de instituciones públicas y privadas para evitar la duplicación de servicios de salud en el país									
Establecer criterios de contratos de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados									
Definir criterios de Calidad de atención a la salud									
Definir criterios de acreditación de instituciones prestadoras									
Establecer criterios de incorporación de tecnología en salud									



8.3 INSTRUMENTO

CONDUCCIÓN

CAPACIDAD DE ORIENTAR A LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR Y MOVILIZAR INSTITUCIONES Y GRUPOS SOCIALES EN APOYO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

1.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD	PUNTAJE
1.1	Recolección y Disponibilidad de Informaciónn	
a.	Las fuentes de información sobre la situación de salud son fácilmente identificadas y accesibles en el Sistema Nacional de Salud.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional efectúa evaluaciones periódicamente de los sistemas de información y de las necesidades de información estratégica, y facilita su disponibilidad.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional garantiza la disponibilidad de indicadores de morbilidad y mortalidad para el nivel nacional, departamental y/o local.	
d.	La Autoridad Sanitaria Nacional promueve y garantiza la disponibilidad de información actualizada sobre acceso a servicios de salud por grupo socio-económico, división geográfica, etnia y género.	
e.	La Autoridad Sanitaria Nacional promueve y garantiza la disponibilidad de información actualizada sobre hábitos de vida y riesgos a la salud.	
f.	La Autoridad Sanitaria Nacional promueve y garantiza la disponibilidad de información sobre riesgos ambientales.	
g.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con mecanismos de coordinación efectiva para el intercambio de información entre el nivel nacional y los niveles subnacionales	



1.2	Control de Calidad de la Información	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con instrumentos y procesos para el control de la calidad de la información.	
b.	Se identifica una clara sistematización de las estadísticas poblacionales..	
c.	Las estadísticas poblacionales proporcionan información de calidad.	
d.	La información de salud que se recopila es oportuna y pertinente.	
e.	En términos de cobertura y precisión, la información sobre morbilidad y mortalidad que se recopila es de calidad y actualizada.	
1.3	Capacidad Institucional para la Realización de Análisis de Situación de Salud	
a.	La información recopilada es analizada y sirve de insumo para generar inteligencia Sanitaria (capacidad técnica).	
b.	La toma de decisiones se efectúa en función de la información recopilada y analizada.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con los recursos humanos, materiales, financieros y organizacionales necesarios para realizar el análisis de situación de salud.	
d.	La Autoridad Sanitaria Nacional difunde información sobre el estado de salud de la población por varios medios.	



2.	DEFINICIÓN DE PRIORIDADES Y OBJETIVOS SANITARIOS	
2.1	Realización de Diagnósticos Focalizados en Temas Claves	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional promueve y se identifica un diagnóstico que evidencie las brechas existentes entre las necesidades de salud y la oferta efectiva de servicios de salud.	
b.	Se han definido <i>Objetivos Nacionales de Salud</i> .	
c.	Se utilizan las prioridades de salud determinadas por el país como insumo para la definición de los <i>Objetivos Nacionales de Salud</i> .	
d.	El actual perfil de la situación de salud sirve de fundamento para la definición de los <i>Objetivos Nacionales de Salud</i> .	
e.	Las prioridades de salud determinadas por el país concuerdan con los <i>Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG's)</i> .	
2.2	Capacidad Institucional para Definir Prioridades y Objetivos Nacionales de Salud	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional asume la responsabilidad para definir prioridades en salud.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con y asigna fondos para viabilizar los procesos conducentes a la definición de prioridades y Objetivos Nacionales de Salud.	
c.	La estructura organizacional de la Autoridad Sanitaria Nacional facilita la definición de prioridades y Objetivos Nacionales de Salud.	



3.	FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS, POLÍTICAS, PLANES, Y PROGRAMAS DE SALUD	
3.1	Elaboración y Desarrollo de Estrategias, Políticas, Planes, Programas de Salud	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional asume el liderazgo en el desarrollo de la <i>Agenda Nacional de Políticas de Salud Pública</i> .	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional define e implementa políticas de salud.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional elabora y actualiza con periodicidad la <i>Política Nacional de Salud</i> para el país.	
d.	La <i>Política Nacional de Salud</i> define los actores y sus responsabilidades específicas para alcanzar los <i>Objetivos Nacionales de Salud</i> .	
3.2	Difusión de las Políticas, Planes, Programas y Estrategias de Salud	
a.	Los entes que componen la Autoridad Sanitaria Nacional; los demás sectores del gobierno; y la sociedad civil tienen fácil acceso al documento de <i>Política Nacional de Salud</i> del país.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional difunde/socializa la <i>Agenda de Políticas de Salud Pública</i> con los <i>Sindicatos</i> .	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional difunde/socializa la <i>Agenda de Políticas de Salud Pública</i> con las <i>Instituciones del Sector Privado</i> .	
d.	La Autoridad Sanitaria Nacional difunde/socializa la <i>Agenda de Políticas de Salud Pública</i> con los <i>Municipios o Niveles Descentralizados</i> .	



e.	La Autoridad Sanitaria Nacional sistemáticamente difunde/socializa la <i>Agenda de Políticas de Salud Pública</i> con las <i>Organizaciones No Gubernamentales</i> .	
f.	La Autoridad Sanitaria Nacional difunde/socializa la <i>Agenda de Políticas de Salud Pública</i> con las <i>Organizaciones Comunitarias</i> .	
3.3	Monitoreo y Evaluación de las Políticas, Planes, Programas y Estrategias de Salud	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación para medición de impacto de las políticas de salud.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional promueve mecanismos independientes de seguimiento y evaluación de la implantación de las políticas de salud.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional recopila, analiza, integra y evalúa la información proveniente de múltiples fuentes.	
d.	La Autoridad Sanitaria Nacional utiliza la información proveniente del ejercicio de evaluación para definir e implementar las políticas de salud pública.	
4.	DIRECCIÓN, CONCERTACIÓN, MOVILIZACIÓN DE ACTORES Y RECURSOS	
4.1	Concertación y Liderazgo	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional promueve el logro del consenso con los múltiples actores del sector salud para viabilizar la definición de la Política Nacional de Salud.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional lidera el proceso nacional conducente a la formulación de objetivos sanitarios y políticas sectoriales nacionales y subnacionales en salud.	



