

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN RECTORA EN LA
SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN (SSM)
EN EL AÑO 2018.**

**ALEJANDRO AGUIRRE HERRERA
HEIDY MESA BALLESTEROS**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLÍN
2018**

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN RECTORA EN LA
SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN (SSM)
EN EL AÑO 2018.**

**ALEJANDRO AGUIRRE HERRERA
HEIDY MESA BALLESTEROS**

**Estudiantes de posgrado, Maestría en Administración en Salud
Grupo de investigación Observatorio de Salud Pública
Línea de investigación, Políticas públicas, Administración y Gestión en
Salud**

**Director de Trabajo de Investigación
Jorge Humberto Blanco**

**Universidad ces
Facultad de medicina
Medellín
2018**

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Medellín, noviembre 2018

TABLA DE CONTENIDO

1.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1.	Planteamiento del problema	9
1.2.	Justificación	11
2.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
3.	MARCO TEÓRICO	13
3.1.	Conceptos Básicos	13
3.2.	Autoridad Sanitaria	23
3.3.	Marco legal para el ejercicio de la autoridad sanitaria en Colombia	24
3.4.	Secretaría de Salud de Medellín	22
3.5.	Grupos focales	33
3.6.	Planeación estratégica	33
4.	OBJETIVOS.....	34
4.1.	Objetivo general	35
4.2.	Objetivos específicos.....	35
5.	METODOLOGÍA.....	35
5.1.	Tipo de estudio	36
5.2.	Estructura metodológica	36
5.2.1.	Primera etapa: Mapeo de la Secretaría de Salud del municipio de Medellín SSM	37
5.2.1.1.	Marco legal	37
5.2.1.2.	Institución responsable por ley.....	37
5.2.1.3.	Institución ejecutora	38
5.2.2.	Segunda etapa: Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la SSM	38
5.2.3.	Proceso de trabajo	39
5.2.3.1.	Adaptación del instrumento	39

5.2.3.2. Selección de grupos focales	41
5.2.3.3. Aplicación del instrumento	41
5.2.3.4. Análisis general.....	43
5.2.3.5. Informe.....	43
5.2.3.6. Socialización	43
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
7. RESULTADOS	45
7.1. Resultado general de las 5 dimensiones	47
7.2. Resultados por dimensión	47
8. DISCUSIÓN.....	61
9. CONCLUSIONES	66
10. RECOMENDACIONES	68
11. LIMITACIONES.....	69
12. APRENDIZAJES	70
13. BIBLIOGRAFÍA	71
14. ANEXOS	73

Índice de tablas

Tabla 1: Tabla de Puntaje Adaptada.....	40
Tabla 2: Áreas participantes por Dimensión	42

Índice de gráficos

Gráfico 1: Resultado promedio en las 5 dimensiones de la función rectora en la Secretaría de Salud de Medellín, año 2018.....	46
Gráfico 2: Resultados promedio dimensión de conducción.	49
Gráfico 3: Resultados promedio dimensión de Regulación	52
Gráfico 4: Resultados promedio dimensión de Modulación del Financiamiento	55
Gráfico 5: Resultados promedio dimensión de Garantía del Aseguramiento.....	57
Gráfico 6: Resultados promedio dimensión de Armonización de los Servicios de Salud.....	59

Índice de anexos

Anexo 1: Instrumento OPS (Word)	73
Anexo 2: Tabla de puntaje OPS.....	73

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el desempeño de la función rectora en la Secretaría de salud de Medellín, con el fin de entregar información útil para generar discusión orientada a fortalecer cada una de las dimensiones de la rectoría en salud en el año 2018, para lo cual, se realizó un estudio descriptivo evaluativo donde se describe el alcance de las competencias de la función rectora en salud de la Secretaria de Salud del municipio de Medellín; evaluando el desempeño en cada una de las dimensiones de la función rectora en salud, para lo cual se forman 5 grupos focales (uno para cada dimensión de rectoría) con personal administrativo de la Secretaria de Salud y se tiene como referencia el instrumento de OPS previamente adaptado, el cual fue de gran importancia ya que no se encontró evidencia de otros instrumentos evaluativos adaptados al nivel local. Para el análisis de los resultados se trabaja con escalas de medición donde se evalúan categorías cualitativas que se llevan a escalas de medición cuantitativa teniendo relevancia la opinión de los evaluadores en grupos focales.

Los resultados que se obtuvieron entre las 5 dimensiones evaluadas en la Secretaría de Salud de Medellín dan cuenta que: las dimensiones de regulación y financiamiento tuvieron un desempeño BUENO. Mientras que las dimensiones de conducción, garantía del aseguramiento y armonización de servicios de salud se desempeñaron REGULAR. Por otra parte, no se evidenció ninguna dimensión con un desempeño ALTO.

Después de terminar la presente evaluación se pudo concluir que la evaluación del desempeño de la función rectora es fundamental para lograr fortalecimiento y articulación del sector salud en la ciudad, direccionando de manera eficiente el esfuerzo realizado hacia la consecución de unos mejores niveles locales de salud.

Palabras clave: Función rectora, desempeño en salud, dimensiones de rectoría, instrumento evaluativo.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the performance of the lead role in the Ministry of Health of Medellín, in order to provide useful information to generate discussion aimed at strengthening each of the dimensions of the rectory in health in 2018, to which, a descriptive and evaluative study was carried out where the scope of the competences of the guiding role in health of the Department of Health of the municipality of Medellín is described; evaluating the performance in each of the dimensions of the guiding role in health, for which 5 focus groups are formed (one for each dimension of stewardship) with administrative staff of the Department of Health and the OPS instrument is used as a reference adapted, which was of great importance since there was no evidence of other evaluation instruments adapted to the local level. For the analysis of the results we work with scales of measurement where qualitative categories are evaluated that are carried to quantitative measurement scales having the opinion of the evaluators in focus groups.

The results obtained among the 5 dimensions evaluated in the Department of Health of Medellín show that: the regulation and financing dimensions had a GOOD performance. While the dimensions of conduction, assurance guarantee and harmonization of health services performed REGULAR. On the other hand, no dimension with a HIGH performance was evidenced.

After finishing the present evaluation, it was concluded that the evaluation of the performance of the governing role is fundamental to achieve strengthening and articulation of the health sector in the city, efficiently directing the effort made toward the achievement of better local health levels.

Keywords: Guiding role, health performance, rectorial dimensions, evaluative instrument.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Los países de la Región de las Américas están realizando importantes esfuerzos para lograr el fortalecimiento de la función de rectoría, para lo cual OPS creó un instrumento que busca evaluar el desempeño de la función rectora de la autoridad sanitaria Nacional. Sin embargo, cada país, dentro de su realidad y sus posibilidades, deberá efectuar el ejercicio de autoevaluación que permita analizar el desempeño de su capacidad para ejercer la función rectora, al igual que para definir posibles acciones conducentes al fortalecimiento. (1)

“El ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales”. (1)

La Autoridad Sanitaria es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. (1)

Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la “Autoridad Sanitaria” y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial. De tal modo, existe una tendencia creciente a no concentrar todas las tareas en una sola institución, como solía suceder en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado llevan a cabo las atribuciones diferenciadas. (1)

Los complejos y profundos cambios generados en las reformas sectoriales de la década de los 90, transforman el rol de la autoridad sanitaria, lo que obligó a redimensionar sus funciones para adecuarse a los nuevos desafíos. La OPS/OMS desde 1997 ha planteado la necesidad de reconsiderar las dimensiones del Rol Rector en Salud las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales para la autoridad sanitaria: Conducción sectorial, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, la armonización de la provisión, la ejecución de las funciones esenciales de salud pública. (1)

La evaluación tiene como propósito determinar en qué medida se están cumpliendo las metas propuestas, por tanto, la evaluación brinda retroalimentación detectando fortalezas y debilidades.

En este sentido, la evaluación es un instrumento para el mejoramiento que permite obtener información válida y confiable sobre las consecuencias de acciones específicas, para así optimizar los esfuerzos.

Por lo anterior surge la necesidad de evaluar la función rectora en la Secretaria de Salud de Medellín, con el fin de generar propuestas de fortalecimiento que contribuyan al mejoramiento continuo de la institución.

1.2. Justificación

Se realizó una investigación descriptiva evaluativa del desempeño de la función rectora en salud en la Secretaria de Salud del municipio de Medellín (SSM), donde se evaluó cada una de las dimensiones de las funciones de rectoría en salud, con el fin de establecer como se está llevando a cabo el desempeño de las responsabilidades y competencias en dicha institución.

El proyecto se realizó tomando como base el instrumento de evaluación de desempeño de la función rectora en salud de la OPS, el cual se adaptará según la normatividad vigente nacional y teniendo presente las responsabilidades y competencias de la SSM.

La evaluación tiene como propósito determinar en qué medida se están llevando a cabo el desempeño de las actividades, por tanto, la evaluación brinda retroalimentación, detectando fortalezas y debilidades, entre otras.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que no se ha encontrado evidencia de evaluaciones de las funciones de rectoría en la Secretaria de Salud del municipio de Medellín y partiendo de que los sistemas de salud en su proceso de descentralización han delegado funciones y responsabilidades a los entes territoriales locales; es pertinente evaluar el desempeño la función rectora en salud en la SSM, con el fin de establecer cómo se ejercen las funciones de rectoría en dicha institución y de esta manera promover una discusión dentro de la institución que permita generar propuestas de fortalecimiento que contribuyan al mejoramiento continuo del desempeño de la función rectora en la SSM.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es el desempeño de la función rectora en la Secretaria de Salud de Medellín teniendo en cuenta la normatividad vigente nacional?

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos Básicos

Lograr una definición operativa de “rectoría” ha resultado complejo debido a su relación con conceptos como gobernanza del sector salud y/o “stewardship”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el concepto de “stewardship” para referirse a la rectoría del sector salud; y aduce que constituye la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, al igual que para conducir el sistema de salud en su totalidad. Asimismo, identifica tres grandes responsabilidades para efectivamente ejercer la gobernanza del sector salud o “stewardship”: (i) proveer visión y dirección al sistema de salud; (ii) recolectar/ “inteligencia”; y (iii) ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos.

