



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

27.º REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

Washington, D.C., 4 al 6 de diciembre de 1996

*Tema 10 del programa provisional*

SPP27/9, Rev. 1 (Esp.)

27 noviembre 1996

ORIGINAL: ESPAÑOL

**LA RECTORÍA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD  
EN LA REFORMA DEL SECTOR**

Los fenómenos prevalentes de reforma del Estado y descentralización de la vida nacional han vuelto prioritaria la redefinición de los roles institucionales en el sector salud, sobre todo de los ministerios de salud, en cuanto al ejercicio de la función rectora en los procesos de reforma sectorial. La meta para superar las grandes inequidades en salud y en bienestar prevalecientes en la Región sigue siendo el principal objetivo de la función rectora en salud. Las funciones esenciales que constituyen responsabilidad del Estado son el ejercicio de la conducción y la regulación sectorial. En lo que respecta a las nuevas realidades emergidas en los procesos de reforma sectorial, el ejercicio de la función rectora en salud debe abocarse con prioridad a las concernientes al aseguramiento de la población, a la regulación de la provisión de servicios y al financiamiento sectorial. En el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS, 1995-1998, y de las acciones de cooperación técnica en apoyo a los procesos de reforma sectorial, la Organización Panamericana de la Salud dará, en los próximos años, especial atención al fortalecimiento y desarrollo de la capacidad rectora de los ministerios de salud como componente básico del desarrollo institucional del sector.

Con la presentación de este documento al Subcomité de Planificación y Programación se espera obtener su contribución en dos cuestiones claves: lo apropiado de la taxonomía y caracterización de funciones rectoras de los ministerios de salud que se presenta en el documento y la pertinencia de las líneas de cooperación de OPS que se plantean, así como la necesidad o conveniencia de incluir nuevas áreas de trabajo para la OPS.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introducción . . . . .	3
2. Funciones fundamentales para la función rectora sectorial . . . . .	4
2.1 Conducción sectorial . . . . .	6
2.2 Regulación sectorial . . . . .	7
2.3 Responsabilidades en materia de aseguramiento . . . . .	8
2.4 Obligaciones en cuanto a provisión de servicios . . . . .	9
2.5 Situación del financiamiento sectorial . . . . .	10
3. Cooperación de la OPS para el desarrollo y fortalecimiento de la función rectora del sector . . . . .	11

## 1. Introducción

En las últimas décadas de este siglo, la Región de las Américas ha enfrentado una crisis económica que afectó sensiblemente la situación en salud de los países y la capacidad de respuesta del sector salud. Como señalan las *Orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS, 1995-1998*:

El desafío principal que afronta el sector salud es superar la inequidad que se manifiesta en las diferencias de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias de la población, reflejo a su vez de las inequidades sociales y económicas que predominan en la Región. Todos los recursos del sector y de la sociedad, en general, deben encausarse a afrontar este desafío.

En un contexto de crecimiento acelerado de las necesidades y una limitación de recursos, la mayor parte de los países de la Región intentan remodelar las estructuras del Estado mediante la implantación de esquemas que garanticen un menor gasto público y un aumento de la eficiencia en el uso de los recursos financieros disponibles.

La corriente de cambios involucra y compromete a los sectores sociales, principalmente educación y salud. El compromiso se acentúa por dos elementos fundamentales: sufren una disminución de financiamiento que les dificulta su desempeño, pero a la vez las medidas globales de ajuste estructural producen un aumento de la pobreza, con lo cual los servicios públicos ven aumentada su demanda por personas que antiguamente eran atendidas por la seguridad social o por la vía privada.

A esta situación se suman otros importantes factores, vigentes antes de esta crisis. Por una parte, los servicios públicos de salud no habían logrado alcanzar un grado de desarrollo armónico, equitativo, de calidad y eficiencia tal que les permitiera asimilar los efectos de la crisis. El panorama del sector salud a nivel regional se dibuja como incapaz de dar una cobertura total e integral a todos los ciudadanos. La existencia de grupos postergados, sin acceso a los servicios básicos de salud, se presenta en prácticamente todos los países y se habla de una deuda social importante, plasmada por el hecho de que, a la par de grupos sin acceso a los servicios, existen, en los centros urbanos, servicios de alta calidad de muy alto costo, con limitada accesibilidad para la mayoría de la población. Por otra parte, el sector salud se presenta como un ente desarticulado constituido por múltiples instituciones descoordinadas, con clientelas propias según los diferentes estratos socioeconómicos. En estas condiciones se dan duplicidades y vacíos, principalmente en las áreas rurales y en la población urbano-marginal de las grandes ciudades.