c.	La Autoridad Sanitaria Nacional construye coaliciones y alianzas en el proceso de conducción de la política nacional de salud.	
d.	El sistema de comunicación interno de la ASN disemina información sobre el ejercicio de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (dirigido al personal institucional en todos los niveles).	
e.	El sistema de comunicación externo de la ASN disemina información relativa al ejercicio del rol rector por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional dirigido a los interesados fuera del sector salud.	
f.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con una definición formal de su visión y misión.	
g.	La Autoridad Sanitaria Nacional difunde ampliamente su misión y visión.	
4.2	Mobilización de Recursos	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional moviliza recursos (materiales, humanos, financieros y organizacionales) del sector salud para el cumplimiento de la política nacional de salud.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional logra resultados concretos a partir del proceso de movilización de recursos.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional coordina y colabora con instituciones académicas y sociedades científicas en el desarrollo de recursos humanos para el sector salud.	



5.	PROMOCIÓN DE LA SALUD, PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL EN SALUD	
5.1	Diseño y Promoción de Políticas de Salud Pública	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional dirige la elaboración de normas e intervenciones orientadas a favorecer conductas y ambientes saludables.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional define y ejecuta acciones para fortalecer los niveles subnacionales en acciones de promoción de la salud.	
5.2	Fomento de la Participación Activa de la Sociedad Civil en la Identificación de Problemas, Planificación e Implementación de Acciones en Salud	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional estimula y fomenta el desarrollo la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implementación de acciones en el campo de la salud.	
b.	Disposición de la Autoridad Sanitaria Nacional para solicitar aportes de la sociedad civil/ comunidad para la definición de los Objetivos Nacionales de Salud.	
c.	Capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional para asesorar y apoyar a los niveles subnacionales en el desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de participación social en la toma de decisiones de salud pública.	
5.3	Fomento de la Coordinación Inter-Sectorial	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional convoca con periodicidad representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado con el fin de planificar acciones dirigidas al logro de las metas en materia de promoción de la salud.	



6.	ARMONIZACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL EN SALUD	
6.1	Negociar con Donantes y otros Cooperantes Internacionales	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional inicia, conduce y lleva a cabo procesos de negociación con organismos de cooperación internacional en el campo de salud.	
6.2	Coordinación de la Cooperación Internacional en Salud	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional desarrolla proyectos de salud para someter a la consideración de organismos de cooperación internacional.	
b.	Incidencia de los proyectos de cooperación recientes en el desarrollo y formulación de políticas del sector.	
6.3	Monitoreo y Evaluación de las Contrapartes en Proyectos de Cooperación Internacional	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional monitorea la contraparte internacional en proyectos de cooperación.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con profesionales capacitados en el seguimiento sistemático de los proyectos de cooperación internacional.	



7.	PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y TÉCNICA EN ORGANISMOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y SUB-REGIONALES	
7.1	Articulación Política y Técnica con Organismos Internacionales, Regionales y Sub-regionales	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional participa activamente como portavoz y representante del sector salud en organismos internacionales, regionales y sub-regionales.	
7.2	Implementación de Acuerdos Sub-Regionales, Regionales y Globales	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional coordina, supervisa e implementa en el país acuerdos y compromisos sub-regionales, regionales y globales.	
8.	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD	
8.1	Medición del Logro de Metas	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional define metas que sirven de punto de referencia para la evaluación del desempeño del sistema de salud.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con mecanismos para medir el logro de las metas establecidas.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con la capacidad técnica y organizacional para conocer cómo se está avanzando en el logro de las metas.	

8.2



8.2	Medición de los Recursos Utilizados y Estimación de la Eficiencia del Sistema de Salud	
a.	La ASN asigna recursos técnicos y financieros para medir los recursos del sistema de salud que se invierten para alcanzar las metas.	
b.	La ASN asigna recursos técnicos y financieros para definir la información que se requiere para estimar la eficiencia del sistema.	
c.	La ASN asume como su responsabilidad y competencia la determinación de la eficiencia en cuanto a la utilización de los recursos invertidos para alcanzar las metas.	
8.3	Evaluación del Desempeño y Retroalimentación	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional identifica sus debilidades para efectivamente ejercer la función rectora.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional identifica los puntos operativos críticos del sector salud que pueden representar cuellos de botella para ejercer la función rectora.	
c.	La ASN asume como su competencia la evaluación del desempeño del sistema de salud.	
d.	La ASN elabora e implementa políticas para mejorar los logros y la eficiencia del sistema a partir de la evaluación del desempeño.	