Igualmente, enfatiza que la capacidad del gobierno para ejercer un pobre o buen desempeño de la gobernanza del sector salud puede afectar todos los resultados del sistema de salud (“health system outcomes”). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud utiliza el término “rectoría del sector salud” para referirse al concepto de gobernanza/stewardship del sector salud utilizado por la OMS.

La OPS define la **función rectora** en salud 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. (1)

Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de actores sociales.

Las dimensiones que incluye la función rectora son las siguientes:

Conducción Sectorial comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.

“La dimensión de conducción sectorial consiste en la capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos que, a partir de valores compartidos a nivel nacional y la determinación social del bien público en salud, definen objetivos sanitarios viables y ponen en marcha planes estratégicos con metas factibles. A tal efecto, se deberán articular los esfuerzos de instituciones públicas y privadas del sector y otros actores sociales, para lograr a través de mecanismos participativos y la construcción de consensos, la movilización de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones propuestas. La conducción constituye una de las tres dimensiones de la Función Rectora que es responsabilidad exclusiva de la Autoridad Sanitaria Nacional”. (1)

“La conducción un proceso esencialmente político de extraordinaria complejidad. El resultado de una buena conducción deberá consistir en una propuesta política, técnicamente consistente, socialmente ética y estratégicamente viable. La conducción es de mayor relevancia cuando los objetivos establecidos apuntan hacia cambios significativos en la situación existente. En esa circunstancia, las estrategias desarrolladas deberán procurar construir viabilidad y factibilidad; o sea, generar cuotas de poder que forjen el apoyo necesario para su realización y doten de la capacidad operativa para su ejecución”. (1)

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

- Analizar la situación de salud, enfatizando la capacidad para recolectar y garantizar la disponibilidad y calidad de la información sanitaria.
- Definir prioridades y objetivos sanitarios, mediante diagnósticos de temas claves y de capacidad

institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud.

- Formular, diseminar, monitorear y evaluar estrategias, políticas, planes y programas de salud.
- Conducir, concertar, movilizar actores y recursos del sector.
- Promocionar la Salud, incluyendo el diseño y promoción de políticas de salud pública; y el fomento de la coordinación intersectorial.
- Asegurar la participación y control social en salud.
- Conducir y alinear la Cooperación Internacional en Salud a las prioridades y objetivos nacionales.
- Consolidar la participación política y técnica en organismos internacionales y Sub-Regionales.
- Garantizar la evaluación del desempeño del Sistema de Salud incluyendo la medición del logro de

metas; de los recursos utilizados; y de la eficiencia del sistema de salud”.

Regulación, dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento.

“Entre las funciones que adquieren mayor relevancia en el nuevo perfil de la rectoría sectorial se encuentra la regulación y su necesario correlato la fiscalización y control. La función reguladora tiene como propósito diseñar el marco normativo que

protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. La regulación y la vigilancia de su aplicación son necesarias para garantizar el papel estatal de ordenar los factores de producción y distribución de los recursos, bienes, servicios y oportunidades de salud en función de principios de solidaridad y equidad. No obstante, existen tendencias a restringirla en función de la expansión del mercado”.

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

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

- Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora;
- Fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones;
- Regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria;
- Regulación y control de bienes y servicios;
- Regulación y control sanitario del medio ambiente;
- Regulación y certificación de recursos humanos en salud;
- Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y de estándares mínimos de

calidad en la prestación de servicios.

- Regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes garantizados de prestaciones, asegurándose que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido por situaciones de riesgos etéreos o de patologías preexistentes”.

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

(1)

Modulación del Financiamiento que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

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

“La segunda tendencia se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedentes de recaudaciones tributarias propias de cada uno de estos niveles de la administración pública y/o de los recursos del situado fiscal nacional, que les son

transferidos en bloque por las administraciones centrales y que se destinan a acciones en salud”.

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

“La combinación de estos tres elementos, en aquellos países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios a que dan lugar los esquemas de financiamiento diferenciados, plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial”. (1)

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

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

Garantía del Aseguramiento, la cual focaliza su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.

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

“En materia de aseguramiento, el Estado tiene la responsabilidad de tutelar la efectiva protección social en salud, mediante la garantía del acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o planes específicos para grupos especiales de población. Para ello es necesario desarrollar la capacidad institucional de los ministerios o secretarías de salud para definir los contenidos de los planes garantizados de prestaciones que tienen carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo el (o los) esquemas de seguridad social en salud, de responsabilidad pública”. (1)

“Igualmente, deberán definir las poblaciones y territorios que serán cubiertos. Dicha tarea deberá abocarse a la protección de los derechos de los usuarios y la difusión de dichos derechos. Finalmente, el Estado deberá definir los estándares de prestación de servicios”. (1)

La Armonización de la Provisión constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente. (1)

“Las tendencias a la descentralización y a la sustitución del ámbito del Gobierno en la provisión de servicios de salud, mediante diferentes mecanismos que abren

espacios a la participación de múltiples actores sociales (públicos autónomos, organizaciones solidarias no gubernamentales y privados), plantean condicionantes en el entorno y la práctica de la armonización estatal de proveedores, sobre los cuales – en muchas ocasiones - no hay una relación jerárquica. En ese contexto, los ministerios o secretarías de salud, deben actuar más como armonizadores de la gestión de los distintos organismos públicos, descentralizados o desconcentrados, de prestación de servicios, que como administradores directos de la provisión de los mismos. Por tanto, la función de la armonización en la provisión de los servicios de salud es de particular importancia en sistemas de salud caracterizados por múltiples actores, de naturaleza pública y privada, y sobre cuya gestión hay que incidir a fin de disminuir la fragmentación operativa. Constituye la capacidad de la Autoridad Sanitaria para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente”. (1)

“Un mecanismo para asegurar la armonización y la complementariedad es mediante la integración de las diferentes entidades que operan en el sistema en redes de prestación de servicios de salud. Para esto, dos tipos de procesos son necesarios: la integración vertical y la integración horizontal. La integración vertical se refiere a la integración de diferentes niveles de complejidad, asegurando la coordinación entre atención primaria y los niveles más especializados de la atención. La integración horizontal se refiere a la integración de los proveedores que ofrecen servicios de salud similares dentro del mismo nivel de atención. La función rectora desempeña un papel importante de coordinación de las diferentes entidades que participan en la red, asegurando que la visión y meta de la red sea compartida por todos sus miembros”. (1)

“Para ello la Autoridad Sanitaria deberá asegurar que se planifiquen los servicios ya sea con criterio regional o con criterio funcional mediante redes integradas que

permitan la armonización de los planes de acción de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados”. (1)

“De igual manera, deberá definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios, que estén descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto. Le compete armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país; precisar los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado, y establecer con criterios de complementariedad, la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública”. (1)

“Para garantizar un proceso fluido en la transferencia de competencias, así como el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones deberá brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios. A fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores deberá definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión. Finalmente, deberá establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios, que sirvan de base para la asignación de recursos, frente a una serie de indicadores de necesidad, de desempeño y de impacto expresados tanto en término de procesos como de resultados”. (1)

Antecedentes

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. (2)

En el contexto actual se ha vuelto un tema prioritario para los países de la Región la redefinición de los roles institucionales, y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado, tales como son la seguridad ciudadana, la salud pública y la protección social de los grupos de población vulnerables y excluidos.

Efectivamente, los países buscan fortalecer el papel rector de los ministerios de salud al interior del sector y consolidar el liderazgo del sector salud en su conjunto para contar con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con otros sectores que inciden sobre el sector salud. (1)

Varios países han realizado importantes esfuerzos por desarrollar la función de rectoría. Si bien algunos países tienen mucho más desarrollada la función rectora de la Autoridad Sanitaria que otros, no puede afirmarse que haya un solo país que tenga la receta de la solución. Cada país, dentro de su realidad y sus posibilidades, tendrá que hacer un ejercicio de reflexión para analizar el desempeño de su función rectora. (3)

La mayor parte de los países se caracterizan por tener sistemas de salud mixtos; el ministerio de salud, el sector privado, y las organizaciones de seguridad social prestan servicios a segmentos diferenciados de población. Este escenario donde diferentes subsistemas coexisten con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión genera la segmentación. (1)

De igual manera, la existencia de múltiples agentes que se superponen y operan sin coordinación e integración dentro del sistema de salud induce a la fragmentación; así como a la separación de las funciones del sistema de salud. Esto aumenta el costo de atención de salud y obstaculiza la asignación eficiente de recursos dentro del sistema. (4)

3.2. Autoridad Sanitaria

Es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. No obstante, se observan diferencias estructurales en la composición de la Autoridad Sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector salud. (2)

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

En Colombia igual que en los países de las Américas el sistema de salud ha tenido cambios significativos en cuanto a su normatividad y estructura, esto con el fin de lograr unos mejores niveles de eficiencia y calidad en salud.

