

SISTEMATIZACIÓN de EXPERIENCIAS de la EVALUACIÓN de la FUNCIÓN RECTORA de la AUTORIDAD SANITARIA en

Republica Dominicana y



Colombia



Diciembre de 2008

BORRADOR



TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación	3
2. Antecedentes	4
3. Metodología de sistematización de experiencias.....	5
4. Recuperación del proceso	6
5. La reflexión de fondo - ¿Por qué pasó lo que pasó?	7
5.1 El Antes	7
5.1.1 Contexto de las AS en el momento de la toma de decisión y realización de la evaluación	7
5.1.2 Equipo técnico responsable del proceso	8
5.1.3 Proceso de planificación de la medición	9
5.2 El Durante	10
5.2.1 Participantes	10
5.2.2 Metodología de evaluación del desempeño.....	10
5.2.3 Los resultados obtenidos	15
5.2.3.1 Mapeo de Actores.....	15
5.2.3.2 Evaluación del desempeño de las dimensiones.....	16
5.2.3.3 Sobre los planes de fortalecimiento	16
5.3 El Después	20
5.3.1 Sobre el informe final de resultados y su uso	20
5.3.2 Uso del informe para la toma de decisiones e implicaciones	21
5.3.3 Valor atribuido al ejercicio por los participantes	24
6. Los puntos de llegada - Lecciones aprendidas	25
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXO 1	30



1. Presentación

La Función rectora en salud se define como:

El ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales¹.

La evaluación de la función rectora constituye para los tomadores de decisión una herramienta fundamental de planeación que permite avanzar en los procesos que muestran fortaleza en su desempeño y tomar decisiones sobre áreas prioritarias de intervención. De otro lado la sistematización de experiencias se entiende como la:

...interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo².

En respuesta al continuo incremento en la demanda de los países de la región de América Latina y Caribe (ALC) por apoyo técnico y orientación para mejorar el liderazgo y la capacidad institucional de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) conjuntamente con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), elaboró los Lineamientos Metodológicos para la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora (OPS 2006). El objetivo del instrumento fue facilitar una auto-evaluación consensuada por parte de los países sobre el desempeño de la ASN como ente rector del sector salud. La metodología se validó localmente y fue aplicada en el ámbito nacional y subnacional en República Dominicana y en Colombia; una prueba piloto fue aplicada en El Salvador y otras experiencias más recientes se han desarrollado.

El presente documento recoge los hallazgos del proceso de evaluación de la función rectora realizada en República Dominicana en el año 2006 y en Bogotá – Colombia en 2008. Los resultados pretenden documentar las experiencias de un nivel nacional y uno subnacional y generar conclusiones y recomendaciones que permitan una mayor apropiación del proceso de evaluación de la función rectora y el uso de los resultados para el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria (AS).

1 OPS-OMS. USAID. Marco Conceptual e instrumento metodológico. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento. 2006

2 Jara, H. Oscar. ¿Cómo sistematizar? Una propuesta en cinco tiempos, en Para sistematizar experiencias, Costa Rica. Editorial: Alforja.1994.

2. Antecedentes

En las décadas de los 80 y 90, los procesos de reforma que se implantaron en ALC, promovieron la reducción del tamaño del Estado que aunado a la globalización produjeron el deterioro progresivo de la autonomía de los estados, resultante en una débil capacidad de gobernanza.

Los procesos de redefinición de las funciones del Estado en materia de salud y el fortalecimiento de aquellas consideradas indelegables, son un tema de primer orden. La descentralización y proliferación de nuevos actores públicos y privados, con un claro aumento en la participación de los seguros privados, ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la responsabilidad del Estado de proveer servicios de salud y la focalización de su ámbito de acción en la rectoría.

En 1997 los Estados miembros de la OPS/OMS, mediante la Resolución CD40.R12, solicitaron cooperación técnica con el fin de desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la función rectora, como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo institucional del sector de la salud. De igual manera solicitaron el intercambio de experiencias nacionales relativas al ejercicio de la capacidad rectora de los Ministerios de Salud y al fortalecimiento institucional para ese propósito. Finalmente, instaron al establecimiento permanente de un proceso de discusión, producción conceptual y reflexión sobre la práctica de la función rectora.

Como parte del desarrollo de estos procesos se dio la consulta regional sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, 2001; el desarrollo del instrumento de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y su aplicación en 41 países y territorios de la Región, 2001-2002 y, el desarrollo de la guía para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora, 2003-2004, que a la fecha ha sido aplicado en algunos países de la Región: Ecuador, El Salvador, Colombia, República Dominicana y Puerto Rico.³

La Rectoría de la ASN comprende su desempeño en seis dimensiones: la conducción, la regulación, el desempeño de las FESP, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios. Las tres primeras consideradas como de responsabilidad directa de la autoridad sanitaria y las tres últimas compartidas con los demás actores del sistema de salud. En el instrumento propuesto para la evaluación se abarcan cinco de las seis dimensiones, teniendo en cuenta que existe una metodología e instrumento particular para evaluar el desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública.

La evaluación del desempeño de la función rectora al igual que el uso de los resultados para el fortalecimiento de las AS correspondientes y la reflexión permanente sobre la metodología y su adecuación, constituyen un reto permanente para el fortalecimiento de los sistemas de salud en la región.

3 Para más información sobre estas experiencias, favor consultar el sitio electrónico de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud de ALC: <http://www.lachealthsys.org>.



3. Metodología de sistematización de experiencias

Para el desarrollo del este proceso de sistematización de experiencias se aplicó una metodología con cinco momentos (Jara 1994)⁴

1. El punto de partida;
2. Las preguntas iniciales;
3. Recuperación del proceso vivido;
4. La reflexión de fondo;
5. Los puntos de llegada.

El punto de partida fue la decisión de la OPS de sistematizar dos experiencias de evaluación de la función rectora y la factibilidad de hacerlo. Esta última representada en la posibilidad de contar con información de fuente primaria constituida por testimonios por parte de los involucrados y valoración de la experiencia y de fuente secundaria, extraída de la propuesta de evaluación, los instrumentos aplicados para la medición del desempeño, los registros sobre los actores convocados y participantes efectivos y los informes técnicos de resultados, entre otros.

El segundo momento correspondió a dar respuesta a las preguntas iniciales:

1. *¿Para qué sistematizar?* Para identificar las convergencias y divergencias en los procesos de evaluación del desempeño de la función rectora de la ASN en dos países de la región, los resultados obtenidos; las estrategias de fortalecimiento y las opciones de políticas identificadas; que puedan orientar buenas practicas para el fortalecimiento de la misma.
2. *¿Qué experiencias sistematizar?* La aplicación de los Lineamientos Metodológicos para la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la ASN en República Dominicana y de la Autoridad Sanitaria Subnacional descentralizada (distrital) en Bogotá, Colombia.
3. *¿Qué aspectos centrales de esas experiencias nos interesa sistematizar?* La utilidad del proceso de medición a nivel nacional y subnacional y la contribución de este a la comprensión de la función rectora, además de conocer el uso que se dio a los resultados y si se tradujeron en la definición de estrategias y opciones de políticas, especialmente en relación al fortalecimiento de las dimensiones de conducción y regulación.

El tercer momento fue la recuperación, el cual se ordenó en tres etapas: el antes, el durante y el después del proceso de evaluación. Esta recuperación se logra a partir de la revisión minuciosa de los documentos de fuente secundaria y de información proveniente de encuestas y entrevistas estructuradas. Los actores claves fueron personas de los equipos técnicos encargadas de la planeación y desarrollo de la evaluación; participantes de carácter técnico y decisorio, por su ubicación en instituciones que forman parte de la ASN; representantes de otras instituciones y facilitadores, logrando de esta manera diferentes puntos de vista que enriquecieron esta sistematización.

La reflexión de fondo es el cuarto momento en el cual se presentan los resultados ordenados de acuerdo a las tres etapas mencionadas en la reconstrucción de la historia, centrando su reflexión en la interpretación crítica del proceso. El antes corresponde a la situación técnico-política de las AS en el momento de la toma de decisión y realización de la evaluación, el equipo técnico responsable y el proceso de planificación. El durante se centra en los actores participantes, la metodología utilizada y los resultados de la evaluación. El después corresponde a los resultados y el uso que se dio a los mismos para la toma de decisiones e implicaciones.

4 Jara, H. Oscar. ¿Cómo sistematizar? Una propuesta en cinco tiempos, en Para sistematizar experiencias, Costa Rica. Editorial: Alforja.1994.

El quinto y último, los puntos de llegada, se recogen en las conclusiones y las recomendaciones sobre “buenas practicas” para posteriores ejercicios de evaluación del desempeño de la función rectora.

Este documento presenta inicialmente la narración del proceso de acuerdo a la revisión documental y posteriormente los resultados sobre el análisis de las entrevistas y encuestas según el país. Los resultados se presentan relacionando paralelamente el proceso de República Dominicana y el de Bogotá. El punto de llegada recoge el análisis de las dos experiencias permitiendo integrar lo relevante de cada una y las recomendaciones surgidas a partir del análisis de ambas.

4. Recuperación del proceso

A parte de la revisión de los documentos mencionados en la bibliografía, se realizó la selección de personas a entrevistar o encuestar de entre los participantes del ejercicio de evaluación de cada país, teniendo en cuenta que representaran la diversidad de actores que convergieron en los ejercicios de evaluación.

La invitación a participar en este ejercicio de sistematización de experiencias se realizó de manera escrita, por correo electrónico y vía telefónica. Se solicitó a los participantes hacerlo a través de entrevista o encuesta utilizando un cuestionario común para efectos de homogeneidad de información. Se le realizó un instructivo para su diligenciamiento en los casos en los cuales los participantes respondieron a través de encuesta según su disponibilidad de tiempo (Anexo 1).

El levantamiento de información de fuente primaria de República Dominicana se realizó a través de la convocatoria de 15 participantes, entre el 16 y el 20 de noviembre. **Participaron 12 personas** a través de **9 entrevistas y 3 encuestas**, entre los cuales 7 correspondieron a profesionales técnicos y directivos de la Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Para el caso de Bogotá se convocaron inicialmente un total de 23 participantes. Posteriormente, teniendo en cuenta el bajo nivel de respuesta, se extendió la convocatoria a 22 personas más logrando un total de **1 entrevista y 14 encuestas**, entre el 1 y el 30 de Octubre. Entre los **15 participantes** 10 correspondieron a profesionales técnicos y directivos de la Secretaria Distrital de Salud (SDS) y hospitales de la red adscrita.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas posteriormente completando las respuestas con las anotaciones tomadas en cada uno de los cuestionarios asignados. De igual manera las encuestas que fueron diligenciadas en manuscrito fueron transcritas y verificada la información con la fuente inicial. Así mismo se procedió con las encuestas recibidas vía correo electrónico, verificando la información y confirmando con los participantes cuando se encontró inconsistencia en alguna respuesta o ausencia de la misma, logrando en la mayoría de casos tener la información completa.

Posteriormente se realizó la consolidación de las respuestas de todos los participantes y su análisis de contenido que contrastado con la información de fuente secundaria, constituyen los hallazgos que se presentan a continuación.