REGULACIÓN

DISEÑO DEL MARCO NORMATIVO SANITARIO QUE PROTEGE Y PROMUEVE LA SALUD Y LA GARANTÍA DE SU CUMPLIMIENTO

1.	MARCO INSTITUCIONAL Y RESPALDO LEGAL PARA EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN REGULADORA	PUNTAJE
1.1	Desarrollo y Perfeccionamiento del Marco Legal	
a.	El marco legal confiere a la ASN el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencias especializadas.	
b.	La modalidad directa o por medio de agencias regulatorias que existe favorece la equidad en el acceso a bienes, productos y servicios de salud.	
c.	La modalidad directa o a través de agencia regulatoria que existe favorece la participación de los distintos sectores involucrados.	
d.	La modalidad directa o a través de agencias regulatorias que existe favorece la transparencia en términos de rendición de cuentas.	
e.	La Autoridad Sanitaria Nacional incide en la formulación de regulaciones de salud.	
f.	El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Servicios de Salud.	
g.	El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Tecnologías en Salud.	
h.	El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Alimentos.	
i.	El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Medicamentos e insumos médicos.	



j.	El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector Ambiente.	
k.	Existen leyes que carecen de reglamentación en el ámbito sanitario, o en otros ámbitos que influyan sobre la salud.	
l.	La ASN actualiza las regulaciones dirigidas a la protección de la salud y seguridad de la población con el objetivo de responder mejor a las necesidades cambiantes.	
1.2	Efectividad del Marco Legal	
a.	El marco legal existente es efectivo en el ejercicio de la función regulatoria.	
b.	El ejercicio de la función regulatoria ha resultado ser positiva en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional coordina inter-sectorialmente para ejercer la función regulatoria.	
1.3	Capacidad Institucional para Ejercer la Función Regulatoria	
a.	Las dependencias que componen la Autoridad Sanitaria Nacional tienen conocimiento de las regulaciones.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional asume la función regulatoria.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional es autónoma en términos de presiones políticas y económicas en la formulación de regulaciones.	
d.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce la función regulatoria eficientemente en función de Recursos Humanos capacitados.	



e.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce la función regulatoria eficientemente en función de Recursos Humanos disponibles suficientes.	
f.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce la función regulatoria eficientemente en función de los Recursos Financieros disponibles.	
g.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce la función regulatoria eficientemente en términos de las Instalaciones.	
h.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce la función regulatoria eficientemente en función de Insumos y tecnologías.	
2.	FISCALIZACIÓN Y CONTROL	
2.1	Capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional de Hacer Cumplir las Regulaciones	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional hace cumplir las regulaciones por medio de mandatos claros y procedimientos establecidos en las regulaciones aplicables.	
b.	La Autoridad Sanitaria Nacional hace cumplir las regulaciones mediante la existencia de sanciones efectivas en relación con la magnitud del daño a la salud individual o colectiva.	
c.	La Autoridad Sanitaria Nacional es reconocida como “la autoridad” por los diversos actores involucrados.	
d.	La Autoridad Sanitaria Nacional hace cumplir las regulaciones mediante el nivel de interacción con los fiscalizados en términos de difusión de normas y procedimientos aplicables.	
e.	Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de servicios de salud.	



f.	Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de tecnología.	
g.	Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de alimentos.	
h.	Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de medicamentos.	
i.	Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector ambiente.	
j.	La Autoridad Sanitaria Nacional comparte su función fiscalizadora con otras instituciones.	
k.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en términos de los Recursos Humanos capacitados.	
l.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en términos de Recursos Humanos suficientes.	
m.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en términos de Recursos financieros suficientes.	
n.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en términos de las instalaciones.	
o.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en términos de Insumos y Tecnología.	



2.2	Coordinación y Transparencia	
a.	La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce la función de fiscalización y control con transparencia.	
b.	Los diversos sectores involucrados perciben que la Autoridad Sanitaria Nacional ejerce su función fiscalizadora con un alto nivel de transparencia.	
c.	Las instancias centrales asisten a los niveles subnacionales en la función de fiscalización y control.	
d.	El desempeño global de la función fiscalizadora es positivo en términos de la interrelación que existe entre las funciones de regulación y control.	
3.	REGULACIÓN Y CONTROL DE INSUMOS MÉDICOS (MEDICAMENTOS, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS) Y TECNOLOGÍA SANITARIA	
3.1	Regulación del Sector Farmacéutico	
a.	La ASN mantiene y actualiza el registro de medicamentos expedidos al público, en función de principios de seguridad y eficacia.	
b.	Existen normas para la importación, comercialización, publicidad, distribución y consumo de medicamentos.	
c.	La ASN desempeña un rol activo en la evaluación o supervisión de la evaluación de los medicamentos genéricos.	
d.	La ASN implanta medidas de control de precios para garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos por la población.	



3.2	Regulación y Control de Equipos y Dispositivos Médicos	
a.	La ASN mantiene y actualiza el registro de equipos y dispositivos médicos, en razón de principios de seguridad y eficacia.	
b.	Existen normas para la importación, comercialización, publicidad, distribución y uso de equipos y dispositivos médicos.	
c.	La ASN toma medidas de control de precios para garantizar la disponibilidad y acceso a equipos y dispositivos médicos por parte de la población.	
3.3	Regulación y Evaluación de Tecnología Sanitaria	
a.	Existen normas para la evaluación de las tecnologías en salud.	
b.	Existen organismos públicos o privados dedicados a evaluar las tecnologías en salud.	
c.	La ASN utiliza la información producto de las evaluaciones para el desarrollo de recomendaciones atinadas acerca de la tecnología disponible, o sobre proveedores y usuarios.	
4.	REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO DE BIENES Y SERVICIOS	
4.1	Normativas de Bienes de Consumo	
a.	Existen normas sanitarias para la importación, comercialización, distribución y utilización de bienes de consumo.	
b.	La ASN fiscaliza el cumplimiento de estas normas.	
c.	La ASN dispone de mecanismos y recursos institucionales para ejercer eficazmente esta función.	