Con la Ley 10 de 1990, la Constitución Nacional de 1991 y la Ley 60 de 1993, se descentralizó en el país el sistema de salud y se otorgaron competencias y recursos a los municipios y departamentos; a los municipios se les asignó la responsabilidad en el servicio de salud en el primer nivel de atención y, a los departamentos, en el segundo y tercer nivel, incluyendo las acciones de salud pública. (5)

Luego, bajo el contexto de las reformas en salud en Latinoamérica, se creó El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano en 1993, es parte de la reforma del Estado fundamentada principalmente en directrices internacionales: privatización, competencia, aseguramiento en salud, reducción del rol del Estado y descentralización por la cual se transfieren responsabilidades de la gestión en salud a los departamentos y a los municipios dándose una separación de funciones en el sistema de salud. (6)

El SGSSS está conformado por un grupo amplio de actores públicos y privados vinculados al aseguramiento y/o la prestación de servicios. El Estado asume la función de rectoría, vigilancia y control, y delega la función de aseguramiento, prestación de servicios y acciones de Salud Pública en aseguradoras y prestadoras públicas y privadas (Empresas Promotoras de Salud-EPS- e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS), en los gobiernos departamentales y municipales. (6)

3.3. Marco legal para el ejercicio de la autoridad sanitaria en Colombia

Ley 715 de diciembre 21 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. (9)

- **Artículo 44.** Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones

- **44.1.** De dirección del sector en el ámbito municipal
- **44.1.1** Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.
- **44.1.2** Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.
- **44.1.3** Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
- **44.1.4** Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- **44.1.5** Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
- **44.1.6** Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

- **44.2** De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud 44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.
- **44.2.2** Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.
- **44.2.3** Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.
- **44.2.4** Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

44.3 De Salud Pública

- **44.3.1** Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.
- **44.3.2** Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.
- **44.3.3** Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1°, 2° y 3°, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

- **44.3.3.1** Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.
- **44.3.3.2** Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.
- **44.3.3.3** Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.
- **44.3.4** Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
- **44.3.5** Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.
- **44.3.6** Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan. Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.

Artículo 45. Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación. La prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital.

Artículo 46. Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptuase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas. Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria. La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de

acuerdo con su capacidad técnica y operativa. El Ministerio de Salud evaluará la ejecución de las disposiciones de este artículo tres años después de su vigencia y en ese plazo presentará un informe al Congreso y propondrá las modificaciones que se consideren necesarias.

3.4 Secretaría de salud de Medellín

Medellín es la segunda ciudad en importancia en Colombia, y capital del **Departamento de Antioquia**; su temperatura promedio es de 24° y está ubicada a 1.475 metros sobre el nivel del mar; cuenta con una extensión de 105 kilómetros cuadrados de suelo urbano, 270 de suelo rural y 5,2 de suelo para expansión.

La ciudad está situada en el centro del **Valle de Aburrá**, en la Cordillera Central, y está atravesada por el río Medellín, por el norte limita con los municipios de Bello, Copacabana y San Jerónimo; por el sur con Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro; por el oriente con Guarne y Rionegro y por el occidente con Angelópolis, Ebéjico y Heliconia.

Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE-, Medellín cuenta en 2018 con una población de 2.508.452 habitantes, lo que la hace la segunda ciudad más poblada de Colombia. La ciudad está distribuida político-administrativamente en dieciséis comunas y cinco corregimientos.

Económicamente, Medellín es una ciudad que sobresale como uno de los principales centros financieros, industriales, comerciales y de servicios de Colombia, primordialmente en los sectores textil, confecciones, metalmecánico, eléctrico y electrónico, telecomunicaciones, automotriz, alimentos y salud. (7)

La Secretaría de Salud cuenta con 135 empleados de planta y 21 contratistas directos y es la dependencia encargada de dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Municipio de Medellín, por medio de la participación responsable de los actores públicos, privados y comunitarios, para trabajar sobre los aspectos que afectan la salud y promocionar sus factores protectores, mediante la corresponsabilidad ciudadana y el acceso a servicios integrales de salud con calidad para toda la población de Medellín.

3.4.1 Misión

Direccionar, inspeccionar, vigilar y controlar el sistema general de seguridad social en salud a nivel local, identificando los recursos y creando las condiciones que garanticen la cobertura y el acceso de los usuarios a los servicios de salud , dentro de un marco de humanismo, eficiencia, efectividad, calidad y desarrollo sostenible, propiciando la participación social y comunitaria, la integración de la red de servicios y las acciones individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (8)

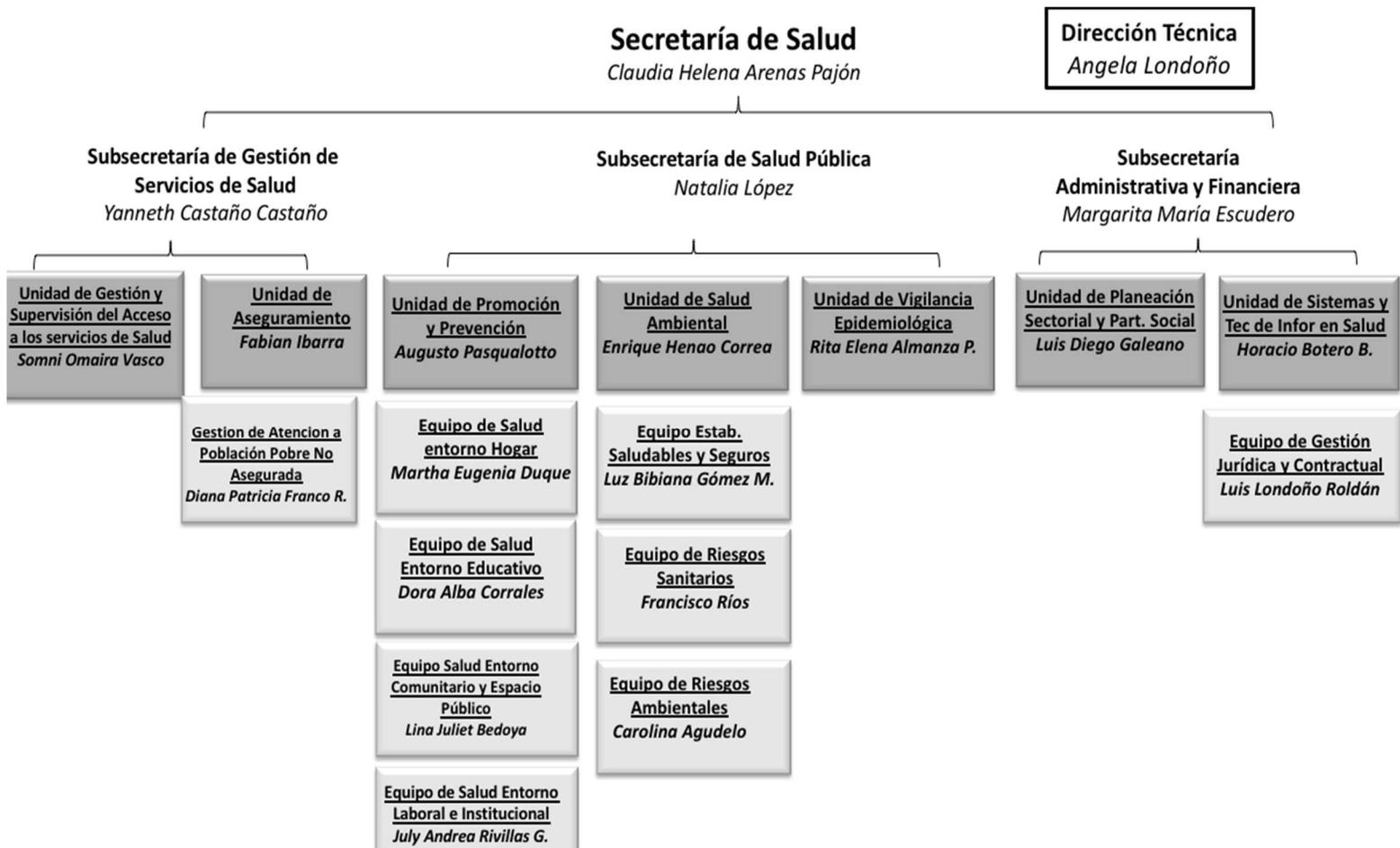
Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción

- **Gestionar y supervisar el acceso** a la prestación de los servicios de salud.
- **Identificar a la población pobre y vulnerable** de Medellín, con el fin de **financiar y cofinanciar** su afiliación al Régimen Subsidiado.
- **Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado** de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.
- **Promover la afiliación al Régimen Contributivo del SGSSS** de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

- Adoptar, implementar y adaptar las **políticas y planes en salud pública**.
- Formular, ejecutar y evaluar el **Plan de Atención Básica—PIC**.
- **Establecer la situación de salud en el municipio** y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación.
- **Promover la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores** para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública.
- **Vigilar y controlar la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos** para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.
- **Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población** (ruido, tenencia de animales, basuras, olores, entre otros).
- **Vigilar**, la calidad del **agua** para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de **residuos sólidos**; manejo y disposición final de **radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas**; así como la **calidad del aire**.
- Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de **vectores y zoonosis**.
- **Ejercer vigilancia y control sanitario**, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población.
- **Cumplir y hacer cumplir las normas de orden sanitario** previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación.

- Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- Adoptar, administrar e implementar el Sistema Integral de Información en Salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

3.4.2 Organigrama



3.5 Grupos focales

Según Morgan (1998), los grupos focales se desarrollaron en tres casos: primero, en la década de los veinte y treinta, los científicos sociales los usaron con una gran variedad de propósitos, entre los cuales sobresalía el desarrollo de cuestionarios panorámicos.

En segundo lugar, entre la Segunda Guerra Mundial y la década de los setentas, los grupos focales fueron utilizados principalmente por los investigadores del mercado para comprender los deseos y las necesidades de la gente. Finalmente, desde 1980 en adelante, han sido usados por diferentes profesionales para hacer investigación relacionada con la salud, la familia, la educación, la conducta sexual y otros tópicos sociales. En los últimos años, los científicos sociales han comenzado a considerar que, efectivamente, el grupo focal es una importante técnica de investigación cualitativa y su uso se ha incrementado considerablemente en todos los campos de las ciencias humanas.

El objetivo fundamental del grupo focal es alcanzar o lograr el descubrimiento de una estructura de sentido compartida, si es posible consensualmente, o, en todo caso, bien fundamentada por los aportes de los miembros del grupo. Se busca una Interacción discursiva y contrastación de opiniones de los miembros. (14)

3.6 Planeación estratégica

“La Planificación Estratégica es un proceso dinámico que desarrolla la capacidad de las organizaciones para fijarse un objetivo en forma conjunta y observar, analizar y anticiparse a los desafíos y oportunidades que se presentan, tanto con relación a la realidad interna como a las condiciones externas de la organización, para lograr dicho objetivo”.

“La planeación estratégica cumple seis etapas:

1. Determinación de los objetivos empresariales.
2. Análisis ambiental externo.

3. Análisis organizacional interno.
4. Formulación de las alternativas estratégicas y elección de la estrategia empresarial.
5. Elaboración de la planeación estratégica.
6. Implementación mediante planes tácticos y operacionales”.

“La planeación estratégica es la toma de libre y sistemática de decisiones que incluyen propósitos que afectan o deberían afectar toda la empresa durante largos periodos. Es una planeación que incluye plazos más largos, es más amplia y se desarrolla en los niveles jerárquicos más elevados de la empresa, es decir, en el nivel institucional. Es un proceso continuo de toma de decisiones estratégicas que no se preocupa por anticipar decisiones que deban tomarse en el futuro, sino por considerar las implicaciones futuras de las decisiones que deban tomarse en el presente. Mientras la estrategia empresarial se orienta hacia lo que la empresa debe hacer para conseguir los objetivos empresariales, la planeación estratégica trata de especificar cómo lograr esos objetivos. Se trata de establecer lo que la empresa debe hacer antes de emprender la acción empresarial necesaria. Esto significa que la empresa en conjunto debe involucrarse en la planeación estratégica: todos sus niveles, recursos, potencialidad y habilidad, para lograr el efecto sinérgico de interacción de todos estos aspectos. Dado que la planeación estratégica es genérica y amplia, requiere subdividirse en planes tácticos desarrollados en el nivel intermedio de la empresa, cada uno de los cuales está orientado a su departamento. Además, cada plan táctico debe subdividirse en planes operacionales desarrollados en el nivel operacional de la empresa, que detallen con minuciosidad cada tarea o actividad que deba ejecutarse”. (15)

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Evaluar el desempeño de la función rectora en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín, con el fin de entregar información útil para generar discusión orientada a fortalecer cada una de las dimensiones de la rectoría en salud y su articulación con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el año 2018.

4.2. Objetivos específicos

- Establecer el alcance de las competencias referidas a la función rectora en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín a partir del marco normativo nacional vigente.
- Analizar por medio del instrumento de evaluación de la OPS el desempeño de la función rectora en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín.
- Identificar fortalezas y debilidades en el desempeño de la función rectora en la Secretaría de Salud de Medellín con base en las competencias descritas en el instrumento de evaluación de la OPS.
- Elaborar un informe final donde se establezcan acciones y recomendaciones que puedan aportar al mejoramiento y fortalecimiento de la función rectora en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Estudio de investigación descriptivo evaluativo. Ya que se describe el alcance de las competencias referidas a la función rectora en salud de la Secretaría de Salud del municipio de Medellín basados en la normatividad vigente nacional. Se evalúa el desempeño en cada una de las dimensiones de la función rectora en salud, teniendo como referencia el instrumento de OPS previamente adaptado.

Se trabaja con escalas de medición donde se evalúan categorías cualitativas que se llevan a escalas de medición cuantitativa, adicional a esto, por el alcance de éste estudio la información recolectada por los actores involucrados es de suma relevancia, ya que brinda hallazgos fundamentales para el análisis del presente estudio.

5.2. Estructura metodológica

La presente evaluación se realizó en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín, con la metodología de la OPS y su *instrumento*, adaptando éste a las condiciones del sistema de salud colombiano y a nivel local.

Se tomó como punto de partida la normatividad vigente del sistema general de seguridad social en salud SGSSS, la cual está establecida por la ley 715 de 2001, en la cual se dictan las reglamentaciones en materia de distribución de recursos y competencias en el sector salud.

Con el instrumento, una vez adaptado a las condiciones locales de la Secretaría de Salud del municipio de Medellín (SSM) según el alcance de sus competencias, se hizo una evaluación de cómo se está llevando a cabo el desempeño de las

funciones de rectoría en esta institución, y de esta manera, entregar información que pueda ser utilizada para generar discusión, orientada a fortalecer las dimensiones de rectoría y la articulación con los diferentes actores del SGSSS.

El proceso de evaluación de desempeño de la función rectora en la SSM se llevó a cabo en dos etapas, la primera que comprende el *mapeo* de la institución, y la segunda que comprende la aplicación del *instrumento* de evaluación.

5.2.1. Primera etapa: Mapeo de la Secretaría de Salud del municipio de Medellín SSM

El mapeo consiste en observar el cumplimiento de las funciones, su normatividad y quien las realiza, para lo cual se utiliza un formato adaptado a las condiciones locales en el cual se recolecta la siguiente información (Caracterización de la SSM):

- Definición del marco legal.
- Identificación de las instituciones responsables por ley de la función de rectoría en salud.
- Identificación de las entidades que actualmente ejecutan la función rectora en salud.

A continuación, se describirán cada uno de los pasos mencionados anteriormente:

5.2.1.1. Marco legal

Se identificó el o los instrumento/s legal/es que normativa el alcance y las responsabilidades que se le otorga a la/s instituciones para ejecutar esta actividad. Se describió el número de ley que contiene dicha actividad como tal.

5.2.1.2. Institución responsable por ley

Se identificó en los mandatos legales de orden local a la/s institución/es que sean responsables del cumplimiento de esta actividad.

5.2.1.3. Institución ejecutora

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

5.2.2. Segunda etapa: Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la SSM

La evaluación del desempeño se llevó a cabo con el instrumento de OPS previamente adaptado y se organizó en 5 secciones. Las 5 secciones contienen preguntas cerradas.

La ejecución de las funciones rectoras por parte de las dependencias que conforman la SSM.

El cuestionario se organizó en 5 secciones. Cada sección corresponde a una dimensión de rectoría, e incluye los componentes de cada una. Las 5 secciones contienen preguntas cerradas.

Se respondió según se indica en la tabla de Puntaje (Tabla No. 1). Incluyendo también espacios abiertos para incluir comentarios adicionales en caso de ser necesarios, los cuales se socializarán en los grupos focales. Se realizaron grabaciones de la socialización de las respuestas, las cuales se tuvieron en cuenta en el análisis de los resultados de cada dimensión.

- Conducción
- Regulación
- Modulación del Financiamiento
- Garantía del Aseguramiento
- Armonización de la provisión de los servicios de salud

5.2.3. Proceso de trabajo

5.2.3.1. Adaptación del instrumento

Se adaptó el instrumento evaluativo propuesto por OPS a las condiciones locales según la normatividad vigente, haciendo una revisión minuciosa con el fin de identificar los puntos que se ajusten adecuadamente y competan a la Secretaría de Salud de Medellín.

Teniendo en cuenta que no se encontró evidencia de estudios donde se realice una adaptación a dicho instrumento de OPS para evaluar la función rectora en salud, se adaptó este teniendo en cuenta la normatividad vigente correspondiente al municipio de Medellín y se tuvo en cuenta la opinión de expertos tanto en la parte legal como conceptual.

Partiendo de que el instrumento original estaba diseñado para la evaluación de la función rectora a nivel nacional y distrital se modificó del instrumento OPS y los ajustes realizados al mismo consistieron en:

- Eliminación de los numerales que eran de competencia estricta nivel nacional y distrital:
 - Conducción: Numeral 2.1 punto e -- Numeral 3.2 punto d
 - Regulación: Numeral 3 -- Numeral 4 punto 4.1-- Numeral 6

- Modulación del financiamiento: Numeral 3.2 punto a -- Numeral 4
 - Armonización: Numeral 2.3 punto a -- Numeral 2.4 -- Numeral 5
- Adecuación del instrumento de mapeo donde se describen de manera general las leyes que competen a cada dimensión y no de forma detallada de cada actividad.
 - Con respecto a la tabla de puntaje propuesta por OPS (Anexo 2) se modificó la metodología de evaluación estandarizándola para las 5 dimensiones llevando todas las preguntas a preguntas cerradas; ésta con dos opciones de respuesta: la primera con opción de respuesta de 1 a 5 como se describe en la tabla número 1 y la segunda NA (No aplica) en caso de que el evaluador considere que dicha pregunta no es competencia de la Secretaría de Salud de Medellín.

También se ajustaron el puntaje, la equivalencia y la escala quedando como se describe en tabla número 1.

La siguiente es la tabla ajustada, con la cual se trabajó y presenta la escala de las puntuaciones que se pueden otorgar para responder las preguntas de cada una de las dimensiones. En todos los casos se deberá asignar una puntuación en un rango de **1 a 5**. En un extremo, un puntaje de “1” designa un desempeño de la actividad ente el 1 y el 20%. En el otro extremo, un puntaje de “5” designa un desempeño de la actividad entre el 81 y 100%.

Tabla 1: Tabla de Puntaje Adaptada

Puntaje	Equivalencia	Escala
1	1-20%	Muy bajo
2	21-40%	Bajo
3	41-60%	Regular
4	61-80%	Bueno
5	81-100%	Alto
NA	No Aplica	No Aplica

5.2.3.2. Selección de grupos focales

Se designaron al interior de la Secretaría de Salud de Medellín dos personas que conocieran los cargos y roles de los funcionarios de la institución. Las cuales se encargaron de establecer cinco grupos focales asignados a cada una de las dimensiones de rectoría en salud para aplicar el instrumento de evaluación teniendo en cuenta el rol que desempeña cada participante en la Secretaría de Salud.

Los grupos focales estuvieron conformados por funcionarios del área administrativa que tenían funciones relacionadas con la dimensión que le fue asignada (Tabla 2)

5.2.3.3. Aplicación del instrumento

Se realizó una sesión de trabajo presencial que duró aproximadamente 3 horas con cada grupo focal previamente establecido por dimensión entre el 10 y 14 de septiembre de 2018 como se describe en la tabla número 2, en la cual se explicó la metodología y la propuesta de desarrollo del instrumento de evaluación y se precisó el rol a desempeñar durante el mismo con los pasos metodológicos a seguir.

El proceso fue acompañado por facilitadores (investigadores) con el fin de coordinar y resolver dudas o inquietudes que se puedan generar durante la aplicación del

instrumento; cada participante resolvió el instrumento evaluativo según la tabla de puntaje y al finalizar se hizo una discusión donde se leyó cada pregunta y los participantes justificaron su calificación dando algunas recomendaciones con respecto al ítem evaluado. Los participantes de acuerdo a lo planteado en la discusión pudieron ajustar su puntaje de respuesta. Se grabó cada discusión y se tuvo en cuenta cada una de las observaciones planteadas por los integrantes del grupo focal, para la construcción de las recomendaciones por cada una de las dimensiones y el análisis para el informe final.

Tabla 2: Áreas participantes por Dimensión

Dimensión	# Participantes	Área	Fecha aplicación
Regulación	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud Ambiental ▪ Administrativa y financiera ▪ Jurídica 	10/09/2018
Conducción	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión de la información y el conocimiento ▪ Dirección técnica planeación ▪ Participación social y planeación ▪ Salud pública ▪ Gestión de servicios de salud 	11/09/2018
Aseguramiento	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión de servicios de salud ▪ Gestión de servicios de salud ▪ Aseguramiento ▪ Epidemiología 	12/09/2018
Financiamiento	6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jurídica ▪ Gestión de servicios de salud Financiera ▪ Planeación ▪ Gestión de la información y el conocimiento 	13/09/2018

Armonización de servicios	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aseguramiento ▪ Salud Pública 	14/09/2018
----------------------------------	---	--	------------

5.2.3.4. Análisis general

La información recolectada se digito en Excel versión 16.12. Se aplicó la tabla de puntaje a cada uno de los resultados obtenidos en el instrumento evaluativo por dimensión y se tuvo en cuenta las observaciones planteadas por cada integrante para el análisis posterior de los resultados.

Se promediaron los puntajes asignados por los evaluadores a cada indicador por dimensión con el fin de establecer los porcentajes de desempeño de cada una de las actividades para luego llevar a cabo una equivalencia porcentual de acuerdo a la tabla de equivalencia; para luego establecer un promedio general por dimensión.

5.2.3.5. Informe

Elaborar un informe final donde se establezcan acciones y recomendaciones que puedan aportar al mejoramiento y fortalecimiento de la función de rectoría en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín.

5.2.3.6. Socialización

Reflexión sobre fortalezas y debilidades del desempeño de la función rectora en la Secretaría de Salud del municipio Medellín con el fin de motivar una discusión que genere propuestas de mejoramiento dentro de la institución.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, por medio de la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la cual tiene por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. (10)

Con base al artículo 10, el grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación. Según lo que se explica en el artículo 11 numeral A; Esta Investigación se clasifica como una investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Inicialmente se presentó el proyecto ante las instancias de la Secretaría de Salud de Medellín para contar con el aval y las autorizaciones pertinentes para la revisión documental y las entrevistas con los actores clave de cada proceso.

Se garantizó la confidencialidad en los datos obtenidos de la Secretaria de Salud por medio de revisión documental y entrevistas anónimas, además, se garantizará el buen manejo de la información recolectada.

La información recolectada es netamente para fines académicos y se hará devolución de esta al finalizar el proceso junto con los resultados.

Durante todo el desarrollo metodológico se garantizó la veracidad de la información por el equipo investigador.

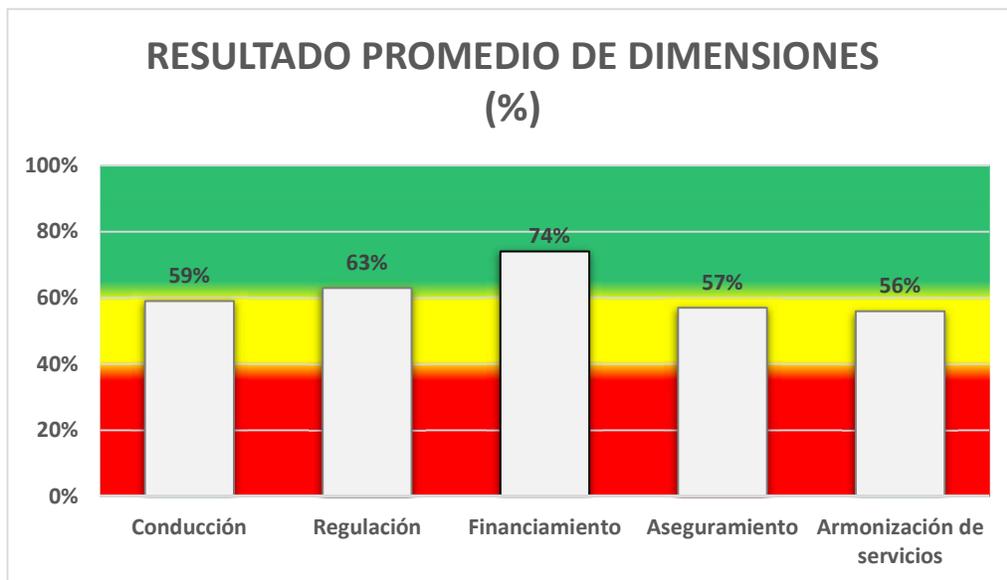
7. RESULTADOS

De acuerdo con la estructura de evaluación de la función rectora, se presentan los resultados generales y por cada una de las dimensiones. Se describen los resultados del mapeo el cual da cuenta de la caracterización de la Secretaría de Salud de Medellín. Luego se presenta el resultado de cada una de las dimensiones teniendo en cuenta los promedios obtenidos por cada uno de los indicadores de las cinco dimensiones con la interpretación correspondiente. Finalmente se describen las principales recomendaciones para cada dimensión.

Las gráficas de los resultados se muestran con semaforización donde el color rojo es asignado al desempeño “muy bajo” y “bajo”; el color amarillo para un desempeño “regular” y el color verde para un desempeño “bueno” y “alto”.

Se anexan al presente informe las gráficas que contienen los detalles de la evaluación por dimensión.

Gráfico 1: Resultado promedio en las 5 dimensiones de la función rectora en la Secretaría de Salud de Medellín, año 2018.



7.1. Resultado general de las 5 dimensiones

Como se muestra en la gráfica número 1 y teniendo en cuenta la escala de equivalencias planteada en la metodología; se puede observar que las dimensiones de conducción, garantía del aseguramiento y armonización de servicios estuvieron en el rango del 41% al 60% que corresponde a una calificación de *REGULAR*. Por el contrario, las dimensiones de regulación y financiamiento tuvieron un resultado entre 61% y 80% que corresponde a una calificación de *BUENO*.

Entre las 5 dimensiones la que refleja mejor evaluación de desempeño es financiamiento con un resultado de 74%, mientras que la dimensión armonización de los servicios obtuvo un 56% ubicándose en el puntaje más bajo.

Ninguna de las 5 dimensiones evaluadas obtuvo un desempeño ALTO ya que ninguna estuvo en el rango de 81% a 100%.

7.2. Resultados por dimensión

Dimensión de Conducción

En los resultados del mapeo realizado en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín se relacionan a continuación el marco normativo que corresponde a la dimensión de conducción:

- Constitución Política de 1991
- Plan de desarrollo Municipal
- Plan Nacional de salud
- Ley 9 de 1979

- Ley 10 de 1990
- Ley 42 de 1993
- Ley 80 de 1993
- Ley 100 de 1993
- Ley 152 de 1994
- Ley 489 de 1998
- Ley 715 de 2001
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1164 de 2007

Instituciones responsables por ley:

- Secretaría de Salud del municipio de Medellín
- Alcaldía de Medellín
- Aseguradores
- EPS – IPS

Instituciones ejecutoras:

- Secretaría de salud del municipio de Medellín
- Alcaldía de Medellín

Con respecto a la evaluación de la dimensión de conducción los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico 2: Resultados promedio dimensión de conducción.



La dimensión de conducción se ubicó en la escala REGULAR, ocupando el tercer lugar con un promedio de 59% entre las cinco dimensiones evaluadas.

Los indicadores 1, 2 y 5 que se refieren al análisis de la situación de salud; definición de prioridades y objetivos sanitarios; y promoción de la salud, participación y control social en salud; estuvieron en el rango de 61% al 80% (71%, 68% y 65% respectivamente) ubicándose en la escala BUENO.

Por el contrario, los indicadores 3, 4, 6, 7 y 8 que se refieren a Formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud; Dirección, concertación, movilización de actores y recursos; Armonización de la cooperación técnica internacional en salud; Participación política y técnica en organismos

internacionales, regionales y subregionales; Evaluación del desempeño del sistema de salud. Estuvieron en el rango de 41% al 60% (57%, 59%, 48%, 53% y 55% respectivamente) ubicándose en la escala REGULAR.

Cabe resaltar el indicador de análisis de la situación de salud (indicador 1) con la mayor evaluación de desempeño obteniendo el promedio más alto con un 71%, mientras que el indicador de armonización de la cooperación técnica internacional en salud (indicador 6) obtuvo la menor evaluación de desempeño con el promedio más bajo del 48%.

Las recomendaciones que surgieron a partir de la discusión en la dimensión de conducción fueron las siguientes:

- Mejorar los sistemas y fuentes de información en salud con el fin de que den cuenta de la situación actual en la ciudad para evaluarlos fácil y periódicamente orientando así la toma de decisiones.
- Fortalecer la difusión de la información actualizada disponible sobre los accesos de servicios de salud a la población.
- Aprovechar eficientemente el recurso humano con el que se cuenta en la Secretaría de Salud de Medellín, ubicándolos a éstos estratégicamente según sus perfiles buscando un fortalecimiento de los grupos de trabajo.
- Diseñar un sistema de seguimiento y evaluación de los programas ejecutados en la Secretaría de Salud de Medellín para verificar su eficacia y eficiencia.

