



# La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales

## 1. El escenario Regional

La reforma del Estado y la descentralización de la vida política, económica y social de los países, han vuelto prioritaria, en la Región de las Américas, la redefinición de los roles institucionales al interior del sector de la salud, a fin de garantizar el pleno ejercicio de la autoridad sanitaria y de fortalecer el papel rector del Estado en el desempeño del sistema de salud y en los procesos de reforma sectorial.<sup>1</sup>

Las responsabilidades fundamentales del Estado en materia de salud experimentan transformaciones importantes a

la luz de los cambios generales en los equilibrios entre Estado, Mercado y Sociedad Civil. Ello se expresa en la tendencia a la separación de funciones del sistema: rectoría, financiamiento, aseguramiento compra y provisión de servicios, así como en su adjudicación, según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas. Tales circunstancias demandan, en consecuencia, una profundización de la capacidad institucional de conducción, regulación y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública por parte de la autoridad sanitaria.

Los ministerios nacionales de salud de los países de las Américas se enfrentan hoy a nuevas realidades de la organización sectorial, agudizadas por los procesos de reforma del sector salud que se están produciendo. De ello surge la necesidad de definir, con agilidad y prontitud, las mejores formas de fortalecer sus capacidades para ejercer el nuevo papel rector sectorial que les corresponde.

El avance de la descentralización del Estado y del sector, así como el surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, están determinando que la provisión de servicios, sobre todo los que tienen que ver con la atención a las personas, tiendan a dejar de ser una responsabilidad directa de los ministerios nacionales de salud. De modo similar acontece con la provisión de servicios de salud pública y la ejecución de acciones de regulación sanitaria, en donde las instancias intermedias del Estado, y a veces las locales, han asumido la responsabilidad de dichas atribuciones, en grados variables, según la redistribución de competencias y de reordenación territorial que el país haya definido.

En la medida en que muchos procesos de reforma del sector en los países de la Región han ido avanzando en la separación de funciones sectoriales, se han ido desagregando institucionalmente las acciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento, compra y provisión de ser-

<sup>1</sup> OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, Sección del 23 de julio de 1997, Tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.

vicios. Sin embargo, aún predominan las situaciones en que las cinco funciones están concentradas en una sola institución, o en un pequeño conjunto de instituciones que adolece de problemas de segmentación de la población, en razón de su inserción laboral y de su capacidad contributiva, con el consiguiente esquema diferencial de coberturas de aseguramiento y provisión de servicios.

A esta situación se suman otros importantes factores que se vienen arrastrando desde mucho tiempo atrás. Los servicios de salud no han logrado alcanzar un grado de desarrollo armónico, equitativo, de calidad y eficiente. Hay falta de coordinación, duplicaciones y vacíos, principalmente de cobertura de los servicios personales y no personales en las áreas rurales y en la población marginal de las grandes ciudades.

La exclusión en salud y el otro lado de la moneda, la falta de protección social en salud alcanzan vastas proporciones en el continente. El sector salud en muchos de los países de la Región no ha sido capaz de dar una cobertura total e integral a todos los ciudadanos. La existencia de grupos postergados, sin acceso a los servicios básicos de salud, se presenta en prácticamente todos los países. Al mismo tiempo existen, en los centros urbanos, servicios de alta calidad, de muy alto costo, con limitada accesibilidad para la mayoría de la población.

Otras características importantes agravan la situación: las instituciones del sector presentan un bajo grado de eficiencia; la capacidad de gerencia adolece de debilidades estructurales que plantean la imperiosa necesidad de un mayor grado de desarrollo institucional en materia de gestión sanitaria; los costos de la atención son altos, muchas veces asociados a intervenciones de baja

o nula efectividad y con tendencia al crecimiento; la calidad de los servicios es limitada y la satisfacción de los usuarios es percibida como insuficiente. Hay problemas emergentes como el SIDA, y otros reemergentes como la tuberculosis, el cólera, la malaria y el dengue, y se incrementan las patologías crónicas y de la población de edad avanzada que demandan y requieren una atención más compleja y frecuente que consume un volumen considerable de recursos. Las poblaciones comienzan a tener mayores expectativas sobre los servicios de salud. Demandan mayor calidad y uso de tecnologías novedosas de alto costo. Todo ello genera la necesidad de que el Estado ejerza funciones de regulación, control y vigilancia sobre estos aspectos y no siempre está dotado de la organización institucional, la masa crítica de recursos humanos y los recursos financieros necesarios para poder hacerlo.