4.2	Permisos Sanitarios de Establecimientos Públicos	
a.	Existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos.	
b.	Las normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos son completas, pertinentes y actualizadas.	
c.	La ASN fiscaliza el cumplimiento de estas normas.	
d.	La ASN cuenta con los mecanismos y recursos institucionales para ejercer eficazmente esta función.	
5.	NORMATIVAS PARA EL CONTROL SANITARIO DEL MEDIO AMBIENTE	
a.	La ASN tiene un alto grado de injerencia en la regulación del medio ambiente.	
b.	Existen normas completas, pertinentes y actualizadas para la protección de riesgos ambientales.	
c.	La ASN fiscaliza el cumplimiento de las normativas ambientales que inciden en la salud.	
d.	La ASN tiene un alto grado de coordinación y colaboración con las autoridades ambientales para reducir los factores de riesgo a la salud.	
6.	REGULACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	
6.1	Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Salud en el País	
a.	La ASN caracteriza la fuerza de trabajo en salud existente en el país, identificando las brechas a cubrir en materia de composición y disponibilidad de acuerdo al perfil epidemiológico y demográfico.	
b.	La ASN tiene un alto grado de coordinación con otros sectores y niveles involucrados.	



6.2	Fijación de Estándares y Criterios para la Acreditación y Certificación de Profesionales de Salud	
a.	La ASN determina procedimientos de certificación de profesionales de salud.	
b.	La ASN utiliza mecanismos eficaces para garantizar la calidad del recurso humano en salud.	
6.3	Fijación de Estándares y Criterios para la Acreditación de Instituciones formadoras de Profesionales de Salud	
a.	Las instituciones formadoras de profesionales de salud cuentan con e implantan procedimientos de acreditación.	
b.	Los mecanismos utilizados para garantizar la calidad de los programas de formación de profesionales de salud son eficaces.	



MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

GARANTIZAR, VIGILAR Y MODULAR LA COMPLEMENTARIEDAD DE LOS RECURSOS DE DIVERSAS FUENTES PARA ASEGURAR EL ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

1.	FORMULACIÓN DE POLÍTICAS QUE PERMITAN MODULAR Y CORREGIR DISTORSIONES DEL FINANCIAMIENTO SECTORIAL E INCREMENTAR LA EQUITAD
a.	¿Formula y establece la ASN políticas dirigidas a fomentar la equidad, a través de mecanismos de redistribución en el financiamiento?
b.	Evalúe en qué grado la ASN logra influir en la asignación de recursos en el sector, con el fin último de incrementar la equidad. Esto incluye esfuerzos dirigidos a asegurar que las fuentes de financiamiento no sean regresivas, sean suficientes y sinérgicas.
c.	¿Con qué mecanismos cuenta la ASN para influenciar el financiamiento sectorial hacia la equidad? Analice si son procesos de orden regulatorio, de gestión, supervisión, retroalimentación u otros, y si están vinculados a políticas específicas.
d.	¿Ha logrado recientemente la ASN, mediante el desarrollo de políticas, lograr modular el financiamiento sectorial con este objetivo
2.	VIGILANCIA DEL PROCESO DE FINANCIAMIENTO SECTORIAL
a.	¿Cuenta la ASN con la capacidad de llevar a cabo una estrecha y sistemática vigilancia del proceso de financiamiento sectorial y de cómo se gastan los fondos asignados?
b.	¿Qué mecanismos utiliza la ASN para llevar a cabo la vigilancia del financiamiento sectorial desde la perspectiva de calidad, eficiencia y transparencia? Por ejemplo: mapeo de fondos, cuentas nacionales en salud, estudios de eficiencia y calidad.
c.	¿Brinda la ASN apoyo o retroalimentación a las instituciones del sector a partir del conocimiento adquirido de la vigilancia del proceso de financiamiento sectorial?



3.	NEGOCIACIÓN CON PRINCIPALES PROVEEDORES
3.1	Negociación y Coordinación con Tesorería
a.	Evalúe el papel de la ASN en términos de su habilidad de negociación y coordinación de recursos financieros con Tesorería.
b.	¿Existen canales de comunicación abiertos y fluidos? ¿Hay disposición al diálogo y retroalimentación entre la ASN y Tesorería?
c.	¿Está la ASN capacitada y potenciada para articular eficazmente sus necesidades en el diálogo con Tesorería y las autoridades fiscales nacionales?
d.	¿Qué probabilidad real tiene la ANS de influenciar el origen y macro asignación de los recursos financieros para el sector salud?
3.2	Cooperación Internacional
a.	¿Cuál es el peso relativo de la cooperación internacional en el sector salud, en términos de su aporte real financiero al gasto e inversión sectorial?
b.	Evalúe el papel de la ASN en términos de su habilidad de negociación y coordinación de recursos financieros con la cooperación internacional, tanto de prestatarios como de donantes.
c.	¿Está la ASN capacitada y potenciada para articular eficazmente sus necesidades en el diálogo con la cooperación internacional?
d.	La ASN, ¿es consciente y asume la responsabilidad de que las diferentes fuentes alternativas de financiamiento externo no afecten la sostenibilidad del sistema?
e.	¿Qué probabilidad real tiene la ANS para influenciar la asignación de recursos de la cooperación internacional hacia el sector salud?



4.	REDISTRIBUCIÓN DE FONDOS PARA COMPENSAR ASIMETRÍAS DE MERCADO
4.1	Redistribución de Fondos entre Seguros
a.	¿Qué mecanismos financieros puede utilizar la ASN para lograr una redistribución efectiva de fondos entre distintos seguros para garantizar el acceso equitativo? <i>Por ejemplo, la transferencia de subsidios entre distintos regímenes (contributivo y subsidiado), la creación de fondos nacionales de solidaridad o fondos de compensación de riesgos.</i>
b.	Evalúe el desempeño de la ASN en la redistribución de fondos entre seguros.
4.2	Redistribución de Fondos entre Niveles Regionales
a.	¿Qué mecanismos financieros puede utilizar la ASN para lograr una redistribución efectiva de fondos entre distintos niveles regionales a fin de garantizar el acceso equitativo?
b.	¿Ha desarrollado la ASN mecanismos distributivos del gasto, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores?
c.	Evalúe el desempeño de la ASN en la redistribución de fondos entre niveles regionales para fomentar la equidad.
5.	DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS
a.	¿Cuál es el rol de la ASN en la definición de criterios de asignación de recursos? (Por esto se entiende el desarrollo de criterios para escoger qué intervenciones y servicios se deben garantizar y priorizar, asignándoles así los recursos necesarios para su debida ejecución).
b.	Evalúe el papel de la ASN en la definición y promoción del uso de criterios de asignación de recursos para establecimientos de salud públicos descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto.
c.	¿Cuál ha sido el rol de la ASN en la función de compra de intervenciones, desde la perspectiva de representar los intereses de la población más vulnerable?



GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

GARANTÍA DEL ACCESO A UN CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD PARA TODOS LOS HABITANTES, O PLANES ESPECÍFICOS PARA GRUPOS ESPECIALES DE LA POBLACIÓN

1.	DEFINICIÓN DE UN CONJUNTO DE PRESTACIONES
a.	¿Informa la ASN a todos los habitantes o a cierto grupo de población, según sea el caso, acerca de qué bienes y servicios de salud tienen derecho bajo un plan garantizado de prestaciones?
b.	¿Está públicamente disponible y al alcance de cualquiera esta información que define el alcance de los bienes y servicios de salud garantizados? ¿Está claramente estipulado que deben tener un nivel de calidad aceptable?
c.	Cuando se actualiza o modifica el conjunto de prestaciones—como por ejemplo con la incorporación de nuevos tratamientos para VIH/SIDA—¿informa la ASN a la población y grupos de interés estos cambios en los derechos?
2.	DEFINICIÓN DE POBLACIONES Y TERRITORIOS QUE SERÁN CUBIERTOS POR LOS MECANISMOS DE GARANTÍA DE CONJUNTOS DE PRESTACIONES
2.1	Protección de los Derechos de los Usuarios
a.	¿Están articulados y publicados los derechos de los usuarios relacionados con el conjunto de prestaciones al que tienen derecho?
b.	¿Existe una instancia formal que se encarga de la protección de los derechos de los usuarios? ¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de reclamos y la adjudicación de quejas? ¿Se respalda este proceso con una adecuada asignación de presupuesto para este fin?
c.	¿Evalúa la ASN encuestas periódicas de satisfacción, realizadas directa o indirectamente, como parte de los mecanismos de evaluación de los aseguradores y prestadores de servicios?



2.2	Difusión de sus Derechos
a.	Analice el grado de difusión de los derechos de los usuarios relacionados con el conjunto de prestaciones al que tienen derecho. ¿Están difundidos estos derechos en los establecimientos de salud a los que llegan los usuarios? ¿En distintas zonas geográficas, para distintos grupos de población, en un formato entendible y que efectivamente logre transmitir el mensaje?
b.	La ASN, ¿promueve y difunde el concepto de que el usuario informado sobre sus derechos es un actor más en la tarea de fiscalización?
3.	REGULACIÓN Y CONTROL DEL CUMPLIMIENTO PÚBLICO Y PRIVADO DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO
3.1	Definición de Estándares de Prestación de Servicios
a.	¿Existen y se aplican estándares para regular la calidad de la prestación de servicios por parte de la ASN?
3.2	Vigilancia del Cumplimiento Público y Privado de los Planes de Aseguramiento
La vigilancia del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento es una pieza clave de la regulación del mercado de seguros de salud. Implica que una vez se hayan definido las reglas del juego, la ASN debe velar por el cumplimiento de los planes de cobertura tanto por entidades públicas como por aseguradoras privadas. Por ejemplo: a. ¿Garantizan estos mecanismos de vigilancia que ningún beneficiario sea excluido de los esquemas de aseguramiento por situaciones de riesgo etéreos o de patologías preexistentes? b. ¿Se regula y fiscaliza la actividad y desempeño de los oferentes de aseguramiento en salud (directamente o a través de superintendencias u organismos similares?).	



Califique el rol de la ANS en la ejecución de la función de vigilancia, específicamente las siguientes acciones:

- c. Formulación, divulgación y vigilancia de estrategias y normas en relación a los planes de servicios de salud, así como mecanismos de afiliación a los seguros y los contenidos de las pólizas de seguros de salud.
- d. Realización de estudios del mercado de seguros de salud que caractericen los mecanismos de contratación, sistemas de control de calidad, relaciones con los prestadores de servicios de salud, cobertura y distribución geográfica.

3.3 Vigilancia de la Liquidez y Solvencia Financiera de las Aseguradoras

- a. Vigila la ANS la solvencia financiera de los aseguradores, con el propósito de proteger a los consumidores de posibles faltas de solvencia que pudieran incidir en la disponibilidad y calidad de los servicios que reciben?
- b. ¿Vigila la ASN contra el enriquecimiento ilícito y contra el fraude?
- c. ¿Qué mecanismos utiliza la ASN para ello, y qué tipo de acciones puede tomar para intervenir? ¿Qué suelen utilizarse más comúnmente, sanciones o incentivos?
- c. En general, ¿ha logrado la ASN que las transacciones sean transparentes y eficientes?



ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CAPACIDAD PARA PROMOVER LA COMPLEMENTARIEDAD DE LOS DIVERSOS PROVEEDORES Y GRUPOS DE USUARIOS PARA EXTENDER LA COBERTURA DE ATENCIONES DE SALUD EQUITATIVA Y EFICIENTEMENTE

La función de armonización en la provisión de los servicios ocurre en sistemas de salud de múltiples actores, de naturaleza pública y privada, sobre cuya gestión hay que incidir a fin de lograr que algunos objetivos comunes sean alcanzados.