- Definición de prioridades con enfoque de equidad en respuesta a las necesidades locales en salud.
- Establecer canales de comunicación asertivos al interior de la Secretaría de Salud de Medellín buscando que todas las áreas tengan conocimiento de los procesos básicos de la Institución.
- Disponer de herramientas de comunicación propias (ejemplo: Instagram, Facebook, Twitter, etc.) en la Secretaría de Salud de Medellín para difusión continua de información a la comunidad

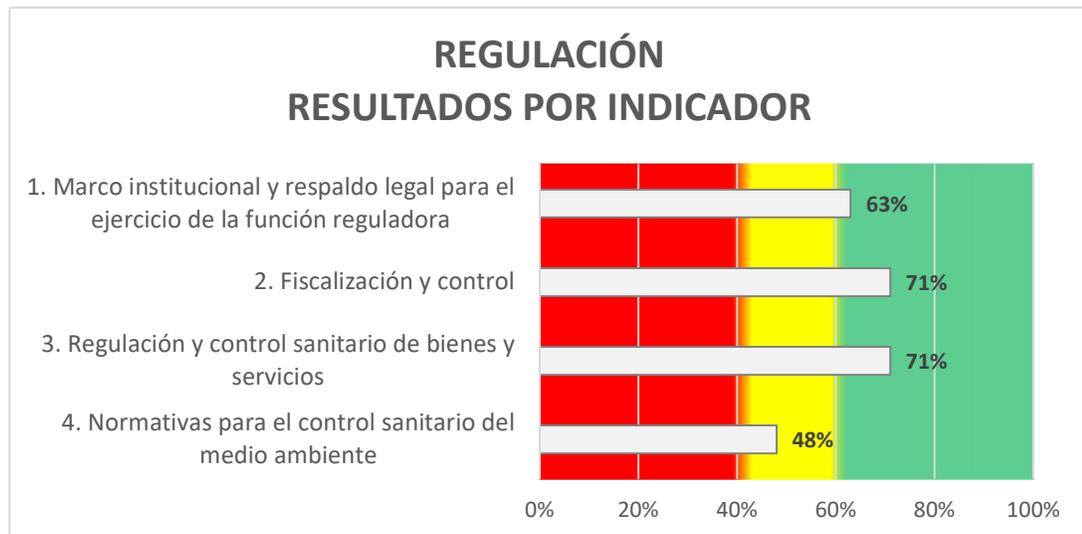
Dimensión de Regulación

En los resultados del mapeo realizado en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín se relacionan a continuación el marco normativo que corresponde a la dimensión de regulación:

- Constitución Política de 1991
- Ley 1438 de 2011
- Ley 9 de 1979
- Ley 10 de 1990
- Ley 99 de 1993
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2000
- Ley 909 de 2004
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1164 de 2007

Con respecto a la evaluación de la dimensión de regulación los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico 3: Resultados promedio dimensión de Regulación



La dimensión de regulación se ubicó en la escala REGULAR, ocupando el segundo lugar con un promedio de 63% entre las cinco dimensiones evaluadas.

Los indicadores 1, 2 y 3 que se refieren a Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función reguladora; Fiscalización y control; y Regulación y control sanitario de bienes y servicios estuvieron en el rango del 61% al 80% (63%, 71% y 71% respectivamente), ubicándose en la escala BUENO.

Por el contrario, el indicador 4 que se refiere a las Normativas para el control sanitario del medio ambiente estuvo ubicado en el rango obtuvo un desempeño REGULAR quedando en el rango de 41% al 60% (48%).

En esta dimensión, es importante resaltar que al momento de ejecutar el instrumento evaluativo los participantes resaltaron partieron de la adopción normativa más no del “diseño normativo” (la Secretaría de Salud de Medellín no tiene la competencia para el diseño de normas) como está propuesto en la definición.

Las recomendaciones que surgieron a partir de la discusión en la dimensión de conducción fueron las siguientes:

- Revisar actualización de normatividad ambiental.
- Autonomía para la selección de vacantes que cumplan con perfiles específicos según el área que lo requiere, mejorando así el buen uso del recurso humano.
- Evaluar el impacto de los programas para darle continuidad a los proyectos a mediano y largo plazo.
- Mejoramiento en la tecnología para lograr una buena sistematización y análisis de los impactos.
- Fortalecimiento del apoyo jurídico especializado en los temas clave que maneja la Secretaría de salud de Medellín.
- Establecer canales de comunicación asertivos al interior de la Secretaría de Salud de Medellín buscando que todas las áreas tengan conocimiento de los procesos básicos de la Institución.

- Implementar ejercicios con mayor enfoque hacia la acción regulatoria

Dimensión de Modulación del Financiamiento

En los resultados del mapeo realizado en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín se relacionan a continuación el marco normativo que corresponde a la dimensión de modulación del financiamiento:

- Ley 10 de 1990
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Ley 1122 de 2007
- Ley sistema General de Presupuesto
- Ley 1438 de 2011

Instituciones responsables por ley:

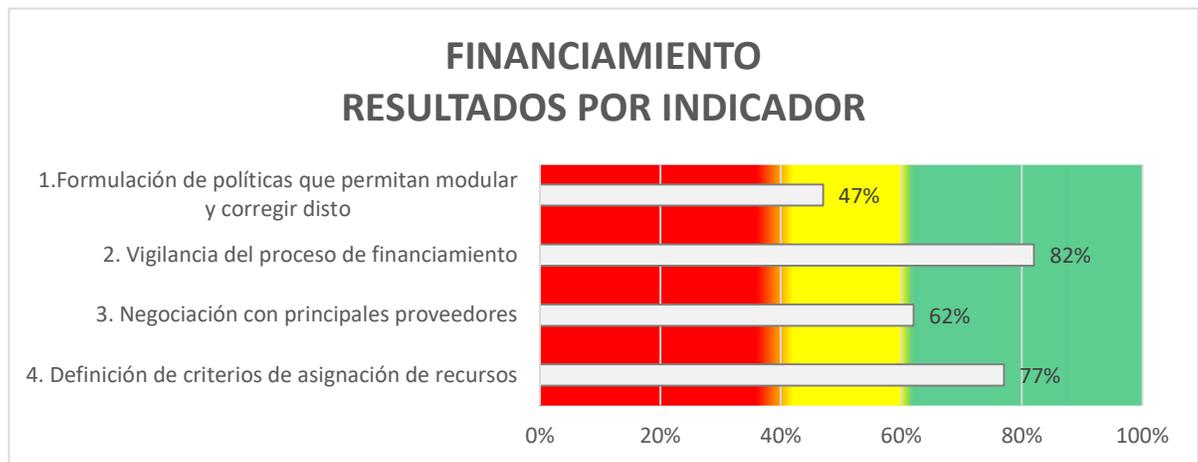
- Secretaría de Salud del municipio de Medellín
- Alcaldía de Medellín
- Departamento Nacional de Planeación

Instituciones ejecutoras:

- Secretaría de Salud del municipio de Medellín
- Alcaldía de Medellín

Con respecto a la evaluación de la dimensión de modulación del financiamiento los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico 4: Resultados promedio dimensión de Modulación del Financiamiento



La dimensión de modulación del financiamiento obtuvo un desempeño BUENO, ocupando el primer lugar con un promedio de 74% entre las cinco dimensiones evaluadas.

El indicador 1 que se refiere a la Formulación de políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento obtuvo un desempeño REGULAR (47%); mientras los indicadores 3 y 4 Negociación con principales proveedores y Definición de criterios de asignación de recursos, tuvieron un desempeño BUENO ubicándose en el rango de 61% a 80% (62% y 77% respectivamente).

Cabe resaltar el indicador 2 correspondiente a la Vigilancia del proceso de financiamiento con un desempeño ALTO (82%).

En el indicador 3 de esta dimensión es importante aclarar que se establece el término “Secretaría de Hacienda” reemplazando el término “Tesorería” que está

descrito en el instrumento evaluativo ya que ésta es la institución encargada de la asignación de recursos financieros a la Secretaría de Salud.

Las recomendaciones que surgieron a partir de la discusión en la dimensión de conducción fueron las siguientes:

- Desarrollar estrategias de articulación y coordinación entre las secretarías municipales del valle de Aburrá.
- Contar con una estructura definida para la asignación de recursos basándose en las necesidades actuales de la comunidad.
- Realización de estudios previos al momento de asignar recursos en los diferentes proyectos.

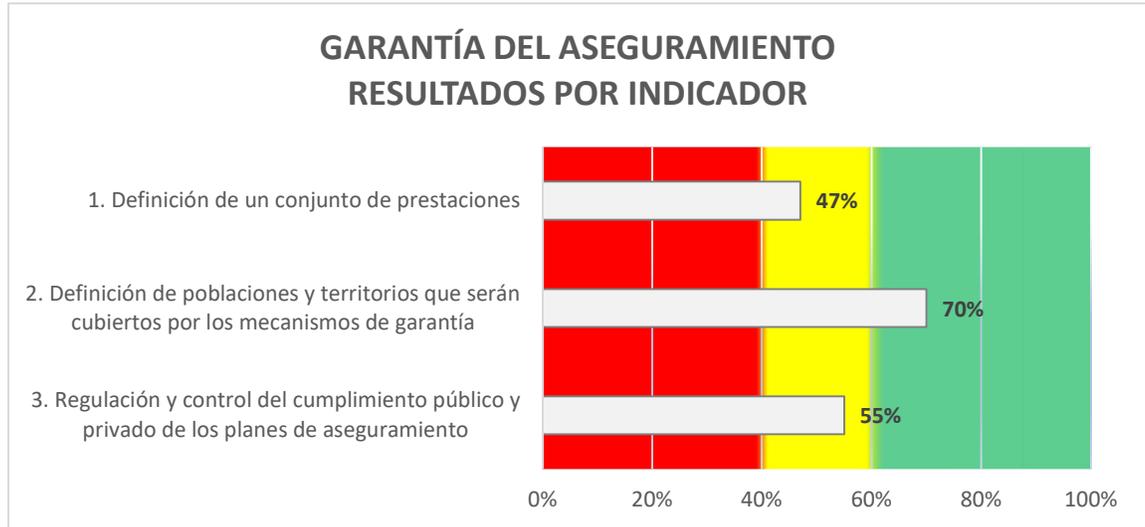
Dimensión de Garantía del Aseguramiento

En los resultados del mapeo realizado en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín se relacionan a continuación el marco normativo que corresponde a la dimensión de garantía del aseguramiento:

- Ley 10 de 1990
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Ley 1011 de 2006
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1438 de 2011

Con respecto a la evaluación de la dimensión de modulación del financiamiento los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico 5: Resultados promedio dimensión de Garantía del Aseguramiento.



La dimensión de garantía del aseguramiento obtuvo un desempeño REGULAR, ocupando el cuarto lugar con un promedio de 57% entre las cinco dimensiones evaluadas.

Los indicadores 1 y 3 correspondientes a Definición de un conjunto de prestaciones; y Regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento tuvieron un desempeño REGULAR ubicándose en el rango de 41% a 60% (47% y 57% respectivamente). Mientras que el indicador que se refiere a la Definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía, obtuvo un desempeño BUENO ubicándose en el rango 61% al 80% (70%).

Las recomendaciones que surgieron a partir de la discusión en la dimensión de conducción fueron las siguientes:

- Establecer canales de información continuos (24 horas), actualizados y detallados de los servicios de salud para garantizar a la comunidad el acceso a la información de manera oportuna
- Cambios de estrategias de comunicación con las cuales se llega a la comunidad, garantizando comunicación asertiva con la población con el uso de medios actualizados e innovadores
- Realizar estudios estrictos de mercado donde se dé cuenta de las necesidades reales y el entorno de la población

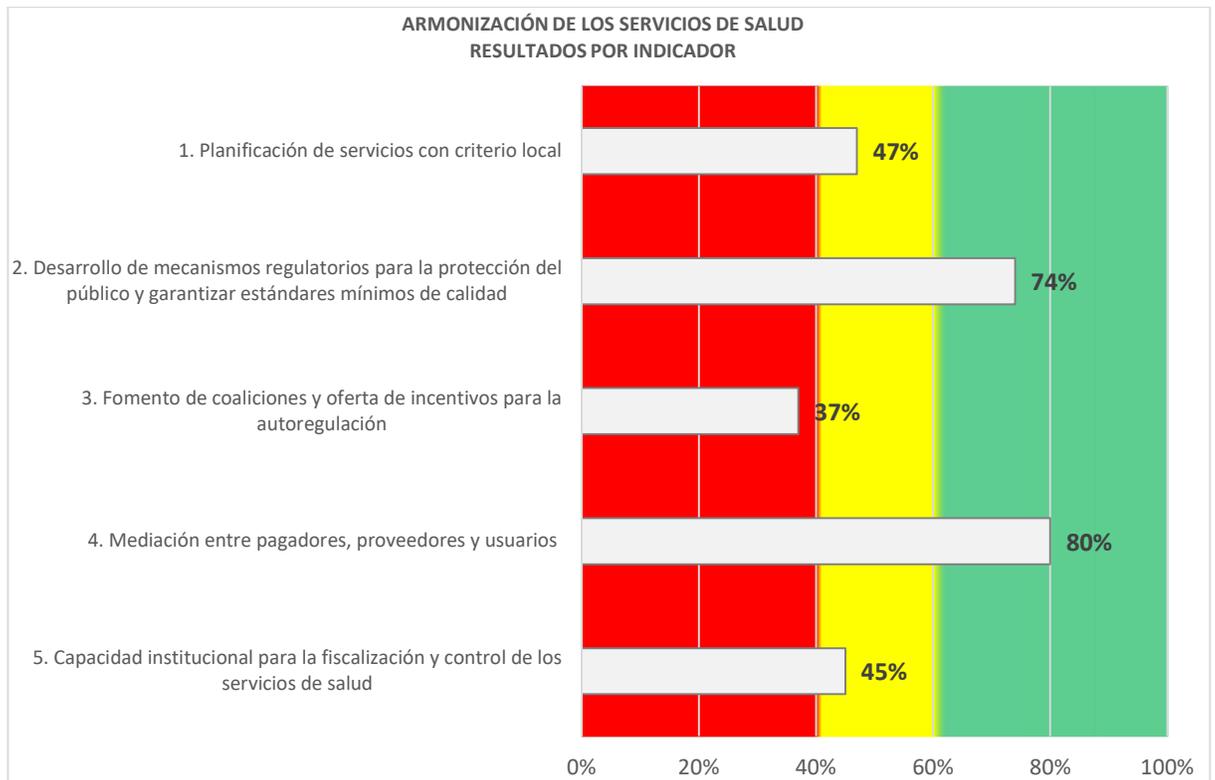
Dimensión de Armonización de los Servicios de Salud

En los resultados del mapeo realizado en la Secretaría de Salud del municipio de Medellín se relacionan a continuación el marco normativo que corresponde a la dimensión de armonización de la provisión de los servicios de salud:

- Constitución Política de 1991
- Ley 9 de 1974
- Ley 10 de 1990
- Ley 29 de 1990
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Ley 872 de 2003
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1164 de 2007

Con respecto a la evaluación de la dimensión de modulación del financiamiento los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico 6: Resultados promedio dimensión de Armonización de los Servicios de Salud



La dimensión de armonización de los servicios de salud obtuvo un desempeño **REGULAR**, ocupando el quinto lugar con un promedio de 56% entre las cinco dimensiones evaluadas.

El indicador 3 que corresponde a el Fomento de coaliciones y oferta de incentivos para la autorregulación obtuvo el puntaje más bajo con un desempeño **BAJO**, ubicándose en el rango de 21% a 40% (37%).

Los indicadores 1 y 5 que se refieren a la Planificación de servicios con criterio local; y la Capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud obtuvieron un desempeño **REGULAR**, ubicándose en el rango de 41% a 60% (47%

y 45% respectivamente). Mientras que los indicadores 2 y 4 que se refieren a Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y garantizar estándares mínimos de calidad; y Mediación entre pagadores, proveedores y usuarios para asegurar la protección de éstos últimos, obtuvieron un desempeño BUENO ubicados en el rango 61% a 80% (74% y 80% respectivamente).

En el indicador 2 de esta dimensión es importante aclarar el cambio del término “establecer” por “adoptar” ya que no es competencia de la Secretaría de salud de Medellín el establecimiento de normas regulatorias.

Las recomendaciones que surgieron a partir de la discusión en la dimensión de conducción fueron las siguientes:

- Proponer normatividad que establezca ciertas funciones y alcance a la Secretaría de Salud de Medellín ya que se ejecutan por necesidades más no por obligatoriedad.
- Retomar estrategias para mejorar los resultados, la calidad y la seguridad en los servicios en salud.
- Fortalecer relacionamiento con el nivel Nacional.
- Organizar de manera adecuada las redes de prestación de servicios de salud para optimizar los recursos.
- Evaluar recurso humano necesario para realización del seguimiento de procesos iniciados, evaluando planes de mejoramiento.

8. DISCUSIÓN

En Colombia son pocos los estudios que describen trabajos de investigación referentes a la función rectora en salud, además, no se encontró un estudio que haya analizado específicamente a la función rectora a nivel local.

En la presente investigación se realizó una adaptación del instrumento de OPS para evaluar el desempeño de la función rectora; dicha adaptación fue hecha con expertos y con la ley vigente nacional. De acá surge la necesidad de realizar una validación del instrumento evaluativo de OPS que pueda ser replicable en otros estudios de nivel local y que se pueda incorporar en otras instituciones como autoevaluación buscando así la estandarización apropiada del mismo.

La presente evaluación del desempeño de la función rectora en la Secretaria de Salud del municipio de Medellín, cobra peso por su carácter cualitativo, más que por sus datos cuantitativos, que aunque estos últimos dan cuenta de las cifras que representan cada uno de las equivalencias del desempeño en cada una de las dimensiones, la percepción, la interpretación y la opinión objetiva de cada uno de los actores involucrados en la evaluación, es de suma importancia, dándole gran peso a la interpretación de los datos cuantitativos.

La función rectora en salud es definida por la OPS como el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno (1). En el contexto del presente estudio esto se aleja un poco de la realidad, desde el momento en que empieza la descentralización del sistema de salud con la ley 100 de 1993, ya que se ha disminuido la función de rectoría por las autoridades sanitarias, desviando algunas responsabilidades, al sector privado y

civil, obstaculizando en múltiples ocasiones el buen desempeño de las funciones en salud. (11)

Londoño y Frenk en su modelo de pluralismo estructurado (1997) expresan como la coexistencia de varios actores en un sistema de salud sin una directriz establecida y sin unos parámetros muy bien definidos llevan a la ineficiencia del sector salud y al aumento de costos en los servicios de estos mismos (4), lo cual se ve reflejado en el momento de que muchos de los actores participantes en la presente evaluación, partieran de la necesidad de establecer una estructura de directriz sólida y estable, con una normatividad ajustada a las necesidades de la población y no partiendo solamente desde la consecución del logro de unos objetivos en salud, que en muchas ocasiones se plantean más desde una utopía a la que se quiere llegar, pero alejados de la realidad local y de las necesidades básicas en salud.

En la Secretaría de Salud de Medellín se observó una segmentación de responsabilidades y recursos asignados desde el nivel Nacional, dificultades de articulación y cooperación entre diferentes actores del sector salud.

Estos hallazgos son coherentes con los reportados por López y col. (5) quienes encontraron que las autoridades sanitarias han reducido los recursos para el proceso de vigilancia en salud, que hay deficiencias administrativas, financieras y en cantidad y calidad del recurso humano para cumplir con las responsabilidades asignadas.

Otros estudios de la función de rectoría realizados en el país y en Latinoamérica (12), dan cuenta de la falta de rectoría que se presenta al interior de las secretarías de salud, y de la importancia de fortalecer el rol rector que se ha perdido desde la descentralización del sistema de salud, lo cual es coherente con la presente evaluación donde se pone de manifiesto la importancia de fortalecer el papel de la

Secretaría como autoridad sanitaria local y así fortalecer su desempeño en todas sus dimensiones.

Igualmente se encontró gran similitud con el estudio realizado en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (13) en cuanto al desempeño general de las dimensiones de la función rectora, donde ninguno de ellos muestra un desempeño por encima del 80%, lo cual pone de manifiesto la importancia de fortalecer la función rectora en salud en el país y la necesidad de tener un instrumento validado que se pueda aplicar a nivel distrital y local según sus competencias, ya que el instrumento actual puede generar sesgos en los resultados obtenidos en el desempeño de la función rectora en salud.

En los resultados de la Secretaría de Salud de Medellín, la dimensión de **Financiamiento** tuvo el mejor desempeño entre las dimensiones evaluadas; resaltando en esta dimensión el indicador de Vigilancia del proceso de financiamiento, que obtuvo un desempeño alto; lo anterior se puede relacionar con la normatividad ya establecida desde el nivel Nacional y la Secretaría de salud de Medellín según sus competencias da cumplimiento de ella con calidad, eficiencia y transparencia .

En la dimensión de **conducción** sectorial dentro de los indicadores evaluados se encuentra debilidad en los indicadores de Armonización de la cooperación técnica internacional en salud y Participación política y técnica en organismos internaciones, regionales y subregionales. Lo anterior refleja la falta de competencia directa de la Secretaría de salud de Medellín, sin embargo, si existe un apoyo de parte de la SSM en estos procesos.

Es importante resaltar en la dimensión de conducción que el indicador Formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud se encuentra con un desempeño bajo, relacionándose esto con que la Secretaría de salud de Medellín

no tiene la función de formular sino de dar cumplimiento a lo establecido por ley a nivel nacional, sin embargo cabe resaltar que la SSM si realiza intervenciones en la agenda local de salud.

Siguiendo con la dimensión de conducción, respecto al indicador del Análisis de la situación de salud se vio un desempeño bueno lo cual refleja un compromiso por parte de la Secretaría de salud de Medellín en el tema de generar estadísticas poblacionales que proporcionan información de calidad para sus posteriores diagnósticos y proyectos. Además, resalta la importancia de continuar con el fortalecimiento del proceso de recolección de información de manera oportuna y de calidad.

Con relación a la dimensión de **regulación** se destacan los indicadores de Fiscalización y control; y Regulación y control sanitario de bienes y servicios que obtuvieron un buen desempeño, relacionándose esto con que la Secretaría de salud de Medellín tiene una injerencia y control directo sobre estos procesos, por el contrario el indicador de Normativas para el control sanitario del medio ambiente obtiene un desempeño regular, relacionándose con que la SSM no tiene una competencia directa en dicho tema y se evidencia debilidad en la articulación con la secretaría de medio ambiente. Por lo cual se hace pertinente fortalecer la articulación de dichas secretarías para garantizar así el funcionamiento correcto de dichos procesos ambientales que le competen a ambas.

En cuanto a la **garantía del aseguramiento** la Secretaría de salud de Medellín logra destacarse en la definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía; esto se ha logrado por medio de la protección y difusión de los derechos de usuarios. Por otra parte, se hace necesario establecer canales y estrategias de comunicación para garantizar una comunicación adecuada con la población y además realizar estudios estrictos que den cuenta de las necesidades reales de la comunidad.

Por último en cuanto al tema de **armonización de los servicios de salud** se debe trabajar de manera prioritaria en el mejoramiento de redes de prestación de servicios de salud y articulación con los diferentes actores del sector salud con el fin de promover incentivos que garanticen buenas prácticas en la prestación de los servicios a la población.

También es fundamental fortalecer el liderazgo por parte de la Secretaría de salud de Medellín para poder influenciar a los actores del sector salud a tener una cultura de autorregulación y además, optimizar el recurso humano necesario para la realización del seguimiento de procesos iniciados evaluando planes de mejoramiento.

Se resalta el buen desempeño de la SSM en el proceso de mediación entre pagadores, proveedores y usuarios para proteger de los derechos de estos últimos.

9. CONCLUSIONES

- La evaluación del desempeño de la función rectora fue de gran importancia en la Secretaría de Salud de Medellín para establecer cómo se están llevando a cabo los procesos al interior de la institución, dando como resultado un diagnóstico general que permita trabajar en el mejoramiento continuo.
- Se evidenció que de las 5 dimensiones de la función rectora en salud evaluadas en la Secretaría de Salud de Medellín ninguna tuvo un desempeño ALTO ya que todas estuvieron por debajo del rango de 81% a 100%.
- Entre las 5 dimensiones evaluadas en el presente estudio, la que reflejó mejor desempeño en la evaluación fue la dimensión de Financiamiento, mientras que la dimensión Armonización de los Servicios de Salud tuvo el desempeño más bajo.
- Se requiere mayor autonomía en la selección y asignación del talento humano al interior de la Secretaría de Salud de Medellín, para una optimización del recurso humano en cada una de las áreas con las que ésta cuenta.
- Es pertinente diseñar un sistema de seguimiento y evaluación de los proyectos ejecutados en la Secretaria de Salud de Medellín, para verificar su eficacia y eficiencia.

- Se identificó un esfuerzo importante por parte de la Secretaria de Salud de Medellín con respecto a la definición de criterios en la asignación de recursos, beneficiando a la población más vulnerable de la ciudad.
- Se observó que la Secretaria de Salud de Medellín ejerce una función de fiscalización y control con un alto nivel de transparencia.
- Se hace necesario establecer estrategias de comunicación al interior de la Secretaría de salud de Medellín que faciliten el acceso a la información de los procesos clave en la institución, permitiendo una constante retroalimentación en todas las áreas.
- Es pertinente reevaluar los canales de información que van dirigidos a la comunidad buscando que éstos sean actualizados, innovadores, claros y asequibles para toda la población.

10. RECOMENDACIONES

- Realizar una validación del instrumento evaluativo de OPS que pueda ser replicable en otros estudios de nivel local y que se pueda incorporar en otras instituciones como autoevaluación.
- Sería de gran utilidad realizar una evaluación en otras Secretarías del Departamento o del país de diferente categoría para observar el comportamiento del instrumento evaluativo en diferentes municipios.
- La Secretaria de Salud puede hacer un análisis de este trabajo y frente a éste realizar un plan de mejoramiento.
- La Secretaría de Salud del municipio de Medellín podría utilizar este instrumento haciendo una adaptación que sirva para realizar un proceso de autoevaluación continua.
- La Secretaría de Salud del municipio de Medellín debe socializar y difundir el presente estudio con todo el personal para lograr así un conocimiento general de cómo se están llevando a cabo los procesos de rectoría dentro de la institución.

11. LIMITACIONES

- Insuficiencia de tiempo de algunos participantes para asistir a la evaluación y discusión del instrumento.
- Falta de personas clave en la integración de los grupos focales para la evaluación de las dimensiones según las competencias del personal en la Secretaría de Salud de Medellín.
- Imposibilidad de ejecutar un plan de mejora en la Secretaría de Salud de Medellín por el alcance del presente estudio para observar resultados a mediano y largo plazo.
- Dificultad de adaptar el instrumento de OPS ya que éste está diseñado para el nivel Nacional y no para el nivel local.

12. APRENDIZAJES

Es importante resaltar la metodología utilizada en la presente investigación, donde la representatividad y la confianza de este estudio estuvo dada por la experiencia y experticia de los participantes durante la evaluación del desempeño de cada una de las dimensiones de la función rectora en salud.

Durante la discusión se logró enriquecer el análisis de los resultados con el contacto directo de los evaluadores que participaron activa y positivamente, proporcionando información valiosa y relevante que sirvió de apoyo para la construcción de este estudio.

Se logró un acercamiento positivo de los investigadores con los participantes donde se generó un entorno de confianza y respeto, logrando una información fluida y espontánea.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización panamericana de la salud. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional, desempeño y fortalecimiento [Internet]. 2007. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
3. Organización Mundial de la Salud. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en Acción: Lecciones Aprendidas en Conducción y Regulación. 2007;58.
4. Londoño J, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy Amst Neth. julio de 1997;41(1):1-36.
5. López Y, González C, Gallego B, Moreno A. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. Biomédica. 1 de diciembre de 2009;29(4):567-81.
6. Deubel A, Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. Rev. Salud Pública. 1 de enero de 2013;15(1):44-55.
7. Medellín como vamos. Movilidad y espacio público en Medellín [Internet]. Medellín Cómo Vamos. 2010 [citado 6 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/movilidad-y-espacio-p-blico/>
8. Alcaldía de Medellín. Portafolio de Servicios [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/2009/Portafolio%20de%20Servicios/Portafolio%20de%20Servicios.pdf>
7. Congreso de Colombia. Ley 715 de diciembre 21 de 2001 [Internet]. 715, 715 2001. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
10. Congreso de Colombia. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 8430, 8430 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

11. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. 100, 100 1993. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
12. Organización Panamericana de la Salud. Medición de la función rectora de la autoridad sanitaria en el salvador. 2011;25.
13. Organización Panamericana de la Salud. Resultados del Taller de Evaluación de Desempeño [Internet]. 2008. Disponible en: file:///C:/Users/Familia%20Gil/Desktop/Rectoria_Medicion_Autoridad_Sanitaria_Bogota_Colombia-2008.pdf
14. Martínez Migueléz , Miguel. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México Junio de 2004: 174-179.
15. Chiavenato Idalberto. Administración Proceso administrativo. Edición No. 3. 2001

14. ANEXOS

Anexo 1: Instrumento OPS (Word)



Anexo 2: Tabla de puntaje OPS

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