Pero aún más, están presentes otras características importantes que complican la situación: las instituciones del sector presentan muy bajo grado de eficiencia; la

capacidad gerencial es pobre; los costos son altos y con tendencia al crecimiento; la calidad es limitada y la satisfacción de los usuarios es percibida como insuficiente. Hay problemas emergentes como el SIDA, otros reemergentes como el cólera, la malaria y el dengue, y se incrementan las patologías crónicas y de la población de edad avanzada que demanda y requiere mayor atención y recursos más sofisticados y caros para su asistencia. Las poblaciones comienzan a tener mayores expectativas sobre los servicios de salud; demandan además mayor calidad y uso de tecnologías novedosas de alto costo. La cultura médica de la sociedad rechaza los procedimientos simples y efectivos y presiona por la especialización y la sofisticación de la atención, mientras que los prestadores de servicios privados de salud se organizan y crean esquemas de prepago y propugnan por la implantación de nuevos modelos de atención que les brinde mayor oportunidad de trabajo. Este fenómeno que, por una parte, se ve fortalecido por la baja credibilidad de los servicios públicos y por la otra, por la insistencia de que la privatización mejoraría la eficiencia del uso de los recursos, va aparejado con un crecimiento acelerado de los mercados relacionados con la salud, lo cual genera una mayor necesidad de que el Estado ejerza funciones de regulación, control y vigilancia sobre ellos.

Ante este desafío, la respuesta política de los Gobiernos de la Región requiere fortalecer el papel de liderazgo de los ministerios de salud y del sector salud como un todo, mediante el desarrollo de la capacidad de conducción y de negociación con otros actores dentro y fuera del sector salud. Se necesita un liderazgo político que permita propiciar y dirigir los cambios necesarios para transformar la política y el sistema de salud en la coyuntura de los procesos de reforma sectorial. Es necesario fortalecer la capacidad del Estado, en general, y de las instituciones del sector salud, en particular, en cuanto al ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública, sobre todo de aquellas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. A este proceso de fortalecimiento del liderazgo sectorial es al que se denomina función rectora del sector salud.

## **2. Funciones fundamentales para la función rectora sectorial**

El propósito de la función rectora en salud es asegurar la equidad en las condiciones de salud y en la cobertura de los servicios dentro del marco de un proceso de desarrollo humano integral y sostenible. El ejercicio de la función rectora del sector salud implica la búsqueda de cambios que permitan asegurar la accesibilidad integral a los servicios de salud y, por ende, una mayor equidad de los beneficios que los mismos proporcionan. Para ello es necesario garantizar políticas que produzcan o faciliten una mayor eficiencia y efectividad de la gestión de las acciones de salud, un compromiso social para el cuidado individual y colectivo de la salud, además de los cambios de comportamiento que favorezcan la efectiva promoción y protección de la salud.

Con el avance de la descentralización del Estado y del sector, y con el surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, la provisión directa de servicios, sobre todo la atención a las personas, ha dejado de ser una responsabilidad directa de los ministerios de salud. Lo mismo acontece con las prestaciones de servicios de salud pública y la ejecución de acciones de regulación sanitaria, en donde las instancias sanitarias intermedias del Estado, y a veces las locales, han asumido la responsabilidad de dichas atribuciones. Además de lo anterior, hay otro tipo de cambio que viene produciéndose en los proyectos de reforma del sector en las Américas: la separación de funciones de provisión de servicios, de financiamiento del sector y de aseguramiento, así como de adjudicación, según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas.

Los aspectos arriba citados intensifican la necesidad de redimensionar y adecuar la responsabilidad y funcionamiento de los ministerios de salud, definiendo las competencias substantivas que le son propias e indelegables tanto en materia de autoridad sanitaria y de conducción de las acciones sectoriales, como sobre los procesos de aseguramiento, financiamiento, asignación de recursos y provisión de servicios, particularmente en la garantía del acceso universal y equitativo a la atención y al cuidado de la salud con criterios de calidad.

La evolución que ha experimentado la Organización y el quehacer del sector salud, así como la conciencia creciente de la importancia del papel que juegan otros sectores en el mejor estado de salud de las personas, ha ido caracterizando cada vez más claramente una serie de funciones fundamentales, bien diferenciadas, cuyo conjunto constituye la acción sectorial. Hay una tendencia creciente a no concentrar todas esas funciones en una sola institución que las lleve a cabo, como solía suceder en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado lleven a cabo las atribuciones diferenciadas.

Pueden adoptarse diversas taxonomías sobre el particular que siempre estarán sujetas a interpretaciones subjetivas. A continuación se propone una división de funciones sectoriales en cinco grandes apartados y se señala como, según el peso que tenga la responsabilidad pública en salud, el grado de descentralización de las acciones sectoriales, así como de las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional en cada país, corresponde al ministerio de salud un mayor o menor espectro de competencias, algunas previamente existentes y otras nuevas, para las cuales necesita fortalecer y muchas veces readecuar su funcionamiento, su estructura organizativa y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo.

## **2.1 *Conducción sectorial***

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

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

- a) Análisis de la situación en salud y sus determinantes, con énfasis en la identificación de las inequidades sanitarias, con un enfoque prospectivo que permita ejercer el liderazgo con conocimiento y visión de los condicionantes políticos, económicos y sociales en que el sector se desempeña, incluyendo la organización sectorial y la operación de sus instituciones, así como la capacidad de análisis demográfico y epidemiológico, con énfasis en el impacto sobre las demandas y necesidades actuales y futuras de la población en lo que respecta a los servicios de atención;
- b) Desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones, con base en los criterios de efectividad, costo e impacto;
- c) Formulación, análisis, adecuación y evaluación de políticas públicas y de salud incluidas en los planes nacionales de desarrollo;
- d) Dirección, concertación y/o movilización de recursos y actores sociales y políticos que ejercen influencia en la formulación de políticas sociales y sanitarias a nivel nacional;
- e) Coordinación política y técnica de los organismos multilaterales y bilaterales dedicados a la cooperación técnica y/o financiera en salud y áreas correlacionadas para la definición de políticas y estrategias nacionales para la utilización y movilización de la cooperación externa en salud;
- f) Participación política y técnica junto a los organismos e instancias de coordinación política e integración económica, regional y subregional, que sean de interés para el sector salud, con el propósito de promover un mejor tratamiento

de los intereses de la salud de la población y del sector salud en estos foros y ámbitos políticos.

## **2.2 Regulación sectorial**

La función rectora en salud incluye tareas substantivas e indelegables en materia de autoridad sanitaria. Esta obligación es primordial al quehacer de los ministerios de salud al actuar como órgano responsable, dentro de la estructura del Estado, de velar por el bien público en materia de salud. El ejercicio de la autoridad sanitaria tiene como producto primario la protección y promoción de la salud de la población y constituye el núcleo de las funciones esenciales de la salud pública en cuanto a responsabilidad del Estado. Esta responsabilidad puede ser compartida por varios niveles e instituciones dentro del aparato del Estado, pero la misión fundamental de los ministerios de salud es asegurar que estas funciones sean cumplidas de la forma más efectiva posible.

En lo que respecta a la función reguladora sectorial, la cual tiene como propósito garantizar el cumplimiento del marco normativo sanitario que protege la salud de la población, se incluyen las siguientes líneas de acción:

- a) Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, así como su necesaria armonización con la legislación de salud de los países participantes en los mismos procesos de integración regional;
- b) Análisis y regulación sanitaria de mercados básicos relacionados con la salud, tales como seguros públicos y privados, servicios de salud, insumos, tecnología, comunicación social, así como de bienes de consumo e insumos básicos, establecimientos públicos y del ambiente;
- c) Análisis y regulación técnica de la prestación de servicios de salud, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de salud, de los mercados relacionados con la salud, así como del establecimiento de normas básicas de atención a la salud y de la acreditación de instituciones y programas docentes en ciencias de la salud;
- d) Establecimiento de mecanismos nacionales de evaluación de procesos, resultados e impacto, así como desarrollo de sistemas de información para la vigilancia del estado de salud y para la dirección y gestión de los servicios;
- e) Formulación e implantación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y diseminación de información científico-técnica que permita mejorar la calidad y equidad de los servicios de salud y de las condiciones de vida.

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

### **2.3 Responsabilidades en materia de aseguramiento**

En la medida en que muchos procesos de reforma del sector en los países de la Región han ido avanzando en la separación de funciones sectoriales, se han ido disgregando las acciones de aseguramiento, provisión de servicios y financiamiento; antes éstas estaban concentradas en una sola institución o en un pequeño conjunto que adolecía de problemas de segmentación de la población, en razón de su capacidad económica, para alcanzar un determinado esquema de aseguramiento.

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

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

En razón de lo anterior, los ministerios de salud de aquellos países en los que este grado de separación de funciones está en marcha o ha sido consolidado, tienen necesariamente que desarrollar el andamiaje institucional que requiere el desempeño de esta función. En este sentido requieren ampliar su espectro de capacidades de modo tal que puedan:

- a) Definir los contenidos de los planes referenciales de cobertura básica, que tengan carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo el o los esquemas de seguridad social en salud que sean de responsabilidad pública;

- b) Vigilar el cumplimiento de dichos planes de cobertura, tanto por entidades públicas de provisión como por parte de las entidades privadas de aseguramiento y/o provisión de servicios (a través de superintendencias u organismos similares), garantizando que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido de los esquemas de aseguramiento por situaciones de riesgos etéreos o de patologías preexistentes;
- c) Desarrollar la capacidad de compra de servicios privados de atención a las personas, cuando este sea el caso, mediante fórmulas de pago agregadas, que permitan dar cumplimiento a los planes obligatorios de cobertura, contenidos en los esquemas de seguridad social en salud que estén vigentes.

Estos tres aspectos de la función de aseguramiento suelen estar poco desarrollados en los ministerios de salud de los países de la Región, lo cual plantea una particular necesidad de intensificar tanto las acciones nacionales como la cooperación técnica internacional que permita su avance y consolidación.

#### **2.4 Obligaciones en cuanto a provisión de servicios**

La función sectorial de provisión de servicios de salud por parte de los ministerios de salud es, posiblemente, la que ha experimentado los cambios más pronunciados, en las últimas dos décadas, en los países de la Región. Esto ha ocurrido como consecuencia de dos fenómenos que han acontecido de manera concomitante. Por un lado, como consecuencia de los procesos de descentralización y/o desconcentración de las acciones del sector, particularmente de aquellas que están referidas a la provisión de servicios de atención a las personas. Por otra parte, a causa de la participación creciente del sector privado en la prestación de servicios contenidos en los planes obligatorios de cobertura de la seguridad social en salud.

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

De lo anterior resulta una considerable inadecuación entre las nuevas funciones que en materia de prestación de servicios competen a los ministerios y las estructuras y perfiles profesionales tradicionales que hoy corresponden más bien a las instancias intermedias, locales o regionales que se ocupan de gestionar los servicios. Ante estas tendencias descentralizadas, desconcentradas, regionalmente privatizadas, que hoy

caracterizan a la provisión de servicios, los ministerios necesitan desempeñar las siguientes tareas:

- a) Definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos públicos, descentralizados o desconcentrados, ya sea a través de transferencias directas o por medio de la definición de criterios para la asignación de recursos por parte de los ministerios de economía, finanzas o hacienda;
- b) Armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados del sector en el país;
- c) Definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado y concertar la distribución de competencias entre los distintos ámbitos de la gestión pública;
- d) Brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados para garantizar un proceso fluido en la transferencia de competencias, así como el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones;
- e) Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores;
- f) Establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados.

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

## **2.5 Situación del financiamiento sectorial**

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

La primera tiene que ver con la creación de fondos nacionales autónomos separados de los ministerios de salud, que concentran: las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales; las tributaciones específicas para propósitos de salud, cuando estas existen; y, las aportaciones de trabajadores y/o empleadores, cuando

se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud a las asignaciones generales del Estado para este propósito. Esto puede estar ligado tanto a un esquema único de aseguramiento de carácter público como a esquemas múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas y privadas, ya sea competitivas o complementarias.

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

La tercera está relacionada con la creciente participación de los seguros privados de salud, y de algunas modalidades de prepago de servicios financiados con recursos propios de los beneficiarios, en la composición del financiamiento sectorial global en algunos países de la Región, 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 (servicios públicos no ligados a contribuciones específicas, seguros contributivos de salud de carácter público y esquemas privados de seguro o de práctica prepagada), plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente al financiamiento sectorial.

Esencialmente hacen que recaiga sobre el ministerio de salud la responsabilidad de establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes. Es decir, sitúan a los ministerios de salud como instancias moduladoras y correctoras de las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial, lo cual los obliga a desarrollar una capacidad de vigilancia de estos procesos en sus respectivos países.

### **3. Cooperación de la OPS para el desarrollo y fortalecimiento de la función rectora del sector**

En el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas relativas al desarrollo de sistemas y servicios de salud, y de las acciones de cooperación técnica en apoyo a los procesos de reforma sectorial, la OPS dará, en los próximos años, especial atención al fortalecimiento y desarrollo de la capacidad rectora de los ministerios de salud como componente básico del desarrollo institucional del sector.

Para ello se concentrarán esfuerzos programáticos regionales y de país en actividades dirigidas a:

- a) Construcción, difusión y promoción de un marco de referencia conceptual y operacional del papel rector de los ministerios de salud en el nuevo contexto de la modernización del Estado y la reforma del sector;
- b) Orientación y apoyo técnico para la reorganización y el fortalecimiento institucional de los ministerios de salud de los países miembros, a fin de que puedan desempeñar su papel de entes rectores ante las nuevas realidades sectoriales;
- c) Desarrollo, disseminación y promoción de lineamientos, metodologías e instrumentos específicos para consolidar el desarrollo de las funciones de conducción, de regulación sectorial, de articulación de la provisión de servicios, de vigilancia del aseguramiento y de modulación del financiamiento que competen en la actualidad a los ministerios de salud de los países de la Región;
- d) Difusión e intercambio de experiencias nacionales de desarrollo de las funciones rectoras de los ministerios de salud.

Se espera con ello contribuir a que los ministerios de salud de los países de la Región:

- fortalezcan de capacidad rectora del sector;
- perfeccionen su papel normativo, permitiendo la flexibilidad necesaria para la identificación y solución de los problemas, tanto nacionales como locales, dentro del marco del proceso de descentralización de la gestión de los servicios;
- contribuyan a que la participación social sea un hecho irreversible en la comunidad y en los diferentes organismos relacionados con la salud de nuestras sociedades que conforman el sector salud;
- fomenten y hagan más efectivo el uso de la comunicación social para que se promuevan hábitos y estilos de vida saludables y se prevengan los riesgos contra la salud;
- impriman un carácter técnico, científico e integral a la formulación e implantación de las políticas y servicios de salud pública en las Américas;

- desarrollen políticas que permitan aumentar la equidad en el acceso, uso y financiamiento de los sistemas y servicios de salud, favoreciendo la solidaridad social en la solución de los problemas de salud;
- realicen pronósticos que permitan formular políticas de salud que en su implantación y sus acciones permitan logros sustentables económicamente e irreversibles socialmente;
- favorezcan políticas que permitan el incremento continuo de la calidad total en los servicios para lograr la satisfacción de la población;
- utilicen la investigación como proceso para la toma de decisiones y perfeccionamiento tecnológico del sistema de salud;
- usen el análisis y las tendencias de los problemas de salud para establecer políticas más precisas en busca de la equidad;
- desarrollen la investigación en salud pública, y en especial en servicios de salud, que permita una dirección precisa de las políticas de salud y un desarrollo en busca de la equidad;
- evalúen el nivel de satisfacción de la población con el objeto de vigilar el cumplimiento de las políticas que fortalezcan la función rectora del sector y el necesario espacio político para la búsqueda de financiamiento del sector.
- desarrollen las capacidades de análisis de las demandas y conflictos surgidos desde la sociedad civil y de las respuestas ofrecidas y sus consecuencias en las políticas públicas en salud.

El desarrollo de estas tareas requiere nuevas capacidades profesionales, amplio desarrollo de instrumentos legales que les den fundamento, así como una reorganización de la estructura y el funcionamiento de los ministerios de salud para poder cumplir con dichos cometidos. En muchos de los casos no se trata solo de una reorganización administrativa sino más bien de una reingeniería profunda que requiere fortalecimiento institucional e inversión bien focalizada para poder ser viabilizada.