1.	PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS CON CRITERIO REGIONAL O FUNCIONAL
a.	Evalúe la labor de la ASN en el proceso de armonización de los planes de acción y los modelos de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país.
b.	Califique el rol de la ASN en la evaluación de mecanismos de referencia y contra-referencia y en el desarrollo de estrategias para asegurar el acceso de referencia y contra-referencia.
c.	Califique el rol de la ASN en la evaluación de la duplicidad de servicios, con particular énfasis en la formulación de estrategias para evitar la fragmentación de los servicios y fomentar la equidad y el acceso.
2.	DESARROLLO DE MECANISMOS REGULATORIOS PARA LA PROTECCIÓN DEL PÚBLICO Y GARANTIZAR ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
2. 1	Establecimiento de normas básicas de atención en salud
a.	Evalúe la función conductora y normativa de la la ASN en términos del establecimiento de normas básicas de atención en salud, o estándares de prestación de servicios, tanto a nivel extra como intra-hospitalarios.
b.	Estas normas básicas de atención, ¿sirven de indicadores y guía para el desarrollo de programas de calidad, acreditación, evaluación del desempeño y otros?
c.	¿Qué mecanismos utiliza la ANS para fiscalizar su cumplimiento?



2.2	Desarrollo de Programas de Calidad
a.	¿Ha propiciado la ASN el desarrollo de programas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud? ¿Qué mecanismos utiliza la ASN—licenciamiento, certificación, acreditación—para proteger al público y garantizar estándares mínimos de calidad?
b.	El desarrollo de indicadores para la evaluación de la calidad tiene dos vertientes: indicadores para uso interno de auto-evaluación y gobernabilidad, e indicadores para evaluación externa, acreditación y control. ¿Cuáles de estos tipos se han desarrollado, o están siendo desarrollados?
c.	¿Existe un programa de calidad reconocido formal y legalmente? ¿Qué relación tiene con la ASN, en términos de su gestión, financiamiento, auspicio y autonomía?
d.	Para que los instrumentos de evaluación de la calidad de servicios de salud sean efectivos, deben ser parte de un ciclo de estándares, evaluación y cambio. ¿En qué medida la ASN está comprometida con este ciclo, que va más allá del desarrollo de estándares, a incluir la evaluación periódica y una retroalimentación para el cambio?
2.3	Acreditación de Instituciones Públicas y Privadas de Salud
a.	Considerando la acreditación como una herramienta de evaluación externa, ¿cuál es el grado de existencia de criterios y procedimientos para acreditar instituciones de salud?
b.	¿Cuál es el grado de efectividad y aplicación de estos estándares? ¿Y el grado de actualización de los estándares?
c.	¿Existe una instancia de acreditación y evaluación de estos estándares? Determine el grado de autonomía con que actúa.



2.4	Medición del desempeño de los Servicios en Relación al Cumplimiento de los Estándares Establecidos
a.	Califique la existencia de instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares establecidos.
b.	¿Evalúa la ASN periódicamente la calidad de los servicios de salud con estos instrumentos?
c.	Califique los resultados que se han tenido en la medición de desempeño y evaluación de los servicios de salud.
3.	FOMENTO DE COALICIONES Y OFERTA DE INCENTIVOS PARA LA AUTO REGULACIÓN
a.	¿Promueve la ASN el concepto de “autoregulación”, entendido como la promoción de conductas responsables de todos los actores del sector?
b.	Califique la existencia y difusión de medidas que positivamente estimulen la conducta responsable de los actores del sector, tanto en términos de ética como de eficiencia.
c.	Califique la existencia de alianzas de la ASN con grupos de interesados (grupos de profesionales de la salud, proveedores y compradores de servicios, entre otros) para el fomento de la autoregulación profesional: como por ejemplo: apoyo a buenas prácticas, certificación de condiciones de afiliación, e intercambio de experiencias.



4.	MEDIACIÓN ENTRE PAGADORES, PROVEEDORES Y USUARIOS PARA ASEGURAR LA PROTECCIÓN DE ESTOS ÚLTIMOS
a.	¿Qué rol cumple la ASN en la mediación entre pagadores, proveedores y usuarios, a fin de proteger los derechos de estos últimos? ¿Existe una instancia formal que se encarga de ello?
b.	¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de reclamos y la adjudicación de quejas?
5.	NORMATIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA PLANIFICACIÓN Y LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS
a.	Evalúe la capacidad de la ASN de emitir normativas sobre la incorporación tecnológica, para su utilización en la planificación y la asignación de recursos.
b.	¿Mantiene actualizada la ASN la normatización de la incorporación tecnológica en función de evaluaciones de tecnologías sanitarias y otros insumos?
6.	CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA LA FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
a.	¿Con qué capacidades institucionales cuenta la ASN para enfrentar la responsabilidad de armonizar la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios?
b.	Califique la capacidad de la ASN para aplicar los estándares en la medición de desempeño de los servicios de salud en términos de: - Recursos humanos capacitados - Recursos humanos suficientes - Recursos financieros suficientes - Insumos y tecnología adecuada - Periodicidad del monitoreo