La región muestra hoy un incremento de la población que se combina con el estancamiento del crecimiento económico, el aumento del desempleo, el crecimiento de la economía informal, el recrudescimiento de la pobreza en términos absolutos y relativos y la profundización de las disparidades en la distribución del ingreso. Todo ello lleva a que el problema de la exclusión económica, social, étnica y cultural adquiera proporciones cada vez más serias. Por su parte, los mecanismos existentes de protección social en salud que tendrían que garantizar a la población una serie de prestaciones en virtud de medidas de carácter público, ya sea por la vía de los ministerios de salud o a través de las instituciones de seguridad social, resultan insuficientes para dar respuesta a los nuevos problemas que se presentan en este ámbito.

La situación que viven hoy muchos países de la Región, especialmente en

América Latina y el Caribe, es de alta volatilidad económica y social, de quebramiento de la gobernabilidad y de crecimiento pasmoso de la pobreza y de la iniquidad. Ello hace necesario el plantearse, mas que nunca, la necesidad de que los cambios que se introduzcan en los sectores sociales, entre ellos el de la salud, contribuyan a la construcción de sociedades incluyentes de todos sus ciudadanos y no a la profundización de la exclusión de la marginación y de la falta de protección social incluida la protección en salud.

En el umbral del nuevo milenio los países de la Región enfrentan un enorme desafío de proporciones crecientes: garantizar a todos sus ciudadanos un grado básico de protección social en materia de salud que contribuya a eliminar las desigualdades en el acceso a servicios básicos de calidad para todas las personas y que proporcione a los grupos sociales hasta ahora excluidos la oportunidad de recibir atención integral con miras a la satisfacción de sus necesidades y demandas de salud, sin que su capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Ante estos desafíos resulta imperativo fortalecer el papel rector de los ministerios nacionales de salud al interior del sector, así como el liderazgo del sector en su conjunto para abogar por la salud y negociar con otros sectores. Se necesita un liderazgo que permita mantener rumbos firmes en pro de la salud de las personas en el medio de los procesos de reforma sectorial.

A este proceso de fortalecimiento de la capacidad rectora del sector salud, lo debe guiar, en última instancia, el propósito de reducir las iniquidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo humano integral y sostenible y de abatir las desigualdades injustas

tanto en lo concerniente al acceso a los servicios personales y no personales de salud como en la carga financiera que supone el poder acceder a ellos.

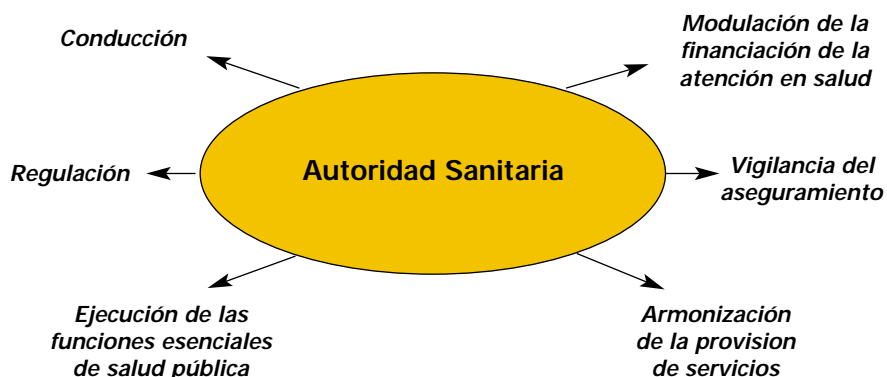
## 2. Las tareas que conforman el ejercicio de la rectoría sectorial por parte de las autoridades sanitarias

Los aspectos señalados en la sección anterior plantean claramente la necesidad de redimensionar y adecuar la responsabilidad y funcionamiento de la autoridad sanitaria, especialmente de los ministerios nacionales de salud, para fortalecer su capacidad rectora, definiendo las competencias sustantivas que le son propias e indelegables.

Ello supone desarrollar la capacidad institucional en materia de conducción de las acciones sectoriales, de regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con la salud, de aplicación de las funciones esenciales de salud pública, de modulación del financiamiento, de vigilancia del aseguramiento, de supervisión de la compra y de armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad.

La evolución que ha experimentado la organización de los sistemas de salud y la naturaleza del quehacer del sector salud, así como la conciencia creciente de la importancia del papel que juegan otros sectores en el mejor estado de salud de las personas, ha ido caracterizando, cada vez más claramente, una serie de tareas fundamentales, bien diferenciadas, cuyo conjunto constituye la acción rectora sectorial. Hay una tendencia creciente a no concentrar todas

**Figura 1** Las tareas de la rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria



esas tareas en una sola institución que las lleve a cabo, como solía suceder en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado lleven a cabo las atribuciones diferenciadas.

Pueden adoptarse diversas clasificaciones de dichas tareas, las cuales siempre estarán sujetas a agrupamientos distintos y a lecturas alternativas. Lo que continúa se plantea es una de las muchas maneras de establecer una taxonomía de tareas de la rectoría sectorial en la que se agrupa el quehacer en este campo en seis grandes apartados (figura N<sup>o</sup>. 1).

Cabe aclarar que según el peso que tenga la responsabilidad pública en salud, según el grado de descentralización de las acciones sectoriales, y en razón de las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional en cada país, corresponderá al ministerio nacional de salud un mayor o menor espectro de competencias.

Algunas veces se trata de atribuciones previamente existentes en la práctica o definidas en códigos, leyes o reglamentos. Otras veces se trata de nuevas com-

petencias, para las cuales las instituciones necesitan fortalecer y muchas veces adecuar su funcionamiento, su estructura organizacional y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo.

### 2.1 Conducción sectorial

La conducción de la acción sectorial consiste en la capacidad de los entes rectores de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales, del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.

Para poder cumplir con esos cometidos, los ministerios nacionales de salud necesitan desarrollar y/o fortalecer su capacidad institucional para las siguientes acciones:

- a) Análisis de la situación en salud y sus determinantes, con énfasis en la

- identificación de las iniquidades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios así como en el impacto sobre las demandas y necesidades actuales y futuras de la población;
- b) Evaluación periódica del funcionamiento sectorial, de la operación de sus instituciones y del desempeño del sistema, muy especialmente en lo concerniente al seguimiento y evaluación de los efectos y la dinámica de los procesos de reforma sectorial;
  - c) Desarrollo de métodos y procedimientos para el establecimiento de prioridades en materia de problemas de salud, poblaciones vulnerables, programas e intervenciones, con base en criterios de efectividad, costo y externalidades positivas;
  - d) Formulación, análisis, adecuación y evaluación tanto de las políticas públicas que influyen sobre la salud como de las políticas sectoriales;
  - e) Construcción de consensos nacionales sobre el desarrollo estratégico del sector tendientes hacia la construcción de políticas de Estado en materia de salud;
  - f) Establecimiento de objetivos sanitarios nacionales y subnacionales, tanto relacionados con procesos como con resultados en salud, que sirvan de base para articular la acción de los diferentes actores públicos y privados del sector y para trazar directrices a los esfuerzos de mejoramiento de la práctica de la salud pública;
  - g) Dirección, concertación y/o movilización de recursos y actores sectoriales y de otros sectores que ejercen influencia en la formulación de políticas nacional de salud y en el desarrollo de acciones en favor de la salud;
  - h) Abogacía en favor de la salud;
  - i) Aliento de la participación social en salud;
  - j) Coordinación de los aportes técnicos, económicos y de políticas que puedan brindar los organismos multilaterales y bilaterales dedicados a la cooperación técnica y/o financiera en salud a la formulación e implementación de políticas y estrategias nacionales de salud;
  - k) Participación política y técnica en los organismos e instancias de coordinación política e integración económica, regional y subregional, que sean de interés para el sector salud, con el propósito de promover un mejor tratamiento de los intereses de la salud de la población y del sector salud en estos foros y ámbitos políticos.
- b) Análisis, regulación sanitaria y fiscalización de mercados básicos relacionados con la salud, tales como seguros públicos y privados de salud, insumos para la producción de servicios (como son los medicamentos, los equipos y los dispositivos médicos), tecnologías sanitarias, comunicación social relacionada con bienes y servicios que guardan relación con la salud, bienes de consumo que tienen relación con la salud así como las condiciones sanitarias de establecimientos públicos y del ambiente;
- c) Análisis, regulación técnica y fiscalización de la prestación de servicios de salud, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de salud, así como de los programas de formación y educación continua en ciencias de la salud;
- d) Establecimiento de normas básicas y formas pautadas de atención a la salud; desarrollo de programas de garantía de calidad; formulación y aplicación de marcos de acreditación, certificación y licenciamiento de instituciones prestadoras de servicios; y evaluación de tecnologías en salud.

## 2.2 Regulación sectorial

En lo que respecta a las tareas de regulación sectorial que forman parte del ejercicio de la función rectora se cuentan las siguientes:

- a) Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, así como su necesaria armonización con la legislación de salud de los países participantes en los procesos de integración regional;

Buena parte de dichas tareas se ejercen en alguna medida, pero requieren ser perfeccionadas y amplificadas para alcanzar plenamente los objetivos de velar de modo eficaz por el bien público en salud. Por otra parte, las estructuras institucionales no cuentan siempre con el pleno desarrollo de las capacidades ni con la adecuada dotación de recursos que permita una plena ejecución de las modalidades de regulación y fiscalización arriba señaladas.

### **2.3 Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria**

Si hay un ámbito de actuación en la rectoría sectorial que no puede ser soslayado es el del ejercicio de las FESP propias de la autoridad sanitaria, sobre todo de aquellas que tienen altas externalidades positivas sobre la salud de las personas y/o que constituyen bienes públicos en materia sanitaria.

El ejercicio de la capacidad rectora en salud incluye tareas sustantivas e indelegables por parte de la autoridad sanitaria, sea esta nacional o subnacional. Esta obligación es primordial para el quehacer de los ministerios de salud como órgano responsable, dentro de la estructura del Estado, de velar por el bienestar público en materia de salud. Esta responsabilidad puede ser delegada o compartida por varios niveles e instituciones dentro del aparato del Estado, pero la misión fundamental de los ministerios nacionales de salud es asegurar que estas funciones sean cumplidas de la forma más efectiva posible.

No se entra en mayor detalle en este apartado ya que el grueso de este libro, en sus partes subsiguientes, está dedicado a los fundamentos conceptuales y metodológicos que ha llevado a definir un consenso regional en torno a once funciones esenciales de salud pública propias del quehacer de la autoridad sanitaria nacional, a la medición del desempeño de las mismas en cuarenta y un países y territorios de la Región y a las lecciones que de ello se desprenden para emprender acciones de fortalecimiento de la práctica de la salud pública y de re-

forzamiento de la infraestructura que la hace posible.

### **2.4 Tareas en materia de financiamiento sectorial**

La separación estructural de funciones sectoriales que caracteriza a los procesos de reforma del sector en la Región muestra, en el aspecto del financiamiento, tres grandes tendencias.

La primera tiene que ver con la creación de fondos nacionales autónomos separados de los ministerios de salud, que concentran: las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales; las tributaciones específicas para propósitos de salud, cuando estas existen; y, las aportaciones de trabajadores y/o empleadores, cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud a las asignaciones generales del Estado para este propósito. Esto puede estar ligado tanto a un esquema único de aseguramiento de carácter público como a esquemas múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas y privadas, sean estas competitivas o complementarias.

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

La tercera está relacionada con la creciente participación en la composición del financiamiento sectorial global en

algunos países de la Región, de los seguros privados de salud, y de algunas modalidades de servicios prepagados que se sufragan con recursos propios de los beneficiarios, y/o de sus empleadores, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado.

La combinación de estos tres elementos, en aquellos países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios que dan lugar los esquemas de financiamiento diferenciados (servicios públicos no ligados a contribuciones específicas, seguros contributivos de salud de carácter obligatorio del tipo de los seguros sociales, las mutuales o las obras sociales, y esquemas privados de seguro de salud o de prestación de servicios prepagada), plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial.

Esta evolución del financiamiento sectorial hace que recaiga sobre el ministerio de salud la responsabilidad de: a) establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes; b) modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial, y c) desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.

### **2.5 Responsabilidades en materia de aseguramiento**

Los países de la Región están inmersos en intensos procesos de cambio de la or-

ganización institucional del sector de la salud, de las modalidades de organización para la prestación de servicios y de los esquemas para su financiamiento, a los que se ha dado en denominar procesos de reforma sectorial en salud. Hay un espacio de oportunidad que se abre en la puesta en marcha de estas agendas de cambio que puede permitir avanzar en la construcción del acceso equitativo a la atención de la salud. Pero para ello es necesario consolidar la cobertura efectiva de los grupos excluidos, particularmente de los pertenecientes al sector informal de la economía y a los grupos marginados por razones culturales étnicas y/o geográficas.

Parte importante de estos procesos de cambio sectorial en salud está referida a las reformas del alcance y de las modalidades de la seguridad social en salud. Esta dimensión del cambio sectorial no siempre ha permitido alcanzar a los grupos de la población más desfavorecidos. Por ello, se presenta una oportunidad muy grande de dar un giro de timón en este campo si se avanza en el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de mecanismos innovadores de ampliación de la cobertura de la seguridad social en salud, dirigidos hacia los grupos que no están insertos en el sector formal de la economía ni tienen capacidad contributiva para afiliarse a los regímenes habituales de la seguridad social en salud.

Se torna necesario apelar a nuevas fórmulas que se apoyen en mayor grado en el capital social de los grupos excluidos, que se dirijan a racionalizar la regresividad del gasto de bolsillo en salud que hoy supone una mayor carga financiera para los hogares y para las personas más desfavorecidas, que aprovechen mecanismos comunitarios de organización coo-

perativa para encontrar respuestas complementarias a la protección social en salud que hoy se ofrece mediante los esfuerzos de intervenciones del Estado y de los distintos mecanismos de seguridad social en salud, los cuales desafortunadamente no llegan a todos los ciudadanos.

Dependiendo del grado de desarrollo de la seguridad social en salud en cada país (y no solo del número o la cobertura de los seguros sociales) existe o no una responsabilidad del Estado de tutelar la prestación de un conjunto de prestaciones o plan garantizado de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o para ciertos grupos especiales de la población (pobres, ancianos, etc.). Ello genera, cuando está presente, una atribución, habitualmente correspondiente a los ministerios de salud, o a alguno de sus organismos desconcentrados, de actuar como ente garante del aseguramiento que haya sido definido. Para tal fin es necesario contar con los mecanismos que hagan posible en la práctica la observancia de un mandato social, muchas veces contenido en las propias constituciones nacionales.

Un segundo elemento que influye en la configuración de esta dimensión de la rectoría sectorial es el que tiene que ver con el que los proveedores de los servicios contenidos en los planes obligatorios de cobertura sean prestadores públicos, prestadores privados o una mezcla de ambos.

En razón de lo anterior, los ministerios de salud de aquellos países en los que este grado de separación de funciones está en marcha o ha sido consolidado, tienen necesariamente que desarrollar el andamiaje institucional que requiere el desempeño de esta tarea. En este sentido

requieren ampliar su espectro de capacidades de modo tal que resulte posible:

- a) Definir los contenidos de los planes garantizados de cobertura básica, que tengan carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo el o los esquemas de seguridad social en salud que sean de responsabilidad pública;
- b) Vigilar el cumplimiento de dichos planes de cobertura, tanto por entidades públicas como por parte de las entidades privadas de aseguramiento y/o provisión de servicios (directamente o a través de superintendencias u organismos similares), garantizando que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido de los esquemas de aseguramiento por situaciones de riesgos étéreos o de patologías preexistentes;
- c) Desarrollar cuando se trate de modalidades de aseguramiento público la capacidad de compra de servicios públicos y/o privados de atención a las personas mediante fórmulas de pago agregadas, de manera que se pueda dar cumplimiento a los conjuntos de prestaciones o planes garantizados de cobertura contenidos en los esquemas de seguridad social en salud que estén vigentes.

Estos tres aspectos relacionados con el ejercicio de la rectoría en materia de aseguramiento suelen estar poco desarrollados en los ministerios de salud de los países de la Región, o en sus órganos territoriales desconcentrados, lo cual plantea una particular necesidad de intensificar las acciones que permita su avance y consolidación.

## 2.6 Tareas en cuanto a provisión de servicios

La provisión de servicios de salud es, posiblemente, la función del sistema de salud que ha experimentado los cambios más pronunciados, en las últimas décadas, en los países de la Región. Esto ha ocurrido como consecuencia de dos fenómenos que han acontecido de manera concomitante. Por un lado, como consecuencia de los procesos de descentralización y/o desconcentración de las acciones del sector, particularmente de aquellas que están referidas a la provisión de servicios de salud pública y de atención a las personas. Por otra parte, a causa de la participación creciente del sector privado en la prestación de servicios de atención a las personas, ya sea para instrumentar los planes garantizados de cobertura los seguros públicos o los seguros sociales en salud, o bien para responder a los esquemas de aseguramiento privado o de compra de servicios por pago directo del bolsillo.

Los ministerios de salud estaban habituados a administrar directamente, con mayor o menor grado de desconcentración, la prestación de acciones de salud pública y de atención a las personas a través de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios de su propia red de servicios. Actualmente, los ministerios están delegando o han delegado ya esa responsabilidad en virtud de que dichas competencias han sido parcial o totalmente transferidas a los niveles intermedios (estados, departamentos o provincias) y/o locales (municipios o cantones) del Estado, o a organismos descentralizados regionales de carácter autárquico que se ocupan exclusivamente de la provisión de servicios.

El ejercicio de la rectoría plantea por consiguiente el desafío de poder orquestar adecuadamente a los múltiples prestadores públicos y privados a fin de que su capacidad instalada sea aprovechada de manera racional y complementaria y de establecer condiciones básicas de calidad de los servicios que permitan a los usuarios tener un grado razonable de garantía de los servicios que reciben.

### 3. El desarrollo institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales para el ejercicio de la función rectora

De la revisión de tareas que se hace en la sección anterior se desprenden múltiples desafíos. Hay una considerable falta de adecuación entre las nuevas funciones que atañen a los ministerios nacionales y las estructuras, competencias y perfiles profesionales con los que cuentan estos organismos. Lo que está disponible corresponde mucho más a las funciones que hoy desempeñan las instancias intermedias, locales o regionales que se ocupan de gestionar la provisión de servicios personales y no personales y de llevar a cabo algunas funciones de autoridad sanitaria.

Ante estas tendencias descentralizadoras, desconcentradoras o privatizadoras, que hoy caracterizan a la organización del sector, los ministerios de salud necesitan desempeñar un conjunto de nuevas tareas que pueden resumirse como sigue:

a) Definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de

servicios personales y no personales que estén descentralizados o desconcentrados. Es importante que esto ocurra con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto. Para ello pueden ser utilizadas las transferencias directas del ministerio de salud o la asignación de recursos por parte de los ministerios de economía, finanzas o hacienda con base en definición de criterios bien definidos;

- b) Armonizar los planes de acción y los modelos de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país;
- c) Definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado y definir con criterios de complementariedad la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública (central, intermedio y local) que deben asumírselos;
- d) Brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios para garantizar un proceso fluido en la transferencia de competencias, así como el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones;
- e) Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores;
- f) Establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de

servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados.