5. La reflexión de fondo - ¿Por qué pasó lo que pasó?

5.1. El Antes

5.1.1 Contexto de las AS en el momento de la toma de decisión y realización de la evaluación

República Dominicana

En el año 2001 fueron promulgadas la Ley General de Salud (42-01)⁵ y la Ley (87-01)⁶ que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, que dieron inicio a procesos de reestructuración de las principales instituciones del sector de la salud, con la orientación de conformar un Sistema Nacional de Salud y un Sistema de Seguridad Social complementarios y sinérgicos, dirigidos a fortalecer la protección social de la población y asegurar el adecuado financiamiento y la calidad de los servicios. Este proceso implica que el nuevo sistema debe alcanzar el aseguramiento de toda la población, con sus tres regímenes de afiliación al Seguro Familiar de Salud, para lo cual la Ley 87-01 estableció un período de transición, que terminará en el año 2011.⁷

De acuerdo a la Ley General de Salud, es Sistema nacional de salud es:

el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realizan acciones de salud...⁸

El Sistema nacional de salud en el contexto de la reforma sanitaria se visualiza como una red de redes: Redes de servicios públicos de atención a las personas; Redes privadas de atención; y Redes programáticas de salud colectiva, todo **bajo una fuerte rectoría pública** que para los fines del aseguramiento y financiamiento se ejerce a través del Consejo nacional de la seguridad social y, para los fines de provisión de los servicios de salud y la producción social de la salud, se ejerce a través de la SESPAS.

En el año 2004 fue definida por las autoridades nacionales una Agenda estratégica para la reforma del sector salud, para el período 2004-2008.⁹ Esta priorizó 4 grandes líneas estratégicas:

1. **Fortalecimiento del rol Rector de la SESPAS.**
2. Organización de las Redes públicas de servicios a nivel regional.
3. Acceso equitativo a medicamentos.
4. Garantía de aseguramiento con énfasis en menores ingresos.

La Agenda también priorizó dos temas transversales: a) Sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica y b) Gestión de recursos humanos.

5 Disponible en: <http://www.sespas.gov.do/download/docs/Ley42-01.pdf>.

6 Disponible en: http://www.tss.gov.do/ley_insert.htm.

7 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Documento para Consulta Nacional, Noviembre 2006. Documento en versión electrónica.

8 Ídem.

9 Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=202&Itemid=.

En el marco de este proceso de reforma y de acuerdo a lo establecido como compromiso de la OPS/OMS en la Resolución CD40.R12 de 1997 de brindar a los países cooperación técnica con el fin de desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la función rectora, se propuso a las AS del país la evaluación del desempeño de la función rectora en República Dominicana.

Bogotá, Colombia

En Colombia, la reforma del antiguo Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud fue promulgada por la Ley 100 de 1993¹⁰. La reforma tenía previsto un periodo de transición de 10 años, hasta el 2003 en el cual se desarrollara la ley y se lograra el aseguramiento total de la población, situación que en la actualidad, no se ha logrado aun, contando además actualmente con grandes problemas de cobertura, equidad e integralidad en la atención, además de una nueva ley,¹¹ que hace modificaciones a la anterior.

Bogotá es la capital del país y alberga a cerca del 19% del total de la población, razón por la cual se constituye en un centro de referencia para el desarrollo de políticas en diferentes materias. En el caso de salud, la SDS, reconocida como la Autoridad Sanitaria en el Distrito Capital ha contado con un posicionamiento y liderazgo importante en el tema de adecuación y transformación de estructuras para el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social. No obstante lo anterior, persisten las dificultades para el ejercicio de la rectoría, debido a la multiplicidad de actores e intereses en el sistema.

En el marco de las relaciones de cooperación técnica que la SDS mantiene de manera permanente con la OPS Colombia, se desarrolló un convenio de cooperación técnica en el año 2006, al interior del cual se propuso entre otros procesos realizar la segunda evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública y la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora.

5.1.2 Equipo técnico responsable del proceso

República Dominicana

El liderazgo del taller de medición del desempeño de la función rectora en República Dominicana fue asumido por el Consultor en Sistemas y Servicios de Salud de la OPS con la anuencia del Secretario de Salud Pública y un equipo de profesionales de la SESPAS, entre quienes se encontraron personas de la dirección de planeación y del nivel asesor y directivo, además de contar con asesores externos que acompañaron el ejercicio como expositores y facilitadores.¹²

Bogotá, Colombia

El desarrollo de este proceso fue asumido por un equipo técnico compuesto por profesionales de OPS entre los cuales se contó con un consultor específicamente para la coordinación del ejercicio y un grupo de profesionales de la SDS, quienes hacían el seguimiento y apoyo técnico al desarrollo del convenio por parte de la entidad. Además se contó con un grupo de seis profesionales de la SDS que fueron capacitados en la metodología de evaluación de los cuales cuatro actuaron como facilitadores del ejercicio¹³.

10 Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/SALUDYDEPORTE/SL10093.htm>.

11 Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>.

12 Participaron como facilitadores por parte de OPS, el Dr Johny Rullan, Dra Tarina Concheso, Lic Gerardo Cardenas y Dr Gerardo Alfaro

13 Participaron como facilitadores por parte de OPS el Lic Gerardo Cardenas y Dr Gerardo Alfaro



5.1.3 Proceso de planificación de la medición

República Dominicana

La OPS y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), con apoyo de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), realizaron el Taller de Capacitación y Aplicación del Instrumento modificado de Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la ASN, del 9 al 11 de marzo de 2006. Con participación de altos funcionarios y técnicos de la SESPAS y otras instituciones que conforman el sistema de salud, entre ellas el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), la CERSS y los organismos del Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS). El taller fue promovido por el Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SDH) y la Unidad de Sistemas y Políticas de Salud (SDH/HP) de la OPS/OMS, con el apoyo de USAID.¹⁴

El Taller fue instalado por el Secretario de Salud, y tuvo como objetivo general aplicar en República Dominicana el instrumento de evaluación, actualizado a partir de la evolución de los desarrollos conceptuales sobre la función rectora y sistematizado después de su aplicación, en calidad de prueba piloto, en El Salvador, en 2003. Tuvo como objetivos específicos presentar e intercambiar criterios sobre los desarrollos conceptuales de la función rectora de la ASN; capacitar en la aplicación de la guía metodológica para la evaluación del desempeño de la función rectora y construir una línea basal; y definir posibles acciones para fortalecer la función rectora de la ASN en República Dominicana.

Bogotá, Colombia

El ejercicio de evaluación del desempeño de la función rectora, formó parte del convenio de cooperación ya mencionado y se realizó en Marzo de 2008. Se decidió realizarlo con posterioridad a la evaluación de desempeño de las FESP. La elección de las instituciones y funcionarios a convocar se realizó por parte del equipo técnico del convenio teniendo en cuenta los perfiles de personas con nivel decisorio y otras de carácter técnico.

Opiniones de los participantes:

En general sobre el proceso de planeación se relacionan a continuación las opiniones de los participantes entrevistados sobre el ejercicio de evaluación:

Amplia y oportuna convocatoria:

Los participantes consideraron que la convocatoria fue amplia contemplando la representatividad y diversidad de actores del sistema de Salud. En el caso de República Dominicana los entrevistados consideraron que se realizó la convocatoria con suficiente antelación, percepción que fue compartida por la mayoría de entrevistados para el caso de Bogotá. El total de entrevistados en ambas experiencias opinaron que las instalaciones y el apoyo logístico para la realización del ejercicio fueron excelentes.

Con relación a la suficiencia del tiempo destinado para las sesiones de trabajo, la mitad de los entrevistados de ambos países opinó que el tiempo no fue suficiente. El desempeño de los facilitadores en cuanto a la conducción del ejercicio, el manejo del grupo, la motivación para la discusión, la moderación y el cumplimiento de la agenda se calificó entre bueno y excelente en los dos países.

Finalmente se indagó sobre la evaluación del taller en sí mismo, específicamente si se había realizado una evaluación escrita. Para el caso de República Dominicana la mayoría de los entrevistados no recordó haber realizado dicha evaluación ni escrita ni verbal. Sin embargo en la programación del evento estuvo prevista y de acuerdo a los organizadores, la misma fue realizada, pero el informe no relaciona ningún resultado al respecto. Para el caso de Bogotá el 50% de los entrevistados

14 OPS – OMS. Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en República Dominicana. Marzo de 2006. Disponible en: www.lachealthsys.org.

no recuerdan haber realizado una evaluación. Según consta en el informe final se realizó diligenciamiento de un formato escrito que indagaba por aspectos generales de desarrollo del taller, sobre el cual existe como anexo a este, el análisis de resultados obtenidos de la opinión de 44 participantes.

5.2. El Durante

5.2.1 Participantes

República Dominicana	Bogotá, Colombia
Directamente vinculados con la SEPAS: 102 participantes (66.44%) de los cuales 50% fueron del nivel nacional y 50% de niveles regionales y Provinciales.	Directamente vinculados con la SDS: 45 participantes (76.27%) Empresas Sociales del Estado y representantes de todas las Direcciones de la Secretaría Distrital de Salud.
Otros sectores: 50 participantes (33.56%) OPS, Comisión Ejecutiva para la reforma Sectorial (CERSS), PROMESECAL, Director General IDSS, Salud Segura, Aseguradoras de Salud (privadas y gremiales), UEP PARSS1, CNSS, SENASA, DIDA, CONARE, ADARS, INSALUD, COPRESIDA, ANDECLIP, FFAA/P.N.	Otros sectores: 14 participantes (23.73%) OPS, Universidad de la Sabana, Universidad Nacional, Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, EPS: Colsubsidio, Sanitas, Caprecom, Personería de Bogotá, Ministerio de la Protección Social, Asociación Nacional de Industriales-ANDI, Planeación Distrital, Fundación Santa Fe.
Total 152 personas	Total 59 personas

El taller de medición de República Dominicana abarcó la medición del desempeño conformando una mesa de trabajo de representación nacional, integrada por Subsecretarios y Directores generales de la SESPAS y otras instituciones, y 9 mesas regionales en las cuales estaban las autoridades que representaban las instituciones del Sistema, el Director Regional correspondiente y los Directores Provinciales de salud pertenecientes a cada Región, de acuerdo a la división administrativa de la SESPAS. Esto explica un número de participantes que triplica la participación que se dio en la experiencia de Bogotá. En Colombia, la medición correspondió al nivel subnacional, que puede asemejarse a una región pero por ser Bogotá la capital del país y estar tan cerca a la influencia y toma de decisiones del Ministerio de Protección Social, conserva características particulares.

5.2.2 Metodología de evaluación del desempeño

República Dominicana

Taller de evaluación de 3 días completos, con grupos estables para cada una de las dimensiones de la función rectora organizados por regiones, mas un grupo para la evaluación de las mismas a nivel nacional, con representantes a este nivel de los diversos actores que tenían influencia y poder de decisión en ese momento de reforma de la Secretaria de Salud Pública y de la reforma sectorial del país. Todos los grupos evaluaron las cinco dimensiones propuestas a excepción de las FESP, las cuales habían sido evaluadas en un ejercicio nacional en el año 2001.

El mapeo de la Autoridad Sanitaria se realizó con técnicos de SESPAS previo al taller y sus resultados fueron presentados en el inicio del mismo. Se utilizó el instrumento propuesto por la OPS, modificando las matrices de Excel y la redacción,



adaptándolo al lenguaje propio de los niveles subnacionales y a las instituciones correspondientes. En ejercicios posteriores fue aplicado a nivel Provincial, con ajustes adicionales. Se conservó la metodología de pregunta cerrada con calificaciones según las siguientes puntuaciones para las dimensiones de conducción y regulación; y las preguntas abiertas para las tres dimensiones restantes, de las cuales los resultados fueron presentados en forma matricial según las respuestas de consenso obtenidas.

Tabla 1. Escala de valoración del instrumento y equivalencias

PUNTAJE	EQUIVALENCIA	ESCALA
0	0%	Nulo
1	20%	Muy Pobre
2	40%	Pobre
3	60%	Normal
4	80%	Alto
5	100%	Muy Alto

Para los planes de fortalecimiento se usó la matriz propuesta en los lineamientos metodológicos¹⁵ que propone ordenarlo en logros referentes a describir la situación actual (dónde estamos?), las metas (donde se quiere llegar?) y un plan de acción (que hacer para llegar de donde se está a donde se quiere llegar?).

El informe final no presenta plan de acción para las dimensiones de conducción y regulación, a pesar de que estuvo propuesto metodológicamente en el trabajo del segundo día elaborar propuestas de fortalecimiento de las cinco dimensiones. Al indagar a los encuestados sobre esta situación, no se encontró ninguna razón, salvo la escasez del tiempo para realizarlo por lo extenso del ejercicio. Sin embargo, mas que la falta de tiempo, siendo estas dos dimensiones las primeras evaluadas, es posible que la metodología utilizada con preguntas cerradas para estas dimensiones explique la falta de formulación de planes de mejoría específicos en conducción y regulación.

La metodología se centró básicamente en la aplicación del instrumento de medición y en la posibilidad de que los resultados fuesen analizados y usados como insumos para el proceso de planeación y reforma que se surtía en el país en ese momento.

Bogotá, Colombia

La evaluación se realizó en un taller de un día y medio y fue completado posteriormente con una jornada de trabajo adicional de otro día, debido a que el tiempo de la primera jornada fue insuficiente para trabajar sobre los planes de fortalecimiento.

La evaluación se realizó contando con un grupo de profesionales por cada una de las dimensiones, seleccionados de acuerdo a la experiencia correspondiente. Cada grupo trabajo los tres momentos correspondientes al mapeo de actores, la valoración de las dimensiones y la elaboración de planes de acción.

Se revisaron los instrumentos propuestos por la OPS, para lo cual se contó con la participación de profesionales del equipo técnico encargado del proceso, el profesional representante de OPS y el apoyo de un técnico en el aplicativo y la consultora responsable del proceso. Los ajustes introducidos al mismo fueron:

15 OPS-OMS. USAID. Marco Conceptual e instrumento metodológico. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento. 2006

- Adecuación del instrumento para mapeo de la Autoridad Sanitaria Distrital sintetizando la descripción de la competencia territorial a nivel general y no por cada uno de los apartes descritos en la competencia normativa (normas, institución reguladora, institución ejecutora) e inclusión de la posibilidad de obtener propuestas de ajuste referidas a cambios en la norma vigente o inclusión de nueva normatividad.
- Con respecto al instrumento de valoración, se modificó la metodología de evaluación, estandarizándola para las cinco dimensiones, para lo cual se procedió a realizar homologación de las preguntas propuestas para cada uno de los indicadores, llevándolas a preguntas cerradas, todas con tres posibilidades de respuesta: un valor entre 1 y 5 con un significado de equivalencia de acuerdo a la tabla 2; una segunda opción de marcar no sabe, cuando no se tiene información suficiente para realizar la valoración y, la tercera opción de no compete cuando se considera que el proceso evaluado no es competencia de la autoridad sanitaria territorial, y por ende no se debe calificar.

Tabla No. 2. Escala de valoración del instrumento y equivalencias

Opción	Equivalencia	Escala Anterior	Escala Revisada
1	0-20%	Muy Pobre	Muy Bajo
2	21-40%	Pobre	Bajo
3	41-60%	Aceptable	Regular
4	61-80%	Alto	Aceptable
5	81-100%	Muy Alto	Alto
NS	No Sabe		No aplica
NC	No compete		No aplica

La matriz para la elaboración del plan de mejoramiento se ajustó de la siguiente forma: parte de los hallazgos identificados en el mapeo de la autoridad sanitaria y los resultados del ejercicio de valoración ponderado; continua con la descripción de metas y de las estrategias para alcanzarlas; y finaliza con tiempos propuestos, considerando el corto plazo (lapso de un año), mediano plazo (los cuatro años de la gestión gubernamental) y largo plazo (dos administraciones equivalente a ocho años).

Las opiniones de los encuestados y entrevistados respecto a la metodología, fueron diversas una vez que las metodologías utilizadas en los dos países presentaron variaciones, razón por la cual se presentan los hallazgos individualmente, haciendo énfasis en los aspectos positivos, las dificultades y las propuestas de mejoramiento.

Opiniones sobre la metodología del ejercicio en República Dominicana

La mayoría de los participantes refirió recordar la metodología usada tal y como lo relata el informe del taller, consistente en presentaciones conceptuales magistrales, mesas de trabajo por regiones y provincias, mas una mesa del nivel central, con evaluación de todas las dimensiones por parte de todos y sesiones plenarias para presentar los resultados y conclusiones a las que llegaba cada mesa. Opinaron que es más fácil el ejercicio para las dimensiones de conducción y regulación por ser preguntas cerradas y puntuaciones individuales, considerando mas complicado el consenso y la consolidación de resultados para las demás dimensiones. La metodología utilizada permitió obtener en un mismo momento una estimación de orden nacional junto con estimaciones por cada una de las nueve regiones en que se divide administrativamente el país.

Aspectos positivos

- La metodología de consenso y trabajo de grupo permite amplia participación y a pesar de subjetiva, los resultados generados se aproximan a la realidad.
- Cuando algún grupo se deparaba con un tema desconocido o alguna duda sobre la metodología o el tema en



discusión, se pudo llamar a un experto en el tema de otro grupo para que opinara. Esto fue una solución creativa, aunque no esté previsto en la metodología.

- En cada mesa de trabajo se colocó un “dossier” para consulta con las leyes y documentos oficiales mas relevantes del SDSS.
- Funciona mejor la pregunta cerrada que la abierta, pues la segunda requiere un nivel de trabajo mayor y aumenta el riesgo de respuestas subjetivas y/o influenciadas por otros.
- Los integrantes de los grupos eran en su mayoría técnicos y funcionarios del sector salud, con responsabilidad directa en los procesos de reforma y con suficiente nivel de autoridad y poder para tomar las decisiones relevantes o influenciar en ellas.

Dificultades

- Los participantes no siempre están claros en las implicaciones del ejercicio y en su potencial para decidir cursos de acción.
- Hubo críticas a la gran cantidad de participantes y preocupación por el costo y el compromiso de los asistentes. Sin embargo, otros opinan que faltó ampliar la convocatoria para alcanzar mayor representatividad de las instituciones del Sector.
- Manejo ineficiente del tiempo.
- La metodología debió haberse conocido antes y validado al interior. Sin embargo, la metodología fue conocida por los facilitadores y validada previamente en El Salvador y sus ajustes en una Dirección Provincial de Salud de SESPAS.
- No se supo cual fue la razón para que algunas preguntas fueran abiertas y otras cerradas, siendo las abiertas mas difíciles de consolidar para análisis. En ese momento de aplicación, así lo contemplaba la metodología construida a nivel regional.
- Disparidad entre equipos regionales y nacionales, por asimetría en la información. Cabe señalar que el equipo nacional fue integrado por funcionarios del nivel central, mientras que los equipos regionales fueron conformados por los Directores regionales y Provinciales correspondientes, junto con funcionarios de otras instituciones que mantienen operación local.
- A pesar de las aclaraciones realizadas por el propio Secretario de salud en la apertura, y de la explicación detallada de los objetivos del ejercicio, algunos participantes se sintieron evaluados, amenazados, cuestionados en su gestión, razón por la cual algunos datos podrían no ser del todo confiables.
- Algunos opinaron que la metodología es muy subjetiva.
- La metodología de consenso debe explicitar el disenso cuando se da.
- No hay continuidad de procesos por lo tanto no hay consistencia ni seguimiento.
- Necesidad de asumir la evaluación como un proceso y no como una tarea.
- Muy ambicioso el taller, ya que todas las mesas de trabajo asumieron la totalidad de las dimensiones.

Propuestas de mejoramiento

Sobre el equipo evaluador

- Elegir con mas precisión a los participantes. Hay que tener en cuenta la experiencia de los equipos y la disparidad de los niveles nacionales y regionales; ampliar a otros actores locales en representación subnacional; enviar información preliminar para que los participantes se preparen para lograr mayor y más efectiva participación. Debe describirse la naturaleza del grupo que participó en el informe final.
- La evaluación debe hacerla un externo. Sin embargo, otros opinan que debe realizarla la Autoridad Sanitaria con el apoyo técnico de la OPS.

Sobre el instrumento completo (mapeo, valoración, plan) y su aplicación

- Ajustar el instrumento, prever la particularidad de los sistemas, tener en cuenta las diferencias regionales y nacionales.
- Mecanismo de ponderación con la opinión personal que controle la subjetividad. Valorar el aporte de evidencias a los juicios emitidos.
- Mejorar el tiempo dedicado al contexto y la comprensión del concepto de rectoría y sus dimensiones.
- Tener cuidado con la capacidad de los instrumentos y su validez y confiabilidad para lo que se quiere medir.
- Integrar el instrumento a planes de acción. Debe haber continuidad entre una medición y otra y explorar la opción de incorporar algún módulo de seguimiento a indicadores seleccionados a partir de los resultados en cada dimensión.
- La herramienta debe continuar en evolución, incluso integrar rectoría y FESP en una sola metodología e instrumental.

Sobre el alcance y uso de resultados

- Hacer el ejercicio con menos participantes y mejor calidad. Es importante que los más altos niveles jerárquicos de los sistemas participen y asuman niveles de compromiso que garantice su cumplimiento. Sin embargo, los organizadores y el informe final, dan fe de que durante todo el ejercicio participaron activa y permanentemente la mayoría de los subsecretarios de Estado, los Directores Generales, Directores regionales y Provinciales de Salud, así como los Técnicos responsables de los procesos de reforma y representantes de otras instituciones convocadas.
- Las discusiones deben terminar en acuerdos de trabajo con metas, fechas y compromisos de las partes.

Opiniones sobre la metodología del ejercicio en Bogotá

En general los participantes recuerdan la metodología usada de exposiciones y los tres momentos del taller sobre mapeo, valoración de desempeño de las funciones y plan de mejoramiento. Reconocen lo apropiado de la propuesta de valoración del desempeño de las dimensiones, aunque expresan también la necesidad de poder recoger los disensos.

Aspectos positivos

- El proceso es participativo, generando amplia discusión.
- La metodología de discusión y talleres permitió ventilar problemáticas y puntos de vista interesantes.

Dificultades

- En la convocatoria y en la falta de continuidad de las personas en el desarrollo del ejercicio.
- Para los representantes del sector privado es difícil lograr el contexto, pues hay aspectos de las funciones evaluadas que se desconocen, hay lenguaje muy técnico.
- Persisten dificultades metodológicas en la puntuación y en el uso del concepto de 'no sabe' o 'no responde'.
- No hubo claridad en lo relativo a la valoración de la escala de evaluación.
- La metodología no permitió recoger diferencias en las discusiones.
- En algunos casos el interés era cumplir con la agenda, independiente que el grupo proponía una discusión más amplia.
- Se invirtió mucho tiempo en la primera parte (mapeo) y muy poco en la segunda y en la definición de propuestas.
- Se deben buscar resultados, hubo necesidad de convocar a otra reunión por falta de tiempo para terminar.



Propuestas de mejoramiento

Sobre el equipo evaluador

- Garantizar la participación de los niveles directivos y tomadores de decisiones. Involucrar activamente a los directivos y al secretario o secretaria de salud en el desarrollo de toda la evaluación.
- Darle un mejor alcance a la relevancia de la participación continua en el ejercicio. Conservar los participantes para futuros ejercicios.
- Ampliar la convocatoria, con mayor participación del sector privado (universidades, EPS, comunidad, agremiaciones, hospitales y clínicas, sociedades científicas).
- Ya que se evidencia la diferencia entre el sector público y el privado, sería interesante que el ejercicio tratara de equilibrar esta participación o hacerlos con tres miradas: una del sector privado, una pública y otra conjunta.

Sobre el instrumento completo (mapeo, valoración, plan) y su aplicación

- Brindar información preliminar al ejercicio para ubicar mejor a los participantes.
- Más tiempo en el ejercicio para profundizar más en los temas.
- Que se realice articulación con las evaluaciones de las demás dimensiones.
- Desarrollar mejor los elementos conceptuales y de operativización de las valoraciones 'no sabe' y 'no conoce'.
- Un buen ejercicio debe buscar obtener resultados.

Sobre el alcance y uso de resultados

- Garantizar pronta sistematización y socialización de los resultados, evitando perder el impulso y motivación inicial que genera el ejercicio, permitiendo dar continuidad al proceso con los participantes iniciales, a través de mesas de trabajo para concretar estrategias e implementación de planes de acción.
- Desarrollar estrategias de acompañamiento y seguimiento a la implementación del plan.
- Integrar las dimensiones evaluadas al proceso de evaluación de FESP, puesto que son complementarias.

5.2.3 Los resultados obtenidos

5.2.3.1 Mapeo de Actores

República Dominicana

El informe enfatiza en las acciones de rectoría que le competen a la SESPAS como principal Autoridad Sanitaria de acuerdo a la Ley General de Salud,, lo cual focaliza el ejercicio de mapeo en el principal actor del sistema. Sin embargo, este énfasis hace que el ejercicio de mapeo como tal sea parcial, perdiendo la posibilidad de analizar en paralelo la ley 87-01 y obtener una lectura estratégica de otros actores importantes, tales como la Superintendencia de salud, las asociaciones gremiales, el IDSS, entre otros.

Bogotá, Colombia

El ejercicio de mapeo de actores realizado en Bogotá contemplo los tres niveles identificando tanto la legislación como las instituciones competentes de acuerdo a las acciones para realizarlas y las que efectivamente ejercen la función aunque no estén amparadas por la ley. Permitted dentro de los planes de mejoramiento en unas dimensiones más que en otras vincular estos resultados y generar propuestas al respecto.

5.2.3.2 Evaluación del desempeño de las dimensiones

Para el caso de República Dominicana se cuenta con la presentación de resultados gráficos con promedios de las dimensiones de conducción y regulación por el nivel nacional y por cada una de las regiones, con un análisis detallado de los resultados por cada indicador según la dimensión. Para las otras tres dimensiones los resultados son presentados en forma narrativa, mucho mas concisos, haciendo énfasis en los aspectos poco desarrollados de los indicadores o sus dimensiones, una vez que su evaluación fue con pregunta abierta. Este análisis recogido posteriormente en la presentación matricial incluyo logros, metas y el plan de acción; sin embargo esta consolidación solo se dio para estas tres últimas dimensiones, careciendo entonces el informe de un esbozo de plan de acción para las dos primeras dimensiones; aunque en su análisis se nombran aspectos necesarios a desarrollar que pueden asumirse como las directrices a seguir.

Para el ejercicio de Bogotá se presenta el resultado de la ponderación de la valoración de las cinco dimensiones de manera general y específica con los valores de los indicadores que incluye cada una. El análisis de resultados hace énfasis en las limitantes de la interpretación de promedios en los casos en los cuales las respuestas que dieron lugar a la calificación fueron dadas por menos del 85% de los participantes, teniendo en cuenta lo propuesto en la metodología y el uso del aplicativo computarizado con la adecuación del instrumento a su valoración de pregunta cerrada en todas las dimensiones. Además del énfasis en la priorización de los aspectos con menores logros por parte de los tomadores de decisión.

5.2.3.3 Sobre los planes de fortalecimiento

Ambos ejercicios desarrollaron como tercer momento del taller un acercamiento a la formulación de planes de acción. República Dominicana lo explicita mejor para las tres últimas dimensiones y Bogotá lo desarrolla con una matriz un poco más compleja identificando actores involucrados y tiempos según la adecuación metodológica.

Lo relevante de este proceso fue la reflexión de los participantes sobre si recordaban estos planes de acción, algunas de las principales estrategias priorizadas y si conocían si se ha realizado seguimiento al mismo y cuales estrategias se están desarrollando. Al respecto se presentan los hallazgos a continuación.

República Dominicana

La mitad de los entrevistados (6) mencionó no recordar que se hubiese formulado ningún plan de acción. Es importante reconocer aquí el sesgo de memoria una vez que había transcurrido 2 años y 8 meses desde el ejercicio hasta el momento de la indagación. Otro elemento a considerar es la alta rotación del personal en la SESPAS, por lo que algunos de los participantes en el ejercicio no se mantienen hoy en sus cargos originales y podrían estar ajenos o desinformados de los procesos en curso.

Como estrategias prioritarias derivadas del ejercicio, recordaron las siguientes:

- Fortalecer las seis dimensiones de la Rectoría, lo cual fue incorporado al Plan de restructuración de la SESPAS
- Modernizar la gestión administrativa y financiera de la SESPAS y otras instituciones del sector salud.
- Fortalecer la desconcentración de la rectoría hacia las Direcciones Provinciales de Salud, y fortalecerlas como “extensiones” articuladas del Nivel Central; promover la participación ciudadana y la intersectorialidad en la gestión de salud.
- Fortalecer la conducción de la ASN en su proceso de reorganización y separación de funciones.
- Asegurar financiamiento adecuado y sostenible para los subsistemas incrementando gradualmente el gasto público en salud hasta 5% del PIB. Modulación del financiamiento, pues normativamente no corresponde únicamente a la SESPAS sino que participan otras instancias del poder ejecutivo.
- Implementar la propuesta de restructuración elaborada por la Unidad de modernización y desarrollo institucional de la SESPAS (UMDI) que planteaba la creación de una unidad de análisis sectorial y cuentas en salud, junto con el desarrollo de métodos que permitieran contar con información sensible y en forma permanente. Fue la UMDI quien condujo este ejercicio de evaluación de la función rectora y las replicas ulteriores a nivel de las Direcciones Provinciales de Salud.



- Fortalecer la rectoría de la SESPAS en el tema de garantía del aseguramiento.
- Armonizar la provisión de servicios desde las Direcciones Provinciales de Salud (entes rectores desconcentrados) y desarrollar el modelo de red de servicios regionales de salud, mediante el fortalecimiento de la estructura organizacional y gerencial hasta alcanzar su descentralización y autonomía funcional.
- Aplicar la regulación vigente en medicamentos y mejorar la regulación de la calidad de los servicios.
- Desarrollar el modelo de atención integral basado en la estrategia de APS, con una adecuada articulación entre la salud colectiva y la atención a las personas.
- Desarrollar los recursos humanos en salud y cerrar las brechas identificadas.

Respecto a cuales de las estrategias se desarrollan actualmente, un 30% de los entrevistados (4) afirma no conocer nada al respecto. El 70% restante mencionó desarrollos en el proceso de reordenamiento de la SESPAS y desconcentración de funciones; mayor comprensión de que las dimensiones de conducción, regulación y FESP son de su responsabilidad y de que las demás son compartidas. Sin embargo aquí llama la atención que algunos mencionan que estas se comparten entre el sistema de salud y el de la seguridad social, correspondiendo salud a lo que es la SESPAS, mostrando la desarticulación y dificultad que hay para asumir el sistema como uno solo complementario con desarrollo de funciones entre los diferentes actores.

De igual manera se mencionaron avances en la vigilancia del aseguramiento de la población aunque aun es incipiente al igual que en el tema de armonización de la provisión de servicios específicamente en el proceso de habilitación. Vale señalar que es desde la ASN (SESPAS) que se impulsa el desarrollo de redes de dimensión Regional para organizar y desarrollar la prestación de servicios de salud. Respecto a la conducción se menciona como un avance y resultado de su desarrollo la formulación del Plan Decenal de Salud.

Al indagar sobre el seguimiento al plan de acción el 90% de los entrevistados estuvo de acuerdo en que no se ha realizado o por lo menos no con su participación. Solo un participante respondió afirmativamente, pero al indagar por las estrategias que se han desarrollado no menciona ninguna de las señaladas anteriormente como priorizadas y fueron: Análisis sectorial, análisis de la situación de salud, plan decenal, estrategia de reforma del sector de la salud, tolerancia cero, reglamentos y resoluciones que conforman un marco legal y normativo que propicia la separación de funciones y reconoce derechos y deberes a los ciudadanos e instituciones del sector, entre otros.

Bogotá, Colombia

La opinión sobre el plan de acción entre los encuestados mostró que un 42% no recordó haberlo trabajado como tal. Esto se relaciona con que en el ejercicio de Bogotá como el tiempo previsto en la agenda inicial no fue suficiente, fue necesario convocar a una jornada adicional de trabajo con dos semanas de intervalo, lo cual limitó la asistencia de los grupos respecto a la primera jornada.

Entre quienes recordaron el plan de acción, mencionaron como principales estrategias allí priorizadas las siguientes:

- Promover la voluntad y decisión política para fortalecer las alianzas con otros actores y sectores, para lograr legitimación de la institución y privilegiar el criterio técnico en la toma de decisiones.
- Desarrollar políticas con amplia convocatoria a todos los actores.
- Diseñar un sistema integral de información.
- Fortalecer la participación comunitaria en salud.
- Incorporar en el marco de los planes de acción elementos que favorezcan la función y el posicionamiento de la información como elemento generador de rectoría y el desarrollo de mecanismos estructurales, legales y operativos desde los niveles directivos para la gestión de la misma.
- Articular la planeación distrital en distintas instancias para fortalecer el financiamiento del sistema, mejorar las relaciones con los prestadores, acercarse más al sector privado, y gestionar adecuadamente los recursos del régimen subsidiado.
- Ampliar la cobertura de aseguramiento; analizar y modificar los planes de beneficios de salud.
- Revisar y ajustar los mecanismos que permitan la recolección, el flujo adecuado, oportuno y suficiente de recursos.

- Definir una política para fortalecimiento del talento humano en salud y para la provisión de servicios de salud.
- Establecer alianzas estratégicas con universidades y hacer abogacía para la regulación de la oferta de programas de formación de talento humano en salud.
- Ampliar la planta de funcionarios de la SDS para el cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.
- Fortalecer el liderazgo y los procesos y canales de comunicación al interior de la SDS.
- Ejercer liderazgo del tema de calidad, autocontrol y autorregulación desde la alta dirección de la SDS, EPS prestadores de servicios.
- Unificar y articular los procesos de inspección, vigilancia y control a prestadores y aseguradores al interior de la SDS.
- Desarrollar una estrategia de comunicación, difusión y promoción de normas y procesos de calidad e IVC a prestadores, aseguradores y comunidad.

Al indagar por cuales de las estrategias antes mencionadas se están desarrollando actualmente, el 71% de los participantes mencionaron no conocer nada al respecto. El 29% restante menciona que de manera general fueron incorporadas en el Plan Distrital de Salud Pública, que estaba siendo terminado de formular en el momento de la sistematización de esta experiencia. Se relacionó que las siguientes estrategias quedaron incluidas como metas del Plan Distrital: formulación e implementación de la Política distrital de provisión de servicios de salud; formulación e implementación de la Política distrital de talento humano; garantía de flujo adecuado, oportuno y suficiente de recursos; coordinación intra e interinstitucional; fortalecimiento de la participación comunitaria en salud; liderazgo del tema de calidad, autocontrol y autorregulación desde la alta dirección de la SDS, EPS prestadores de servicios.

Se mencionó de manera particular que se está haciendo la revisión de la política de talento humano en salud y de la provisión de servicios, aclarando que no necesariamente se sabe que esto este directamente relacionado con los resultados de este ejercicio de evaluación, o si es parte de iniciativa particular de las dependencias.

Similar a la situación de República Dominicana en Bogotá el 100% de los entrevistados manifestó que no conocen que se la haya dado seguimiento al plan de acción, por lo menos no con su participación. En ambos casos se registran rotaciones de personal ocasionados por cambio en la administración, una vez realizado el ejercicio,

Propuestas para mejorar la formulación y seguimiento de los planes de acción

Con el fin de continuar la reflexión objetivo de este trabajo sobre mejorar la práctica del desarrollo metodológico de la evaluación del desempeño de la función rectora, se indagó sobre las propuestas para mejorar la formulación y seguimiento de los planes de acción derivados de la evaluación. Por hallar elementos generales y comunes en las propuestas de ambas experiencias se presentan los resultados consolidados a continuación:

- Comprometer a tomadores de decisión, lograr compromiso por escrito y destinar recursos para ello.
- Incorporar los planes en la agenda política de la ASN y a planes específicos de las dependencias y otras instituciones.
- Promover la socialización más amplia y oportuna de los resultados de las evaluaciones. Mayor divulgación y difusión no solo de los resultados sino de los compromisos que surgen de los mismos, incluyendo su publicación oficial.
- Dar seguimiento a los cumplimientos y asegurarse de que las instituciones dejen conformados los equipos responsables de velar por ellos. Se sugiere un equipo a nivel nacional con capacidad de conducción con participantes de las diferentes instituciones y con veeduría ciudadana, con reuniones periódicas para dar cuenta de en que se ha avanzado y en que no y porque.
- Realizar posterior evaluación en un periodo de tiempo adecuado.
- Buscar indicadores de estímulos y de control, incluyendo motivaciones económicas por cumplimiento con una orientación adecuada.
- Contar con una instancia externa, como OPS que asuma igualmente compromisos de seguimiento, o bien que lo facilite fungiendo como “secretariado” y como “memoria histórica”, especialmente en periodos de cambio de administración.



Estrategias de fortalecimiento planteadas (conducción y regulación)

De acuerdo al énfasis e interés de este ejercicio de sistematización, se presentan a continuación los hallazgos de las estrategias y opciones de política identificadas con respecto a las dimensiones de conducción y regulación, en la revisión de los planes de acción plasmados en los documentos de informe, seguidas de las que los entrevistados recordaron explícitamente al respecto. Por hallarse diferencias en las mismas se presenta la situación por cada uno de los ejercicios.

República Dominicana

Específicamente para estas dos dimensiones no se contó con la formulación explícita de plan de acción en el ejercicio. Esta situación pudo estar relacionada con la metodología que permitió para estas dimensiones la puntuación con aplicativo computarizado por pregunta cerrada y puntuaciones individuales promediadas. Como las demás dimensiones incluyeron preguntas abiertas la decisión de presentar los resultados en forma matricial si logró este acercamiento. Así el informe describe los hallazgos y las áreas débiles pero no profundiza en el desarrollo de estrategias ni propuestas para abarcarlas.

Sin embargo en contraste con lo anterior, un 50% de los entrevistados no recordó específicamente lo relacionado con estas dimensiones. Un 30% mencionó como política de conducción la formulación del Plan decenal de salud y como estrategias dentro de esta los análisis de situación de salud realizados que sirven para la toma de decisiones tanto a nivel nacional como local. Respecto a la regulación, la mención hizo referencia a desarrollos normativos que se han dado, sin tener realmente un desarrollo más allá de la emisión de la norma.

Otras estrategias mencionadas tuvieron que ver con la regulación en la armonización de la provisión de servicios y el incipiente desarrollo de la identificación y ordenamiento de beneficiarios del régimen subsidiado que aun no supera el 33% de lo que se espera que deba cubrir.

Bogotá, Colombia

Los participantes en este ejercicio no recordaron explícitamente ninguna estrategia y opción de política relacionada con estas dos dimensiones. Quienes manifestaron recordar algo correspondieron a la dimensión financiera y a la de armonización en la provisión de servicios.

Esta situación, encontrada en ambas experiencias, de poca recordación de las estrategias importantes en términos no solo de estas dos dimensiones consideradas como las principales de responsabilidad de la ASN, coinciden con lo ya manifestado de falta de difusión de resultados y de continuidad del proceso en términos del seguimiento de los planes de acción esbozados, al igual que lo expresado sobre el débil compromiso de los cuadros directivos y con poder de decisión al respecto. De nuevo, los cambios de administración y la rotación de funcionarios constituyen factores adicionales que pudiesen explicar parcialmente estos vacíos.

Al revisar el informe de evaluación se encontraron como propuestas para estas dos dimensiones, lo siguiente:

Conducción

- Contar con un sistema de gestión y análisis de la información en salud que incluya la información de otros sectores bajo un enfoque de determinantes, con una metodología estandarizada de análisis de la situación de salud implementada de manera concertada, con mecanismos de divulgación de la información para orientar la toma de decisiones. Dentro de la “caja de herramientas” producida en el marco del Convenio de CT entre OPS y la Secretaría Distrital de Salud se incluye la propuesta de metodología estandarizada junto con los resultados del ASIS en Bogotá.
- Definir prioridades con enfoque de equidad en respuesta a las necesidades distritales y locales; identificar metas orientadas a logros en salud pública y en calidad de vida; actualizar y validar la metodología para priorización, el alcance y competencias de la SDS, otros actores del sector, otros sectores y de la Alcaldía frente a la salud pública.

- Contar con una política de salud integral que responda a las necesidades individuales y colectivas desde la determinación social, basada en el derecho y con enfoque de equidad, construida, implementada y evaluada con todos los actores y sectores.
- Contar con mecanismos de concertación articulados al interior de la SDS y concertar acuerdos que respondan al plan de gestión de la SDS y a las prioridades de la ciudad.
- Ampliar las bases de participación de la comunidad.
- Institucionalizar la evaluación del desempeño del sistema de salud de manera sistemática y periódica.

Regulación

- Mejorar la capacidad de regulación del ente territorial especialmente en lo referente a la oferta pública y privada de servicios de salud y sociales del D.C, el funcionamiento de las Tiendas Naturistas y la publicidad para productos con indicaciones terapéuticas.
- Fortalecer competencias y capacidad operativa del ente territorial, realizar armonización, revisión, fijación de competencias y establecimiento de mecanismos de control.
- Establecer como metas a nivel jurídico: la seguridad jurídica, la compilación y revisión de normas para aclaración de competencias y vacíos, y la independencia para la adaptación de la regulación nacional en su expresión territorial.
- Formular e implementar una política que apoye la gestión del talento humano del sector salud para el distrito, optimizar los convenios nacionales e internacionales para su perfeccionamiento y fortalecimiento y, adoptar mecanismos y asegurar recursos para seguridad e integridad del personal del sector salud, especialmente en las áreas de trabajo de campo e Inspección, Vigilancia y Control (IVC).

Se identificó que para avanzar en las metas propuestas, es necesario contar con otros actores además de los involucrados actualmente como son: Ministerio de Minas, Secretaría de Planeación y Hacienda Distrital, Concejo Distrital, Empresas Industriales y Comerciales del Estado: Acueducto, Gas Natural y Transmilenio, DPAE, Instituto Participación y Acción Comunal, Sindicatos y Agremiaciones, Superintendencia de cooperativas y los ciudadanos; situación que debe tenerse en cuenta a la hora de realizar los procesos de abogacía requeridos para avanzar en la implementación del plan de acción propuesto¹⁶.

5.3. El Después

5.3.1 Sobre el informe final de resultados y su uso

Finalmente, se indagó y revisó documentalmente sobre la difusión y el uso que se dio a los resultados del ejercicio; al igual que por el valor que para los participantes tuvo el ejercicio en sí mismo. Al respecto se relacionan los hallazgos a continuación por cada experiencia y de manera general al final las opiniones sobre el valor del ejercicio.

Difusión de resultados

República Dominicana

Un 40% (3) de participantes manifestó no conocer ningún informe al respecto ni una difusión amplia de los resultados por otro medio. Un 30% recordó haber conocido un documento borrador del informe que les fue circulado para revisión pero del cual no conocieron posteriormente una versión final. Un 20% de los encuestados informó conocer el documento de informe

16 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá- OPS-OMS. Medición de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria en Bogotá, Colombia. Resultados del taller de Evaluación. Abril de 2008.



final y su divulgación por medio electrónico (por medio de la página de OPS). Llama la atención la falta de divulgación oficial.

Bogotá, Colombia

En el caso de Bogotá el 100% de entrevistados manifestó no conocer ningún informe de resultados ni haber sido citado a reuniones para su difusión posteriores a la plenaria final del ejercicio en el taller de evaluación. En contraste con lo anterior se conoció por parte de otras personas coordinadoras del ejercicio, que el informe fue realizado, presentado y entregado oficialmente a la Secretaría de Salud para su difusión amplia y uso. Al igual que el de República Dominicana se encuentra publicado en la página de la OPS¹⁷. Llama la atención la falta de divulgación oficial.

5.3.2 Uso del informe para la toma de decisiones e implicaciones

A continuación se presentan las opiniones de los participantes respecto al uso que se le ha dado a los resultados de la evaluación y las evidencias que al respecto se encontraron en los documentos que estratégicamente definen la dirección de las autoridades sanitarias actualmente en cada una de las experiencias, el Plan Decenal de Salud 2006-2015 para República Dominicana¹⁸ y el Plan de Salud Distrital 2008-2011 para el caso de Bogotá¹⁹.

República Dominicana

Un 40% de los participantes manifestó no saber que uso se le dió a los resultados. Un 20% considera que el uso de los mismos no pasó del informe que se produjo pero que no se difundió ampliamente. El restante opina que los resultados han orientado el proceso de reorganización de la SESPAS aunque esto no se haga oficial. También ha servido para preparar al Secretario en presentaciones oficiales sobre el tema. Finalmente, la metodología tuvo un efecto “pedagógico” para los participantes: *“A nivel Central, la SESPAS asumió el concepto de rectoría y lo incorporó en el plan nacional de salud 2006-15”*.

A nivel territorial, coincidió con el proceso de separación de funciones (provisión y rectoría) y la creación de los Servicios Regionales de Salud. Por lo tanto, contribuyó a aclarar los roles de las DPS y de los Servicios Regionales de Salud. Además, con un liderazgo importante del Director Provincial de Santiago, se motivó el proceso de evaluaciones a nivel subnacional que se realizó en todo el país.

Al revisar el documento de Plan Nacional Decenal de Salud, se encuentra efectivamente la orientación en términos de la rectoría tanto a nivel general como específico. De manera general en la orientación del mismo, como lo evidencia lo siguiente: “El Plan Nacional Decenal de Salud es el principal instrumento para la conducción y regulación continua e integral de la producción social de la salud y del Sistema nacional de Salud”. El Plan Nacional Decenal de Salud 2006-2015 da respuesta al mandato establecido en la Ley 42-01, en su artículo 8, Párrafo II, el cual establece que:

*“la SESPAS, en su calidad de institución rectora del Sistema Nacional de Salud, formulará cada diez años una política y un Plan Nacional de Salud... cuyos contenidos especifican que el Plan Nacional de Salud ha de tener un carácter de plan estratégico y **principal instrumento de conducción y regulación del Sistema**”*

17 Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=493&Itemid=.

18 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Documento para Consulta Nacional, Noviembre 2006. Documento en versión electrónica. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=467&Itemid=.

19 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Documento para Consulta Nacional, Noviembre 2006. Documento en versión electrónica.

Nacional de Salud y de la producción social de la salud²⁰.

A nivel específico se enuncia como prioridad cuarta del plan lo siguiente:

“Reestructurar y fortalecer el nivel central y desconcentrado de la SESPAS (DPS) para asumir efectivamente las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud”, con los siguientes indicadores de monitoreo y evaluación, que desarrollan particularidades de las dimensiones de rectoría como sigue:

Indicadores de monitoreo y evaluación:

- a) A nivel nacional y en las Direcciones Provinciales de Salud se habrá fortalecido las capacidades de Rectoría de la SESPAS; en las siguientes dimensiones:
 - a.1.- Capacidades de Análisis de Situación del Sector Salud y de Análisis Sectorial de Salud, con enfoque estratégico y de equidad social y de género.
 - a.2.- Planificación y conducción estratégica del sector salud.
 - a.3.- Habilitación, supervisión, y evaluación de servicios y establecimientos del Sector Salud.
 - a.4.- Regulación, control y apoyo técnico normativo a la provisión de servicios de salud, medicamentos y otros insumos, así como de los procesos ambientales mas relacionados con la salud.
 - a.5.- Sistemas de aseguramiento de la calidad en los servicios de salud.
- b) Se ha desarrollado y está en pleno funcionamiento el Sistema de Información Gerencial y de Vigilancia Epidemiológica, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - b.1.- Carácter modular interconectado y tecnológicamente actualizado.
 - b.2.- Monitoreo permanente, con cortes evaluativos anuales, de las desigualdades e inequidades sociales y de género en la situación de salud y en la accesibilidad a los servicios, así como del impacto diferencial de los costos de las atenciones y del gasto familiar en salud.
 - b.3.- Monitoreo permanente de las enfermedades y problemas de notificación obligatoria, riesgos y signos de alerta temprana.
- c) Desarrollado y en aplicación en toda la SESPAS, Redes y Servicios Regionales de Salud, un modelo de gestión financiera, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - c.1.- Articulado con el SIGEF nacional.
 - c.2.- Asegura la transparencia ante la sociedad.
 - c.3.- Contabilidad de costos de cada intervención, establecimiento, servicios y programa.
 - c.4.- Factura en tiempo adecuado a SENASA, las ARS, al Seguro de Riesgos Laborales y al Seguro de Accidentes de Tránsito (FONAMAT).
 - c.5.- Procesos de planificación y de presupuestación ligados a resultados de impacto y que permiten monitorear la vinculación del gasto con los resultados.
- d) En el nivel central se habrá organizado y estarán en pleno funcionamiento, Comités Técnicos Nacionales correspondientes a cada una de las funciones esenciales del Sistema Nacional de Salud:
 - d.1.- Provisión de servicios de atención a las personas.
 - d.2.- Salud Colectiva (promoción, prevención y control de problemas prioritarios de salud).
 - d.3.- Aseguramiento y articulación del SNS con el SDSS.
 - d.4.- Financiamiento y desarrollo del sistema financiero del Sistema Nacional de Salud.

20 Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011. Secretaría Distrital de Salud Junio 16 de 2008. Documento en versión electrónica.



1.5-Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

Estos Comités Técnicos Nacionales, de carácter interinstitucional, intersectorial, e interdisciplinarios, ejercen funciones de asesoría y de apoyo a los órganos centrales y desconcentrados de la SESPAS en la conducción y coordinación del Sistema Nacional de Salud en sus diferentes subsistemas.

- e) Se ha desarrollado el Sistema Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - e.1.- Bajo la Rectoría de la SESPAS.
 - e.2.- En estrecha coordinación y articulación con las Secretarías de Educación Superior, las instituciones formadoras, la Oficina Nacional de Administración de Personal y otras dependencias oficiales relacionadas con la planificación, formación, capacitación y gestión de recursos humanos.
 - e.3.- El Sistema Nacional de Salud aplica a todos sus niveles y componentes el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - e.4.- Se ha desarrollado la carrera sanitaria y la carrera administrativa en el sector salud, con base en la Ley de Servicio Público y Carrera administrativa.
- f) Se ha desarrollado el Sistema Nacional de Investigaciones en Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS, en estrecha coordinación y articulación con la Secretaría de Educación Superior, las instituciones de educación superior y otras instituciones y dependencias nacionales de promoción, producción, regulación y desarrollo de la investigación.
- g) Se ha ejecutado un plan de formación en género para el personal en servicio en todas las instancias del SNS, con especificaciones según responsabilidades y funciones.
- h) En coordinación con la SEESCyT y las instituciones formadoras, y los Colegios y Gremios de la Salud, se ha aplicado un plan de reforma curricular para el pensum de las carreras de ciencias de la salud, y se ha desarrollado un sistema de certificación y recertificación, de acuerdo a los principios, prioridades, estrategias y orientaciones del Plan Nacional de Salud.

Bogotá, Colombia

El 90% de los encuestados manifestó no conocer que uso se le ha dado al informe a la fecha. Un 10% restante opina que lo que allí se encontró fue incorporado en la formulación del Plan Distrital de Salud y que se está en espera de socialización de resultados e instauración de mesas de trabajo para adelantar el plan de acción.

Al revisar el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011, se evidencia que los resultados del informe de evaluación del desempeño de la función rectora fueron analizados e incorporados en el proceso de formulación del plan, lo cual se evidencia en su marco conceptual y político como orientador de las funciones de la Secretaría de Salud y traducido en las prioridades en el contenidas entre las cuales la primera enuncia: “Garantizar el ejercicio de la Rectoría en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con visión integral”, con las siguientes estrategias y metas:

Estrategias:

- Convocar y motivar actores distritales en temas estratégicos de ciudad.
- Abogar con sectores y actores para el posicionamiento e implementación de políticas públicas y del análisis de la situación en salud. Fortalecer la capacidad de regulación y vigilancia en salud pública en todos sus componentes.

- Articular la gestión de las políticas públicas en salud del Distrito Capital, a nivel institucional y sectorial.
- Gestionar la consecución y administración eficiente de los recursos que garantice la financiación del Sistema General Seguridad Social en Salud y regímenes especiales.
- Coordinar y articular con diferentes instituciones a nivel distrital, nacional e internacional la financiación de la salud del Distrito Capital.

Metas:

- Contar con la Política Integral de Salud Distrital 2008-2011 formulada e implementada a Diciembre 31 de 2011.
- Convocar en la formulación, ejecución y evaluación del Plan de Salud del Distrito Capital al 100% de los sectores y actores estratégicos.
- A 2011 contar con la formulación, implementación y seguimiento anual, de la política de financiamiento de la Salud en el Distrito Capital.
- Actualizar anualmente el diagnóstico de la situación de salud en el Distrito Capital, como base para la toma de decisiones y ajuste de las acciones.
- Disponer de un sistema integrado de vigilancia en salud en el Distrito Capital a Diciembre 31 de 2011.
- Realizar seguimiento anual a lo establecido en el Plan Maestro de Equipamiento.
- Al 2011 estará diseñada e implementada la política de talento humano en salud.

5.3.3 Valor atribuido al ejercicio por los participantes

En general los participantes ubican el ejercicio como de gran valor en términos del conocimiento de la temática, mayor comprensión de lo que implica el desarrollo de la rectoría y las implicaciones que su desempeño tiene para el fortalecimiento de la misma.

Valoraron positivamente la posibilidad de diálogo entre diferentes actores del Sistema y el reconocimiento del quehacer del otro y su importancia y ubicación dentro del sistema, lo cual manifestaron así:

“El ejercicio fue importante porque permitió que [los actores involucrados] se encontraran para evaluarse. Siempre es bueno sentarse y discutir, tener la oportunidad de ver lo que otros piensan y hasta donde valoran lo que se está produciendo y hasta donde se identifican con la visión del sistema del país que este formulado”.

“Conocimiento de la realidad de la Secretaría y de las dificultades que presenta para poder ejercer su actividad en algunos momentos. Distanciamiento entre algunas entidades del ente territorial y falta de complementariedad para ejecutar acciones. Como positivo, destaco que la Secretaría hizo una labor de acercamiento con las entidades para conocer qué opinan de ella y para interactuar de una mejor manera”.

El ejercicio de evaluación permite comprender mejor la complejidad del sistema y de las acciones necesarias, además de evidenciar el liderazgo que deben tener las instituciones que encabezan el sistema y representan a la autoridad sanitaria en los contextos de reforma. Permite además reorientar el trabajo para el fortalecimiento de la rectoría y para la necesidad de mayor compromiso político y técnico para darle continuidad al proceso y avanzar en el logro de objetivos.



6. Los puntos de llegada - Lecciones aprendidas

Conclusiones

Ambos ejercicios de evaluación del desempeño de la Función Rectora de las Autoridades Sanitarias, fueron concertados con las autoridades sanitarias respectivas y contaron con su anuencia y participación para su desarrollo, desde la convocatoria hasta la realización del taller de evaluación.

En general, la planeación del proceso de evaluación en términos de convocatoria fue amplia y representativa de los sectores que intervienen en las actuales estructuras de los sistemas de salud de República Dominicana y de Bogotá. Los procesos fueron valorados positivamente en términos del apoyo logístico y del desempeño de los facilitadores. No ocurrió lo mismo con respecto al tiempo destinado para el taller el cual contó con algunas opiniones de haber sido insuficiente en ambas experiencias.

El ejercicio de evaluación de la función rectora permite evidenciar las dificultades y los efectos de los sistemas fragmentados como lo son el Dominicano y el Colombiano, e identificar las áreas críticas para poder diseñar estrategias y consolidar alianzas que permitan recuperar y desarrollar el rol rector de las autoridades sanitarias.

Respecto a la evaluación del taller en República Dominicana no se encontraron evidencias de que esta se hubiese realizado, ni los participantes recordaron haberlo hecho. Sin embargo, los organizadores si recuerdan haberlo efectuado para cada día del taller, aunque se trató de una evaluación mas orientada a la logística y organización del taller. Para el caso de Bogotá el nivel de recordación fue bajo, pero según consta en el informe de evaluación y sus anexos, esta si se efectuó a través de un cuestionario escrito y se analizaron sus resultados.

La metodología en términos de la estructura del taller sobre presentaciones magistrales, ejercicios grupales, y plenarias fue similar en los dos ejercicios. Sin embargo los cambios introducidos en el desarrollo de los tres momentos del taller respecto al mapeo de actores, diseño y aplicación del instrumento de valoración y formulación de planes de acción, muestran la diversidad de resultados de los mismos.

La metodología de trabajo grupal es bien aceptada en general por los participantes. Los resultados sin embargo son afectados por situaciones como: el perfil diverso de los participantes; el grado de conocimiento que los mismos tienen sobre los diversos temas; los niveles de responsabilidad de estos en los procesos evaluados; el compromiso frente a la permanencia durante todo el ejercicio de evaluación; la imposibilidad de registrar y usar los disensos en los resultados; la subjetividad de los juicios de ponderación y la falta de pruebas objetivas para contrastar con los mismos.

Los instrumentos de medición usados en los tres momentos del taller de evaluación del desempeño de la función rectora deben continuar siendo revisados recogiendo las observaciones propuestas, procurando un mejor aprovechamiento de los resultados de la valoración en la concreción de planes de acción.

La falta de difusión de los resultados y el desconocimiento del informe oficial con los mismos y su uso, generó descontento y algún nivel de frustración entre los participantes, además de percibir que un esfuerzo tan importante termina siendo un ejercicio que se realiza por cumplir con compromisos pero que no se asume con responsabilidad por los tomadores de decisión.

Ambos ejercicios cuentan con informes que actualmente se encuentran disponibles en la página de OPS, situación que no es conocida por la mayoría de los participantes, lo que indica que no es suficiente este mecanismo para lograr la difusión amplia de resultados, una vez que esta se espera de manera formal por parte de las Autoridades Sanitarias como una forma de legitimar su compromiso y de mantener el contacto con los participantes.

A pesar de que la mayoría de participantes no conocieron los informes oficiales de resultados, si recordaron algunas prioridades derivadas de las evaluaciones, las cuales para el caso de República Dominicana se relacionaron de manera

general con las necesidades de reestructuración de la SESPAS teniendo en cuenta el proceso de reforma que vive el país y la importancia de avanzar en el aseguramiento y el reordenamiento de las redes de servicios.

Para el caso de Bogotá, las estrategias recordadas fueron mas particulares teniendo en cuenta el menor tiempo transcurrido desde la evaluación del desempeño con respecto al de República Dominicana y el avance en el proceso de consolidación de la reforma por haberse dado hace mas tiempo. Estas mencionaron el tema de aseguramiento y redes de servicios, además de la necesidad de contar con mayor voluntad política y trabajo intersectorial para el fortalecimiento de la rectoría, desarrollo de la política de recurso humano, políticas de captación y evaluación de inversión de recursos y un tema álgido históricamente correspondiente al diseño y operación de un sistema integral de información, entre los mas importantes.

En general los entrevistados de las dos experiencias manifestaron no conocer procesos de su seguimiento al desarrollo de los planes de acción formulados en los ejercicios, ni implementación concreta de las principales estrategias allí planteadas. Sin embargo la revisión de documentos de orientación estratégica en cada uno de los casos, como son el Plan Decenal de Salud para República Dominicana y el Plan de Salud Distrital para Bogotá, mostraron la incorporación de las mismas en sus líneas estratégicas y metas a desarrollar. Esto indica un nivel importante de apropiación de la temática y de los resultados del ejercicio por parte de los tomadores de decisión.

En el ejercicio de sistematización de la experiencia no se encontró entre los participantes entrevistados un recuerdo específico con relación a las dimensiones de conducción y regulación consideradas como prioritarias por parte de las Autoridades Nacionales, situación influenciada no solo por el tiempo transcurrido entre la indagación al respecto y los ejercicios sino a la no discusión de resultados y a la falta de seguimiento del proceso como tal. Sin embargo los planes estratégicos (Plan Decenal de Salud para República Dominicana y el Plan de Salud Distrital para Bogotá) que recogen los resultados de ambas evaluaciones si hacen mayor énfasis en las mismas.

Recomendaciones - Buenas Prácticas para futuros procesos

La cooperación técnica que desarrolla la OPS debe obedecer a las necesidades particulares según las realidades de los países. Los compromisos derivados de la agenda regional, en ocasiones generan metodologías e instrumentos estandarizados, los cuales deben ser objeto de ajuste permanente para su aplicación local, de acuerdo a las cambiantes particularidades y énfasis de cada país.

Ambos ejercicios fueron concertados y planificados en estrecha coordinación con la Autoridad Sanitaria. Los grupos de trabajo en ambos casos estuvieron conformados por técnicos y decisores políticos cuya labor está estrechamente relacionada con alguna de las dimensiones de la rectoría. Sin embargo, se identifica una especie de distanciamiento a la hora de asumir como propia la responsabilidad de elaborar, implementar y dar seguimiento a los planes concretos que se derivan del ejercicio.

Los ejercicios de evaluación del desempeño de la función rectora, permiten avanzar en la comprensión por parte de funcionarios de diferentes instituciones y sectores sobre lo que implica la rectoría, especialmente en países donde existe una alta rotación del personal, tanto a nivel técnico como político. Esto representa un aporte importante por sus implicaciones en la materialización de acciones cotidianas por parte de cada uno de los participantes y tomadores de decisión, dado el posicionamiento y desarrollo de la función rectora, para orientar los procesos de planeación y negociación sectorial y transectorial.

El ejercicio de evaluación de rectoría permite evidenciar los desfases existentes entre los objetivos y propósitos de los procesos de reforma; y las estructuras, funciones y el desempeño de las instituciones y de los actores del sistema. Permite identificar cursos de acción para responder a los desafíos que imponen los procesos de reforma sectorial, además de hacer evidentes las dificultades de este proceso, las implicaciones derivadas de la resistencia al cambio, además de las presiones políticas que estas decisiones conllevan.

La conducción y regulación se evidencian como dimensiones claras de responsabilidad de la autoridad sanitaria, pero débiles por lo complejo de la multiplicidad de actores en los contextos de reforma del sector de la salud, por los vacíos



normativos y legislativos o las incomprensiones jurídicas, especialmente en los niveles subnacionales y por la misma estructura de los sistemas donde no hay claridad en asignación de responsabilidades y funciones.

Los resultados de los ejercicios evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo a la autoridad sanitaria, especialmente en materia de negociación y regulación de los actores que en los actuales esquemas de reforma son responsables del aseguramiento efectivo de la población, pues aunque los desarrollos son disímiles, se evidencia que este se constituye en una verdadera barrera de acceso efectivo de la atención sanitaria a la población.

Respecto a la armonización de las redes de servicios los retos para la autoridad sanitaria están en la definición de esquemas más equitativos; la armonización de los prestadores privados y públicos; la transformación de los prestadores públicos para hacerlos competitivos en este esquema de mercado; la definición de prestaciones de servicios que integren la atención individual con la colectiva, acordes al principio “a cada quien según su necesidad” y no según su capacidad, para lograr equidad y no solo rentabilidad económica.

Los resultados de los procesos de evaluación de la función rectora permiten orientar decisiones políticas estratégicas y presupuestales que se traducen en planes de desarrollo y orientaciones de la política sectorial. Siendo este aporte muy importante no se debe perder de vista la necesidad de acciones transectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud y avanzar en la disminución de las brechas e inequidades de atención en salud a la población que se han visto profundizadas en los escenarios de reforma.

La inversión de recursos técnicos y financieros para ejercicios como el de evaluación de la función rectora es importante, por lo cual debe garantizarse un apoyo real y compromiso de los mas altos niveles políticos y decisorios de las Autoridades Sanitarias, no solo para su ejecución en términos de resultados, sino para el uso de los mismos en la toma de decisiones y orientación de políticas en salud que realmente reviertan en la recuperación y mejoramiento del rol rector, especialmente complejo en sistemas segmentados y fragmentados. De lo contrario pueden convertirse en ejercicios técnicos y académicos interesantes sin mayor trascendencia, generando además ineficiente inversión de recursos, desgaste y altos niveles de frustración en los funcionarios de nivel técnico.

La metodología de evaluación del desempeño de la función rectora debe asumirse como un proceso que trasciende el taller de medición, que incluya entre otros la adecuación y flexibilización de los instrumentos, una preparación conceptual y contextual de los evaluadores, una mejor selección y compromiso de los participantes, un apoyo concreto e irrestricto de los mas altos niveles políticos y decisorios que asuman la responsabilidad del proceso y den continuidad a su desarrollo en el tiempo a través de la concreción, seguimiento y evaluación de los planes de acción.

Si bien es cierto se reconoce la especificidad del conocimiento del desempeño de unas dimensiones por parte de personas que están directamente relacionadas con su ejecución, la riqueza de la valoración de las dimensiones en su conjunto por el total de participantes, permite una visión mas completa del desempeño de la función rectora de manera integral. Por lo cual se sugiere revisar metodológicamente como hacer las adecuaciones pertinentes para que se logre la integración, situación que se sabe compleja en términos de la magnitud de personas convocadas para lograr representatividad de todos los sectores involucrados.

Se reconoce la importancia de la adecuación del instrumento y su validación en cada contexto, teniendo en cuenta los desarrollos de las reformas en cada país, sin caer en el protagonismo que pueda desvirtuar la orientación teórica del ejercicio entendiendo que la estructura de las reformas es similar en los países y lo que presenta mayor variación es el grado de avance en su implementación.

Es necesario revisar la propuesta del instrumento de valoración respecto a las posibilidades de respuesta de los indicadores de: No sabe y No compete, pues a pesar de su intencionalidad en términos de la interpretación moderada de los promedios de valoración, no se evidenció en su aplicación una comprensión de su importancia.

Se debe avanzar en una metodología que permita en todo caso aprovechar mejor los resultados de los dos primeros momentos del taller respecto a mapeo de actores y valoración del desempeño, en la formulación de planes de acción

con inclusión de indicadores que permitan posterior seguimiento del logro de lo que allí se propone. Incluso se propone desarrollar un instrumento único que incluya la evaluación de las FESP pues a pesar de que conceptualmente se mencionan como la sexta dimensión de la función rectora, se pierde su integralidad al separar las evaluaciones.

Se insiste en la necesidad de que este ejercicio sea asumido como un proceso clave en la planeación y orientación de políticas que realmente mejoren el desempeño de la función rectora, para lo cual debe existir un grupo de personas responsables del mismo con representantes de los diversos sectores y se sugiere el acompañamiento técnico permanente de la OPS, para el seguimiento de los planes de acción y realizar posteriores evaluaciones con intervalos de tiempo adecuados.

El informe de resultados de la evaluación debe ser consolidado en un tiempo corto posterior al taller y ampliamente difundido entre los participantes y demás interesados, con el fin de lograr un mayor compromiso para la ejecución de las acciones allí propuestas, evitando que se pierda el entusiasmo y compromiso que se genera al participar en el taller. Además se debe insistir a los tomadores de decisión en la importancia de los resultados para la orientación de acciones de mejoramiento, mas allá de asumir los resultados y sus valoraciones como un juicio técnico y político.

Independientemente del desconocimiento y uso de resultados del ejercicio, se percibió que entre los participantes del mismo, este logra establecer claridades sobre las prioridades de desarrollo en términos del fortalecimiento de la rectoría en cada escenario particular, lo cual se evidencia en la recordación de los campos más álgidos a intervenir en cada caso. Esta situación indica que el proceso de evaluación tal como se desarrolló si provee un nivel de acercamiento y comprensión al tema entre quienes participan, lo cual justifica insistir en el desarrollo del mismo.



BIBLIOGRAFIA

- OPS-OMS. USAID. Marco Conceptual e instrumento metodológico. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento. 2006
- Jara, H. Oscar. ¿Cómo sistematizar? (una propuesta en cinco tiempos), en para sistematizar experiencias, Costa Rica. Editorial: Alforja. 1994.
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá- OPS-OMS. Medición de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria en Bogotá, Colombia. Resultados del taller de Evaluación. Abril de 2008.
- OPS – OMS. Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en República Dominicana. Marzo de 2006. Disponible en: www.lachealthsys.org.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Documento para Consulta Nacional, Noviembre 2006. Documento en versión electrónica.
- Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011. Secretaría Distrital de Salud Junio 16 de 2008. Documento en versión electrónica.
- OPS- OMS USAID. Cuentas Nacionales en Salud República Dominicana 1999. Disponible en: www.lachealthsys.org.
- Balance y Perspectivas de las FESP en República Dominicana. Presentación en Taller sobre FESP Lima Perú .Mayo de 2007. Disponible en : www.lachealthsys.org
- OPS- OMS. Salud en las Américas 2007. República Dominicana. Disponible en : www.lachealthsys.org.
- OPS- OMS. Perfil del Sistema de Salud de República Dominicana: Monitoreando y Analizando los cambios en los Sistemas de Salud Octubre de 2007. Disponible en : www.lachealthsys.org.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. SESPAS. Agenda estratégica Nacional para la reforma del Sector Salud. República Dominicana. Comisión Ejecutiva para la reforma del Sector Salud. Santo Domingo 2005.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo. Bogotá Positiva. Bogotá 2007. Disponible en: http://www.secretariadeambiente.gov.co/sda/libreria/pdf/plan_desarrollo_2008.pdf.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública Colombia 2007. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/academedicina/Academ29378/Normatividad.htm>.
- República de Colombia. Ley 100 de 1993. Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>.
- República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Disponible en: <http://www.acome.org/documentos/LEY%201122%202007.pdf>.

ANEXO 1

Instructivo para diligenciar el cuestionario de recolección de información

Dirigido a participantes en el ejercicio de desempeño de la Función Rectora en Bogotá 2008.

A continuación se encuentra una explicación sobre la información que se espera usted consigne en la respuesta a cada una de las preguntas del cuestionario, si optó por participar en el ejercicio de sistematización de esta manera y no a través de la entrevista directa.

Iniciales de nombre y apellido del entrevistado: _____

Favor colocar aquí las iniciales de su nombre y apellido, que serán usadas únicamente para poderlo ubicar de nuevo si se requiere alguna información adicional. Se omiten nombres completos y apellidos por efecto de protección de su identidad y confidencialidad de su información y participación en el ejercicio.

1. A que entidad representó en el momento de la evaluación?

(Se refiere a la entidad a la cual estaba usted vinculado oficialmente o a la cual fue delegado a representar de manera oficial en el ejercicio de evaluación de la función rectora).

2. Que cargo desempeñaba en el momento de la evaluación?

(Favor informar sobre el cargo que desempeñaba en ese momento en la entidad que representó. Si las denominaciones en su entidad son genéricas, por favor especifique si sus labores son de nivel técnico o si tiene bajo su responsabilidad funciones de dirección de alguna área, departamento o división y cual).

3. Participo en el ejercicio de evaluación de todas las dimensiones de la función rectora? En algunas, cuales? En una sola de ellas? Cual?

(Mencione en cuales de los grupos de evaluación de las dimensiones de rectoría participó: conducción, regulación, financiamiento, aseguramiento, armonización de la provisión. Si fue en todas, lístelas; si fue en algunas menciónelas y si fue solo en una especifique en cual).

4. Recuerda que otros sectores aparte de representantes directos de la secretaria de Salud o del Ministerio, participaron en la evaluación?

(Por favor mencione aquí que otras instituciones diferentes a la Secretaría Distrital de Salud o al Ministerio de la Protección Social, que usted recuerde, estuvieron representadas en el grupo o grupos en los cuales usted participó como evaluador).

5. Sobre el proceso de evaluación en sí mismo cual es su opinión sobre:

(Favor de su opinión sobre los diferentes apartes mencionados a continuación referentes a la planeación y desarrollo del proceso de evaluación en sí mismo. En lo posible no exceda los tres renglones en la respuesta a cada una de las preguntas. Tanto si su respuesta es afirmativa como negativa justifique el por qué).

5.1 Considera que la convocatoria, se realizó con la debida anticipación para lograr la participación amplia?

5.2 Considera que las instalaciones y apoyo logístico fueron adecuados?

5.3 Considera que el tiempo destinado para las sesiones de trabajo fue suficiente?

5.4 Como calificaría el desempeño de las personas que actuaron como facilitadoras del ejercicio en cuanto a la conducción del ejercicio, el manejo del grupo, la motivación para la discusión, la moderación y el cumplimiento de la agenda?

5.5 Recuerda haber diligenciado alguna evaluación escrita del evento?

6. Recuerda cual fue la metodología utilizada? ¿Que opina sobre esta?

(Describa brevemente cual fue la metodología utilizada en el ejercicio para los tres momentos: mapeo de actores, aplicación del instrumento y formulación del plan de acción. Procure no extender su respuesta a más de diez renglones. Y finalmente, de su opinión sobre la metodología y justifíquela. Procure no extenderse en su respuesta a más de cinco renglones).

**7. Sabe que uso se le dio a los resultados del ejercicio?**

(Describa si conoce cual fue el uso que se le dio a los resultados del ejercicio de evaluación del desempeño a nivel general en la Autoridad Sanitaria o sobre situaciones específicas dependiendo de intereses particulares de alguna dependencia u otros sectores. Justifique su respuesta. Procure no usar más de cinco renglones).

8. Sabe si se difundieron ampliamente los resultados del ejercicio? Es decir a parte de la plenaria final que se realizo al final del encuentro, en la cual se muestran de manera general los resultados obtenidos, conoce el informe final de la evaluación y si este se difundió ampliamente? A quienes?

(Describa si se difundieron ampliamente los resultados de la evaluación (a excepción de la situación que se describe en la pregunta, que formo parte del proceso mismo de evaluación del desempeño) y de que manera, al igual que el informe escrito de su análisis, como se hizo y a quienes. Si su respuesta es negativa, describa si ha solicitado la difusión de resultados, a quienes y cuales han sido las respuestas a esta solicitud. Procure no usar más de cinco renglones).

9. El ejercicio planteo un plan de mejoramiento con unas estrategias prioritarias a desarrollar, recuerda cuales fueron las principales?

(Describa las estrategias que recuerde fueron enunciadas como prioritarias en el plan de acción formulado como parte del ejercicio. Tanto si son generales, como en particular de alguna dimensión. Procure no usar más de cinco renglones)

10. Sabe si se ha dado seguimiento al plan allí propuesto y se han desarrollado algunas de las estrategias?

(Describa si este seguimiento se ha realizado, de que manera, con que periodicidad y cuales de las estrategia se han desarrollado. Utilice máximo 5 renglones. Si su respuesta es negativa justifíquela).

11. Cuales de las estrategias se priorizaron y se desarrollan actualmente?

(Mencione las estrategias que fueron priorizadas por la administración y en cuales de ellas se trabaja en la actualidad. Si su respuesta es negativa justifíquela. Utilice un máximo de 5 renglones).

12. Que avances puede enunciar respecto a acciones emprendidas a partir de la evaluación relacionadas con la dimensión de conducción? con la de regulación? Si no participó en ninguna de estas, con respecto a la que conoce.

(Mencione la acciones que usted conoce se han desarrollado actualmente respecto a las estrategias priorizadas para las dimensiones de conducción o de regulación, Si no conoce sobre estas pero conoce sobre alguna estrategia desarrollada de otras de las dimensiones, mencione igualmente las acciones y describa a que dimensión corresponde. Procure no usar más de diez renglones. Si su respuesta es negativa justifíquela).

13. Que sugerencias podría dar para mejorar el proceso para futuras evaluaciones?

(Describa por lo menos cinco sugerencias que usted considere deben ser tenidas en cuenta para mejorar el proceso de futuras evaluaciones del desempeño de la función rectora. Procure no usar más de cinco renglones. Si su respuesta es negativa justifíquela).

14. Que sugerencias tiene para mejorar la metodología de evaluación del desempeño?

(Describa por lo menos cinco sugerencias que usted considere deben ser tenidas en cuenta para mejorar la metodología para futuras evaluaciones del desempeño de la función rectora. Procure no usar más de cinco renglones. Si su respuesta es negativa justifíquela).

15. Que sugiere para mejorar la formulación y seguimiento de los planes de acción derivados de la evaluación?

(Describa por lo menos cinco sugerencias que usted considere deben ser tenidas en cuenta para mejorar el proceso de formulación y seguimiento de los planes de acción, en futuras evaluaciones del desempeño de la función rectora. Procure no usar más de cinco renglones. Si su respuesta es negativa justifíquela).

16. Para Usted específicamente que valor tuvo el ejercicio?

(Describa que aportes le dejo a usted la experiencia de haber participado en el ejercicio de evaluación del desempeño de la función rectora de la autoridad sanitaria y que uso ha hecho de estos. Procure no usar más de diez renglones. Si su respuesta es negativa justifíquela).