Bibliografía

- Barillas, E. *Armonización de la provisión de servicios de salud* (draft document). Washington, DC: PAHO/WHO, 2001.
- Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006*, p. 147.
- Bolis, M. "La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional." Presentation given during experts meeting on the Steering Role in Health Sector Reform Processes, Washington, D.C., June 14-15, 2004.
- Bolis, M. "La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria." Presentation given during Sub-regional Workshop for Central America, the Dominican Republic and Puerto Rico on Performance Evaluation and Strengthening of the National Health Authority Steering Role Function, San Salvador, El Salvador, March 2-4, 2005.
- Brito, P. "Rectoría Sectorial en Salud: Desafíos Actuales." Presentation given during experts meeting on the Steering Role in Health Sector Reform Processes, Washington, D.C., June 14-15, 2004.
- Cañón, L. "El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a cargo de los Ministerios de Salud." Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 7. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.
- Cañón, L. "La Práctica de Rectoría de los Ministerios de Salud de los Países del Área Andina". Colombia: PAHO/WHO, 1999.
- Cercone, James. "Opciones de Política para la Integración de los Sistemas y Servicios de Salud Washington", D.C.: PAHO/WHO, forthcoming.
- Clark, M. "Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system." Document prepared for the Woodrow Wilson Center workshops on education and health reforms. Washington, D.C., 2002.
- Crocco, P. "Estructura de las Dimensiones de Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de Servicios." Presentation given during Sub-regional Workshop for Central America, the Dominican Republic and Puerto Rico on Performance Evaluation and Strengthening the National Health Authority Steering Role Function, San Salvador, El Salvador, March 2-4, 2005.
- Ferreiro Yazigi, A. and L.A. Sierra. "Papel de las Superintendencias en la regulación de seguros de salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia". Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2000.
- Fukuyama, F. "State-Building: Governance and World Order in the 21st Century." Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004.
- Green, A. "An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems" (3rd edition). Oxford, UK: Oxford University Press, 2007.
- Hurtado, M. "La Cuestión del Aseguramiento y el Nuevo Papel de los Ministerios de Salud en el contexto de la Reforma. Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 8. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.
- Jaramillo Pérez, I. "Macrocondicionantes al ejercicio de la rectoría de salud. Hacia el fortalecimiento de la rectoría de los ministerios de salud." Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 5. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.
- Jaramillo Pérez, Iván. *Macrotendencias en el Proceso de Reforma Sectorial de Salud en Latinoamérica: Hacia la Redefinición del Papel del Estado en la Prestación y Aseguramiento de los Servicios de Salud*. Managua, Nicaragua: Fundación Friedrich Ebert, 2000.



- Levcovitz, Eduardo. *"Estructura de la Dimensión de Conducción como uno de los Ejes Fundamentales de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria."* Presentation given during the Sub-regional Workshop for Central America, the Dominican Republic and Puerto Rico on Performance Evaluation and Strengthening the National Health Authority Steering Role Function, San Salvador, El Salvador, March 2-4, 2005.
- Levcovitz, E. *"Estructura, Organización y Políticas del Sector."* In Chapter 3 of *Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud*. Washington, D.C.: Area of Health Systems Strengthening, Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), forthcoming.
- Levcovitz E. *"Riesgos y consecuencias de la segmentación/fragmentación de los sistemas de salud."* Presentation in the forum on Health Systems Development and Social Security, San José, Costa Rica, August 2005.
- Londoño, JL, Frenk, J. *"Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America."* *Health Policy* 41, no. 1 (Jul, 1997): 1-36.
- López-Acuna, D. *"The Nature of Health Sector Reform in the Americas and its Significance for PAHOs Technical Cooperation."* Background Paper for the Annual PAHO Managers Retreat, Washington D.C., October 23-24, 2000.
- López-Acuña, D. *"Marco Conceptual de la Función Rectora de los Sistemas de Salud."* Presentation in the experts meeting on Performance Evaluation of the Steering Role, Washington, D.C., PAHO/WHO, 2004.
- Marín, J. *"Fortalecimiento de la Función Rectora de las Autoridades Sanitarias en las reformas del sector salud."* *Revista Panamericana de salud pública*. 8 (1/2), 2000.
- Marín, J. *"Desarrollo institucional de la capacidad de rectoría sectorial en salud."* Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- Medici, André C. *"Financing Health Policies in Brazil: Achievements, Challenges and Proposals."* Washington, D.C.: IADB, 2002.
- Ministry of Health of Costa Rica (MINSa). *"Health Sector Analysis of Costa Rica"*. San Jose, Costa Rica: Ministry of Health, 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=142.
- Muñoz, F. et al. *"Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud."* *Rev Panamericana de salud pública/Pan Am J Public Health*. 8 (1/2), 2000.
- OPS/OMS. *"Análisis de la Evolución de los Modelos de Gestión de los Servicios de Salud en Centroamérica."* Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 11. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.
- OPS/OMS. *"Analysis of Health Sector Reforms in the Andean Sub-Region"* (Special Edition 11). Washington, D.C.: OPS/OMS, 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.
- OPS/OMS. *"Analysis of Health Sector Reforms in the English Speaking Caribbean Sub-Region"*. Washington, D.C.: OPS/OMS Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.
- OPS/OMS. *"Analysis of Health Sector Reforms in the Sub-Region of Central America and the Dominican Republic"* (2nd ed). Washington, D.C., PAHO/WHO, 2002. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=94.
- OPS/OMS. *"Consideraciones sobre la Rectoría de los Ministerios de Salud en Centroamérica y República Dominicana"*. Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 4. Washington, D.C.: OPS/OMS, Health Policies and Systems Development Division, 1998.
- OPS/OMS. *"Desarrollo de la Capacidad de Conducción Sectorial en Salud (Una propuesta operacional)."* Series Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.



OPS/OMS. *"Desarrollo Nacional de Salud, Desarrollo de Sistemas de Salud y sus Implicaciones para la Cooperación Enfocada a los Países"*. Washington D.C., PAHO/WHO, 2004.

OPS/OMS. *"El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a cargo de los Ministerios de Salud"*. Series Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.

OPS/OMS. *"Essential Public Health Functions."* XLII Meeting of the PAHO Directing Council. Resolution CD42.R14, Washington, DC, September 25-29, 2000.

OPS/OMS, *"Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean"*. Washington, D.C.: PAHO/WHO Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2004.

OPS/OMS. *"Final Report: Sub-regional Meeting on Sectoral Steering Role and the Leadership of the Ministry of Health,"* Guatemala, April 23-24, 1998.

OPS/OMS. *"Final Report, experts meeting on Development of Institutional Capacity of the Health Authority to Exercise Sectoral Steering Role"*, Washington DC, June 18-20, 2001.

OPS/OMS. *"Final Report, Experts Meeting on the Steering Role of the Health Sector in Reform Processes"*, Washington DC, June 14-15, 2004.

OPS/OMS. *"Final Report. Subregional Meeting on Sectoral Steering Role and the Leadership of Ministries of Health"*. Guatemala, August 1998.