Lo anterior sitúa a los ministerios nacionales de salud como armonizadores de la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios y no como administradores directos de la provisión de servicios, lo cual demanda el desarrollo acelerado de nuevas capacidades institucionales para tal efecto.

Se requiere, además diseñar e implantar transformaciones ambiciosas y completas de las estructuras y funciones de los ministerios de salud, a fin de adaptar la capacidad técnica y la experiencia acumulada de sus funcionarios, en todos los niveles, a las nuevas demandas y realidades. Es sobre la base de un análisis de los productos y de los procesos que los ministerios de salud de los países podrán iniciar y llevar adelante la transformación de la función rectora en salud que demanda la reforma sectorial.

Pero para encabezar las acciones destinadas a gestionar la mejora de la salud, y convertirse en plenos adalides de la suma de las competencias de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales, los ministerios de salud necesitan consolidar su capacidad institucional para ejercer la función rectora de manera efectiva.

Esto no es solamente un tema de gobernabilidad sanitaria, aunque ello tenga que tomarse en cuenta para entender la economía política de ejercicio de la rectoría sectorial y hasta cierto punto para desarrollarla. Es un asunto com-

plejo que requiere de una voluntad clara de actuación, respaldada por los mandatos y los poderes públicos.

La rectoría en materia de salud precisa de una construcción imaginativa por parte del Estado, en profundo dialogo con la Sociedad Civil, que se traduzca en medidas concretas que ayuden a darle direccionalidad a la marcha del sector y a corregir las imperfecciones de los sistemas de salud; que permitan alcanzar los objetivos fundamentales de proteger y mejorar la salud de las personas y que garanticen el acceso equitativo a los servicios de salud sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Todo esto necesita de una buena organización que muchas veces entraña una profunda reingeniería de los actuales Ministerios nacionales de Salud y un adecuado financiamiento del nivel de esfuerzo necesario para cumplir, a cabalidad, las tareas fundamentales que han sido descritas en el apartado anterior.

Muchas veces se da por sentado que todo este quehacer existe o tiene que existir sin reparar en que, detrás de ello, tiene que haber una capacidad de organización, una masa crítica de recursos humanos formados para tal efecto y un conjunto de recursos financieros y de infraestructura de salud pública que lo hagan posible.

Finalmente, cabe plantearse un par de reflexiones con relación al ejercicio de la rectoría por parte de las autoridades sanitarias.

La primera se refiere al hecho de que la rectoría moderna en salud no es únicamente un desarrollo de liderazgo del Ministerio de Salud tanto en los asuntos

sectoriales como en la abogacía ante otros sectores para involucrarlos en el quehacer de la mejora de la salud. Hoy por hoy tiene que pensarse como un liderazgo compartido entre los diferentes niveles de Estado que tienen responsabilidad sobre la salud, sobre todo en países federales o en anfictionías de comunidades autónomas. Mas y más se trata de pactos sanitarios de Estado cuyo correlato tiene que ser la ordenación territorial y coordinación de competencias de las autoridades sanitarias locales, intermedias y centrales tanto de jure como de facto.

La segunda reflexión tiene que ver con el hecho de que no es concebible una rectoría neutra. Detrás del acto de regir, de dirigir los esfuerzos del sector y de conducir las acciones de salud construyendo consensos entre el Estado y la Sociedad Civil, hay valores sociales que trazan el rumbo. Estos valores no son individuales sino públicos y colectivos; tienen que ver con lo que la sociedad demanda de los poderes públicos legítimos y constituidos. En este sentido y sobre todo en el marco de las profundas iniquidades sociales y económicas que caracterizan a nuestro continente, es muy difícil pensar en una rectoría sanitaria eficaz que no se proponga contribuir a mejorar la cohesión social, que no se fije como meta la reducción de las iniquidades en el acceso a la atención a la salud, en las cargas financieras que tienen que sobrellevar las personas para acceder a los servicios y en las condiciones de salud de los habitantes. Es muy difícil concebir un ejercicio de la rectoría que no tenga una función redistributiva, anclada en la solidaridad, dirigida a combatir la pobreza y encaminada a alcanzar las metas de desarrollo del milenio.