OPS/OMS. *"Guía para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional"*. Washington, D.C.: PAHO/WHO Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2005.

OPS/OMS. *"Instrument for the Performance Evaluation and Strengthening of the Steering Role Function of the National Health Authority"*. Washington, D.C.: PAHO/WHO Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), forthcoming.

OPS/OMS. *"La Cuestión del Aseguramiento y el Nuevo Papel de los Ministerios de Salud en el Contexto de la reforma."* Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 8. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.

OPS/OMS. *"Legislation on Antibiotics in Latin America"*. Washington D.C.: PAHO/WHO, 2004.

OPS/OMS. *"Macro Condicionantes Externos al Ejercicio de la rectoría Sectorial de Salud: Hacia el fortalecimiento de la Rectoría de los Ministerios de Salud"*. Documento Preliminar. Series Organization and Management of Health Systems and Services, No. 5. Washington, D.C.: PAHO/WHO, Health Policies and Systems Development Division, 1998.

OPS/OMS. *"Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional."* Presentation given during Sub-regional Workshop for Central America, the Dominican Republic and Puerto Rico on Performance Evaluation and Strengthening the National Health Authority Steering Role Function", San Salvador, El Salvador, March 2-4, 2005.

OPS/OMS. *"Marco Ordenador para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional"*. Washington, D.C.: PAHO/WHO Health Policies and Systems Unit (HSS/HP), 2005.

OPS/OMS. *"PAHO Boosts Health Steering Role."* PAHO Today (March 2004).

OPS/OMS. *"Proyecto de Fortalecimiento de la capacidad gerencial de los titulares estatales de salud y mandos medios."* Washington, D.C.: PAHO/WHO, 1998.

OPS/OMS. *"Public Health in the Americas. Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action"*. Washington D.C.: PAHO/WHO, 2002.

OPS/OMS. *Reunión Especial sobre reforma del sector salud*. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington DC: OPS/OMS, 1996.



OPS/OMS. *Subregional Meeting on Sectoral Steering Role and the Leadership of Ministries of Health*. Final Report. Programa de Organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistema y servicios de salud. Guatemala, August 1998.

OPS/OMS. *"The Steering Role in Health and Institutional Strengthening of the National and Subnational Health Authorities."* Chapter in *Public Health in the Americas*. Washington DC: PAHO/WHO, 2002: 7-14.

OPS/OMS. *"Steering Role of Ministers of Health in the Process of Health Sector Reform"*, PAHO Annual Managers Meeting, October 23-27, 2000, Washington D.C.

OPS/OMS. *The steering role of the Ministries of Health in sectoral reform processes*. CD 40/ 3. XL Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization, XLIX Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization. Washington DC, September 1997.

OPS/OMS. *"The steering role of the Ministries of Health in sectoral reform processes"*. XL Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization, XLIX Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization, Washington D.C., September 1997.

OPS/OMS. 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee, Resolution CSP26/12: Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization. Washington, D.C.: PAHO/WHO, September 2002.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *"Report on the WHO experts meeting on the stewardship function of health systems,"* Geneva, Switzerland, September 10-11, 2001.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *"World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance"* Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

Oswaldo Cruz Foundation. *"Report of the workshop on health systems performance: The World Health Report 2000."* Rio de Janeiro, RJ, 14-15 December, 2000.

Oyarzo, C. and M. Vergara. *"Desarrollo de la capacidad de rectoría de la Autoridad Sanitaria en materia de financiamiento sectorial"* (final draft). Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2000.

PAHO Today. PAHO Boosts Health Steering Role. Washington DC: PAHO/WHO, 2004.

Rosés, M. *"Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century."* Feature Address at the Steering Role of Ministries of Health: Hospital Governance Workshop for Ministers of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, November 5-6, 2003.

Rivas-Loría, P., Alberto Infante, J. Pedroza and D. Reinharz. *"Analysis of Health Sector Reforms in Central America and the Dominican Republic"*. Special Edition No. 10. Washington D.C.: PAHO/WHO, 2002.

Rivas-Loría, P., Alberto Infante, R. Murillo, J. Pedroza, A. Schweiger, et al. *"Analysis of Health Sector Reforms in the Andean Countries"*. Special Edition No. 11. Washington D.C.: PAHO/WHO, 2002.

Rivas-Loría, P., Marilyn Entwistle, and A. La Foucade. *"Analysis of Health Sector Reform in the English-Speaking Caribbean Countries"*. Special Edition No. 12. Washington D.C.: PAHO/WHO, 2002.

Rivas-Loría, P. *"Performance Evaluation of the Steering Role Function of the National Health Authority."* Presentation in the Sub-regional Workshop for Central America, the Dominican Republic and Puerto Rico on Performance Evaluation and Strengthening the National Health Authority Steering Role Function, San Salvador, El Salvador, March 2-4, 2005.

Rivas-Loría, P. and Kelly Saldaña. *"Health Sector Reform Trends in the Region of the Americas "* (forthcoming). Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2005.



Rullán, J. *"La Rectoría en Acción."* Presentation in the Sub-regional Workshop for Central America, the Dominican Republic and Puerto Rico on Performance Evaluation and Strengthening the National Health Authority Steering Role Function, San Salvador, El Salvador, March 2-4, 2005.

Rullán, J. *"La Función Rectora: Perspectivas de Tres Países Hipotéticos."* Pilot Application in workshop on Performance Evaluation and Strengthening of the National Health Authority Steering Role Function, Santo Domingo, Dominican Republic, April 12-14, 2005.

Saltman, RB and O. Ferroussier-Davis. *"The concept of stewardship in health policy."* Bulletin of the World Health Organization, No. 78 (2000):732-739.

Travis, P, D. Egger D, P. Davies and A. Mechbal. *"Towards better stewardship: concepts and critical issues"*. Geneva, Switzerland: WHO, 2002. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud