



Doctorado en Salud Pública

Generación 2009 – 2012

Protocolo de tesis

Elementos facilitadores y obstaculizadores para el uso de la evidencia científica en la toma de decisiones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Michoacán.

Elaborado por

Luz Arlette Saavedra Romero

Matrícula: 2009160009

arlette21@hotmail.com, luz.saavedra@espm.insp.mx

Comité de tesis:

Director:

Dr. Gustavo Humberto Nigenda López, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Asesores:

Dra. Gladys Faba Beaumont, Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Francisco Garrido Latorre, Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño

Dr. Jesús Alveano Hernández, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas,

Octubre 2011

Contenido

1. Introducción	3
2. Antecedentes	6
<i>El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)</i>	6
<i>Régimen Estatal para la Protección Social en Salud (REPSS)</i>	8
<i>Promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades</i>	11
3. Planteamiento del problema	14
<i>Pregunta de investigación</i>	16
4. Marco teórico	17
<i>La Nueva Gestión Pública (NGP)</i>	17
<i>Uso de la evidencia en la toma de decisiones en políticas públicas y programas de salud.</i>	19
<i>Modelo para la caracterización del uso de la evidencia por los tomadores de decisión</i>	21
5. Justificación	25
6. Objetivo	27
<i>Objetivos específicos</i>	27
7. Metodología	27
<i>Tipo de estudio</i>	27
<i>Validación de los instrumentos</i>	28
<i>Fuentes de información: levantamiento, procesamiento y análisis de los datos</i>	29
<i>Descripción del enfoque cualitativo</i>	29
<i>Descripción del enfoque cuantitativo</i>	29
<i>Recolección de datos</i>	30
<i>Procesamiento, organización y análisis de los datos de información</i>	30
<i>Triangulación</i>	33
<i>Temas de investigación</i>	33
<i>Selección de Informantes clave</i>	34
<i>Muestra</i>	34
<i>Técnicas e instrumentos</i>	35
8. Resultados esperados	36
9. Limitaciones del estudio	36
10. Consideraciones éticas	38
11. Referencias	38
Anexos	

1. Introducción

Se constituyó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a partir de la promulgación de la reforma a la Ley General de Salud en el año 2003, teniendo como su brazo operativo el Seguro Popular, el cual inició operaciones como un proyecto piloto durante el año 2001 y 2002¹. La estructura del sistema se basa en el aseguramiento a la población sin seguridad social, para garantizar el acceso a los servicios de salud y protección financiera de los hogares al disminuir el gasto de bolsillo².

La reforma promueve la separación de las funciones rectoras del sistema: el financiamiento, la prestación de servicios y la rectoría, con el fin de lograr equidad y mayor eficiencia. En la rectoría, se fortalece la función de la Secretaría de Salud, que incluye el monitoreo, evaluación del desempeño y regulación del sistema de salud, así mismo, se hace universal el derecho de los ciudadanos al financiamiento público para la protección de la salud, y empodera a los beneficiarios para influir en la prestación de los servicios de salud, además fortalece la oferta del sistema^{3,4}.

Con el SPSS se espera garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de acceder a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para satisfacción integral de las necesidades en salud^{1,5} a través de los siguientes mecanismos: 1. la atención de acuerdo a los servicios y acciones específicas establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); 2. la atención de enfermedades determinadas como catastróficas, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), como el cáncer en los niños y adolescentes; 3. Programa Seguro Médico para una Nueva Generación; 4. El Programa Desarrollo Humano Oportunidades; 5. Estrategia Embarazo Saludable; y 6. El Programa de Cirugía Extramuros.²

En el marco normativo se estipula que para la implantación del SPSS en las entidades federativas se requiere la separación administrativa y de gestión entre la instancia responsable de la prestación de los servicios de salud y la otra que ejerce las funciones de financiamiento y asignación por partidas del

presupuesto por los resultados de estos servicios. Para ello se estableció la creación de los Regímenes Estatales de Protección Social a la Salud (REPSS) como estructuras administrativas encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud, cuyas funciones principales son: la promoción, afiliación y tutela de los derechos de las personas afiliadas; la administración y gestión de los recursos financieros; la compra de servicios a prestadores; y rendición de cuentas⁶.

Los REPSS son la entidad financiadora que compra los servicios de salud a los proveedores públicos por medio de convenios de gestión; y a los proveedores privados con contratos de prestación de servicios. Esta separación de funciones conlleva a un cambio en el entendimiento del financiamiento y asignación del recurso, ya que pasará de la inercia presupuestal basada en el subsidio a la oferta, donde se le transfiere recurso financiero a entidades públicas para prestar servicios de salud independientemente de cantidad, calidad y costo de los servicios; para pasar al subsidio a la demanda, lo que significa asignación presupuestaria per capita para que cada afiliado escoja la entidad pública o privada que quiera utilizar; esto se traduce en el pago por resultados⁷.

El REPSS al ser una unidad administrativa financiadora de la prestación de servicios de salud que normativamente depende de los Servicios Estatales de Salud, conduce al personal de salud al cambio de paradigma de la administración y asignación del recurso financiero, ya que para el funcionamiento y operación se requiere la separación de funciones entre estas dos entidades, el REPSS y los Servicios Estatales de Salud⁷.

La asignación del recurso financiero para los REPSS se define mediante el Anexo IV del Convenio de Coordinación firmado con cada Entidad Federativa, donde se estipula la proporción del recurso financiero que puede ejercer de acuerdo al concepto de gasto establecido en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF)⁸. A partir del 2008 se agrega como concepto de gasto el expendio al menos 20% del recurso financiero transferido por el Gobierno

Federal en intervenciones o acciones en promoción a la salud y prevención de patologías definidas en el CAUSES^{9,10}.

En la toma de decisión se identifican diversos componentes que influyen para determinar sobre una acción u otra, como son los aspectos individuales, el contexto organizacional y político donde se desenvuelve la persona que es responsable de la toma de decisión de las políticas públicas y programas de salud como el REPSS.

Estas circunstancias es lo que enfrenta el personal del REPSS por lo cual necesitará desarrollar nuevas habilidades y competencias gerenciales, como es el uso de la evidencia científica en las políticas o programas de salud, por ser considerada una herramienta que apoya en estructurar, proveer o financiar los servicios de salud¹¹.

Este trabajo pretende identificar los elementos que obstaculizan o facilitan el uso de la evidencia para la determinación de acciones en la promoción y prevención de la salud en el REPSS de Michoacán

El proyecto se integra partiendo de los antecedentes del Sistema de Protección en Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, el planteamiento del problema que se estudiará, el marco teórico conceptual como marco de referencia a partir de la literatura para situar el enfoque teórico y metodológico de la investigación. La justificación, los objetivos del estudio, la metodología que se empleará y los resultados que se esperan obtener; se definen las limitaciones, el cronograma, las consideraciones éticas.

2. Antecedentes

La Reforma a la Ley General de Salud del 2003 surge en respuesta a una rápida transición epidemiológica poblacional en un sistema de salud subfinanciado incapaz de responder a los nuevos retos en salud³. El brazo operativo de la Reforma es el Sistema de Protección Social en Salud¹ y la unidad administrativa encargada de implantar el SPSS en las entidades federativas es el Régimen Estatal de Protección Social en Salud⁶. A continuación se describen los antecedentes más relevantes relacionados a la fundamentación y operación del SPSS y REPSS, y sobre el componente de promoción a la salud y prevención y detección de enfermedades, como parte de las acciones que debe implementar y operar el REPSS.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Con el propósito de evitar el empobrecimiento de la familia y acercar los servicios de salud a aquellas poblaciones que han estado alejadas o excluidas de ellos, se creó en el 2001 bajo el proyecto piloto del Seguro Popular en Salud, un esquema de aseguramiento de carácter público y voluntario, con la finalidad de brindar una gama de servicios específicos a las familias afiliadas. Este modelo de atención y financiamiento de los servicios de salud, se llevó a cabo inicialmente en 5 entidades federativas, ampliándose a 14 entidades en el año 2002, afiliando a un total de 296 mil familias¹².

En el 2003 se aprueba la Reforma a la Ley General de Salud, donde se incorporó la protección social en salud, además de adecuaciones que establecieron las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios, para cumplir el derecho a la protección de la salud de la población sin acceso a la seguridad social^{3,4}.

En el 2005 se incorporó en su totalidad el SPSS en las entidades federativas del país, bajo el nombramiento de los REPSS, los cuales son las unidades administrativas estatales responsables de coordinar la provisión adecuada de servicios a la población afiliada en cada entidad. ⁶

El SPSS funciona mediante un esquema tripartita de financiamiento, en el que se determina una cuota financiada por los Gobiernos Federal y Estatal por cada familia afiliada, y una cuota por parte de las propias familias afiliadas establecida de acuerdo a un estudio socioeconómico y a la determinación de la capacidad de pago. Se encuentran exentos del pago las familias incluidas en los dos primeros deciles de riqueza que corresponden a los más pobres^{6,7,12}.

Para la ejecución del SPSS, se firmó el Acuerdo o Convenio de Coordinación con las 32 entidades federativas, en este documento se establece las obligaciones de ambas partes, incluyendo el apartado de anexos, que tienen una vigencia anual y regulan la operación del Sistema en cada uno de los Estados del país¹³.

Anexo I. Servicios de salud comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

Anexo II. Metas de afiliación anual y trimestral

Anexo III. Recursos presupuestales

Anexo IV. Conceptos de Gasto

Las aportaciones del Gobierno Federal a los Estados se han incrementado anualmente pasando del año 2004 con 3,367.1 millones de pesos, al 2010 con 36,634.3 millones de pesos². Parte de ello, responde a la creciente afiliación, así como la incorporación de intervenciones al CAUSES y al FPGC, el Seguro Médico por una Nueva Generación y Embarazo Saludable. Este aumento presupuestal que se dio a través de los 7 años y en respuesta a recomendaciones externas realizadas a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), originó la implementación de modificaciones en los procesos gerenciales, siendo uno de los más importantes la definición de límites para el gasto de diferentes rubros mediante el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación denominado Concepto de Gastos. Esto se estipula en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) a partir del 2008⁹ donde se indican los procedimientos para ejercer el recurso financiero federal que se proporciona a las entidades federativas: a) hasta 40% para remuneraciones del personal ya contratado e involucrado en la prestación de servicios de atención,

b) hasta 30% para adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos, c) al menos el 20% para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que están en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y las que cubren el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, d) hasta 6% para el gasto operativo y pago de personal administrativo de la unidad de protección social en salud (este apartado en el 2008 se consideraba solo hasta el 3%, aumenta en el 2009 a 6%), y e) destinar recurso para otorgar intervenciones del CAUSES a través del Programa de Caravanas de la Salud¹⁴

Las familias afiliadas al SPSS obtienen beneficios del paquete de servicios identificados en el CAUSES, que comprende las principales intervenciones asociadas a la demanda de servicios en México. Se inició con 243 intervenciones y en la última revisión del CAUSES se identifican 275 intervenciones, que comprenden desde la atención ambulatoria y hospitalaria de medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, servicios pediátricos y geriátricos, servicio de urgencias, exámenes preventivos y medicamentos para cubrir los tratamientos, y odontología⁸. El FPGC financia 49 patologías en los servicios de salud de alta especialidad. El SMNG cubre 128 enfermedades enfocadas a la población pediátrica.^{2,8}

Régimen Estatal para la Protección Social en Salud (REPSS)

La prestación de los servicios del SPSS está a cargo en los servicios estatales de salud, apoyada en la red de los servicios hospitalarios y de unidades de salud. El REPSS es la unidad administrativa encargada de la gestión y administración de los recursos financieros, la promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados, compra de servicios a prestadores, así como la coordinación de prestación de servicios a la población afiliada, y la rendición de cuentas⁴. La creación de esta instancia se deriva de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y los acuerdos de coordinación entre el Gobierno Federal y los sistemas estatales de salud⁴.

Desde la puesta en marcha del SPSS, se han hecho evaluaciones para diagnosticar, monitorear y supervisar las áreas responsables de la operación del sistema con el propósito de redefinir el SPSS y operar procedimientos administrativos más eficientes, estas evaluaciones de los procesos administrativos se realizaron en los años 2007 y 2009^{3,15}.

En la evaluación del 2007⁴ se analizaron los procesos estratégicos en el financiamiento y operación del sistema, asignación financiera, calidad, capacidad gerencial en los componentes sobre: recursos humanos, afiliación, medicamentos, FPGC, separación de funciones y efectos en salud. Se identificó la heterogeneidad de modalidades de estructura y operación de los REPSS, así como de los mecanismos que estos despliegan para la asignación de los recursos y supervisión de las unidades a las que se les destina el recurso financiero. Su estructura y operación de los regímenes es decisión de las entidades e independientemente de su organización jurídica están supeditados a la jerarquía de la secretaría de salud estatal. Es decir, para la toma de decisión de la asignación y distribución de los recursos financieros dependen de la estructura jerárquica de la secretaría de salud del estado.⁴

En la evaluación de los procesos administrativos del SPSS en el 2009, se analizó la estructura de los REPSS, identificando sus fortalezas y debilidades, la afiliación, la compra de medicamentos, el FPGC y la contratación de recursos humanos. Nuevamente se identifica la importancia de la condición jurídica del REPSS, los considerados estructuralmente descentralizados o desconcentrados, presentan mayor autonomía para manejar los recursos y la red de prestadores de servicios de salud.⁷

El recurso financiero es transferido a las secretarías de finanzas estatales, los Estados se responsabilizan del manejo de recursos asignados por el Gobierno Federal para la adquisición de medicamentos, contratación de personal y la prestación de servicios. Este manejo financiero se hace por los REPSS, quienes hacen convenios de colaboración con la estructura estatal de servicios para asignar fondos, e incluso pueden contratar prestadores privados para garantizar la prestación a la población afiliada^{4,7}.

El Gobierno Federal a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, determina a través de los lineamientos que se emanan del ejecutivo federal en relación en como operar los procesos de afiliación, el control de recursos financieros, modelo de atención médica, entre otros⁴⁻⁸.

Aunque existe un marco regulador que define con claridad la naturaleza y las funciones de los REPSS, no hay un lineamiento específico que establezca la forma jurídica y estructura organizacional que deben tener, sino que se respeta la autonomía que tienen los sistemas estatales de salud a partir de la descentralización, por lo cual cada entidad establece la organización jurídica de los REPSS, agrupándolos en tres rubros⁴:

1. REPSS como organismos descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autoridad y capacidad de decisión, autonomía orgánica y técnica respecto a los servicios estatales de salud.
2. REPSS como organismo desconcentrado del gobierno estatal con competencia exclusiva y autonomía técnica, bajo la jerarquía estructural de los servicios estatales de salud. En esta se supone mayor nivel de autonomía para la administración, gestión y evaluación de los recursos distribuidos.
3. REPSS como órganos estructurales de los sistemas estatales de salud, bajo el mando directo de los secretarios de salud. En este se implica que no cuentan con autonomía técnica y operativa para la administración, gestión y evaluación de los recursos

Parte de los propósitos de la separación de funciones del REPSS y de los servicios estatales de salud, es que exista mayor autonomía en la gestión y administración de recursos financieros y la prestación de servicios. Pero se ha identificado que la toma de decisión sobre la distribución y uso de los recursos financieros del sistema, como la decisión de adquisición de servicios se concentra en dos funcionarios de alto nivel directivo, el secretario de salud y el director del REPSS.⁷

En cuanto a la estructura organizacional de los REPSS se propone por el Gobierno Federal tres niveles de funciones: 1. Áreas esenciales, que se

encargan de la afiliación, operación, promoción, administración de bases de datos y atención a población beneficiaria; 2. Áreas de responsabilidad intermedia, que corresponden al control financiero y de crédito y gestión de servicios de salud; y 3. Áreas de desarrollo integral, que refuerza el cumplimiento de las responsabilidades esenciales⁷.

En el programa de acción estratégica del SPSS 2007-2012 se establecen los objetivos, estrategias y acciones que deben implementarse para la organización y planificación de las actividades del sistema en los REPSS. Los objetivos específicos son: 1. Contribuir al logro de la cobertura universal en salud, 2. Lograr que la población afiliada al SPSS tenga acceso efectivo a servicios de salud y 3. Fortalecer y consolidar la operación y la sustentabilidad financiera del SPSS. Una de las líneas de acción del objetivo 2, es impulsar dentro de las intervenciones del CAUSES, SMNG y el FPGC, aquellas que se vinculen con la promoción de la salud y la prevención y detección de enfermedades.¹⁰

Promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades

Desde el 2008 se determinó que al menos el 20% de las aportaciones federales por CS y ASF deben corresponder a la promoción de la salud y prevención de enfermedades⁹, mediante acciones enfocadas a la comunidad^{14,15}. Sin embargo en los reportes y evaluaciones realizadas al sistema, se identificó que la inversión se realiza en recursos humanos, medicamentos, infraestructura, el proceso de afiliación y prestación de servicios, todos estos componentes están orientados a acciones dirigidas a los individuos y no a la comunidad.¹⁵

A partir de octubre del 2010 se puso en marcha el Programa Consulta Segura por parte del SPSS, con la elaboración de un padrón con un registro biométrico (huella dactilar, registro de peso, talla, presión arterial, glucosa y hemoglobina) de los afiliados al SPSS, a quienes se les determinará su perfil de riesgo, lo cual permitirá identificar el perfil epidemiológico y tomar acciones en materia de prevención¹⁶. Con esta estrategia se enfocan las acciones dirigidas a la persona, con la intención que los cambios de estilos de vida individuales

modificarán el desenlace en enfermedad; pero el concepto de salud es más complejo, se reconocen que hay determinantes sociales que influyen en la salud de la población, lo que lleva a por ello se debe trabajar en conjunto con acciones para la promoción de la salud¹⁷ .

La promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud para mejorarla o mantenerla¹⁸, constituye un proceso político y social global, que comprende acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y también las que están enfocadas a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de atenuar su impacto en la salud pública e individual. ^{18,19}. La OMS definió como una de las funciones esenciales de la salud pública, la promoción de la salud, la cual comprende las siguientes acciones²⁰:

- Promoción de la salud en la comunidad y desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana.
- Fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones promocionales, especialmente aquellas que se dirigen al ámbito de la educación formal de jóvenes y niños.
- Empoderamiento de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad y a exigir a las autoridades responsables la mejoría de las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”.
- Difusión de los derechos en salud de la población.
- Colaboración activa del personal de los servicios de salud en el desarrollo de programas educativos en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y cualquier otro espacio de organización social relevante para entregar información sobre salud.

El interés de trabajar en la promoción de la salud como un pilar fundamental de la salud pública de los sistemas de salud, se da por el aumento de las enfermedades no transmisibles y que pueden ser prevenibles. De acuerdo a la OMS, en el 2006 el 36% de la carga de la enfermedad era evitable, en México el dato es similar durante el periodo 2000 – 2004 se presentaron 876,199 muertes evitables, el 38.45% del total de muertes²¹. En un estudio de proyección global de la mortalidad y carga de la enfermedad, se identifica que la mortalidad de las mujeres disminuirá más que la de los hombres, pero las causas de muerte que no disminuirán a nivel mundial en ambos sexos en el periodo considerado de la proyección 2002 – 2020 son por VIH/SIDA, cáncer de pulmón, diabetes mellitus, accidentes de tráfico y violencia. Para la proyección 2002 – 2030 las dos primeras causas de muerte serán la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular. Estas patologías pueden ser prevenidas si se trabaja directamente en los determinantes sociales de la salud.^{22, 23}

En México, la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, bajo el mensaje “modificando los determinantes, mejoramos la salud”, tiene la finalidad de disminuir, mediante medidas anticipadas, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, para modificar los determinantes de salud²¹. Determina la necesidad de incorporar de intervenciones de probada eficacia, para lo cual se requiere la adquisición, análisis, adaptación y aplicación de evidencia científica²⁴. La mayor inversión que se ha realizado por parte del REPSS es el garantizar la atención curativa y resolutive del problema de salud², pero se requiere incorporar la promoción de la salud con intervenciones exitosas apoyadas en la evidencia científica²¹⁻²⁴.

3. Planteamiento del problema

En Michoacán en el 2003 se incorporó el SPSS^{3,4,12}, pero no existen reportes o información publicada sobre su operación en dicho año; en el 2004 se ministró por Cuota Social (CS) y la Aportación Solidaria Federal (ASF) 23.1 millones de pesos, con la meta de afiliación de 10,000 familias, pero el recurso no se ejerció; el 2005 se duplicó el monto presupuestal a \$56.9 millones de pesos con la meta de afiliación de 49,974 familias, se ejerció solo el 1% del recurso el cual se destinó el 100% a contratación de personal de salud, en ambos años no hay datos de cumplimiento de meta de afiliación y no se entregaron reportes de ejercicio de recurso²⁵. Del 2006 no hay información publicada disponible. A partir del 2007 se tienen reportes de gasto de recurso y de población afiliada en la entidad, como parte de indicadores de proceso del SPSS, en el 2007 se transfirió 557 millones de pesos, incrementando anualmente hasta 1,585.7 millones de pesos en el 2010, aumentando asimismo el número de familias afiliadas de 212,946 a 596,960 respectivamente²⁶.

La distribución y asignación del recurso financiero en la entidad se ha realizado conforme a los lineamientos²⁷ que se emitieron para el gasto del recurso al inicio de la implementación del SPSS y posteriormente a los Conceptos de Gasto del Anexo IV determinados en el PEF^{5,6}. En los reportes estatales de los recursos transferido por la CS y ASF en el 2009 y 2010 se documentó que los conceptos del gasto se encontraban dentro de los límites definidos en el PEF²⁸.

La organización jurídica del REPSS en Michoacán es el de un organismo desconcentrado, lo cual implica mayor autonomía en la gestión, administración, y ejecución del recurso financiero⁴. Se identificó en la evaluación del SPSS en el 2007 que las entidades bajo esta condición jurídica, han mostrado falta de definición de las responsabilidades entre el REPSS, los sistemas estatales de salud y los prestadores de servicios, por lo cual la administración y gestión de los recursos continúan bajo el control del secretario de salud⁴.

En las evaluaciones que se han realizado de los procesos financieros, se analizaron los temas de recursos humanos, medicamentos, los gastos de operación del REPSS, el FPGC, afiliación y utilización de los servicios, flujos

financieros desde nivel federal a las entidades, entre otros elementos de importancia en la operatividad del SPSS; pero ha quedado pendiente el análisis de las acciones de promoción y prevención de la salud que se indica en el PEF, el cual representa en el 2010 el 27.8% del gasto total del recurso ministrado de la CS y ASF al Estado, es decir 443 millones de pesos. El cuestionamiento es identificar cómo se realiza la asignación y ejecución de este recurso, bajo dos supuestos: 1. que la condición jurídica del REPSS de Michoacán, es desconcentrada, lo que le confiere mayor libertad para la asignación y ejecución del recurso³ con respecto a los servicios estatales de salud (separación de funciones); 2. el Programa de Acción del SPSS 2007-2012¹⁰, indica que las acciones en este rubro tienen que responder a intervenciones de alto impacto y costo-efectivas.

Se requiere conocer cómo se realiza el proceso de asignación y ejecución del recurso financiero para la promoción de la salud, ya que las acciones que se realicen en la comunidad resultarán una inversión de alto retorno por los beneficios que se logran a largo plazo y de manera sostenida¹⁷. Por ejemplo el trabajar con los determinantes de la salud como son los estilos de vida saludables, se retribuirá en la disminución de personas con patologías que son prevenibles²⁹ como la obesidad, ésta es un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, desde la visión de la promoción de la salud se busca modificar los estilos de vida que condicionan la obesidad como el incremento de la actividad física³⁰. Este tipo de intervenciones impactarán en la población en riesgo, disminuyendo el número de casos que se presenten¹⁹, lo cual conlleva a la disminución de gasto de bolsillo de la persona (propósito del SPSS²) y el costo que implica en las instituciones en brindar atención a las personas con esta patología y sus complicaciones. La mayor inversión actualmente del REPSS es en la atención curativa y resolutoria del problema de salud¹⁷, pero es necesario reforzar la promoción de la salud y prevención de enfermedades con intervenciones que hayan sido efectivas en otros países con condiciones similares a México o del mismo país ¹⁰, adaptándolas a las necesidades y condiciones específicas de la región¹¹.

Por ello es necesario conocer si el personal de salud del REPSS Michoacán encargado de la toma de decisiones para la asignación y ejecución del recurso financiero, determina las intervenciones en el ámbito de promoción y prevención de la salud (de acuerdo al CAUSES y las intervenciones que cubren el FPGC, SMNG y Embarazo Saludable) usando la evidencia científica disponible. Aunque existe una brecha entre el uso de la evidencia en las políticas públicas y programas de salud, se reconoce la necesidad de incentivar el análisis de la información disponible para la toma de decisión, siendo la evidencia una herramienta para organizar, estructurar, proveer y financiar los servicios de salud^{11,31,32}.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los elementos que dificultan o facilitan el uso de la evidencia científica para determinar las acciones de promoción y prevención de la salud, por parte de los tomadores de decisión del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Michoacán?.

4. Marco teórico

El uso de la evidencia científica en la toma de decisiones por parte de las áreas administrativas y gerenciales del sistema de salud, está relacionada con la dimensión racional de la toma de decisión que se basa en el uso de los resultados del conocimiento científico aplicado a la salud³³.

Para la toma de decisión de los formuladores de políticas públicas y programas de salud, se requiere reconocer el contexto organizacional en el que se encuentran, ya que su estructura, normatividad y condición jurídica pueden favorecer o dificultar el uso de la evidencia científica por parte del personal encargado de la toma de decisión. El contexto que sitúa la administración pública de las instituciones de salud en México es el modelo de la nueva gestión pública, el cual es un movimiento que reforma al sector público, basado en el mercado como modelo de relación política y administrativa.³⁴

La Nueva Gestión Pública (NGP)

Este modelo impulsa la desconcentración de las unidades administrativas, con la finalidad de tener mayor flexibilidad en la gestión y administración de recursos humanos, financieros y materiales³⁵. Tiene como fin la mayor eficiencia y la eficacia en los resultados, a través de los valores de referencia de la competencia y la innovación, interactuando el gobierno con los individuos. La NGP postula que las premisas de decisión son centradas en los resultados, mediante la descentralización de los gerentes públicos; teniendo como indicadores de medición la satisfacción del usuario, la calidad y eficiencia en el desempeño.³⁶

La NGP, es identificada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) a través de 8 estrategias

- Devolver autoridad y otorgar flexibilidad, todas aquellas medidas organizacionales – presupuestales que están encaminadas a hacer más eficiente el aparato administrativo. Aquí se refiere a la descentralización de las organizaciones o administraciones públicas, con mayor flexibilidad y facultades decisorias a los gerentes

- Asegurar el desempeño, control y rendición de cuentas
- Desarrollar la competencia y la elección
- Proveer servicios responsivos a los ciudadanos, adaptación de los servicios públicos a las necesidades del cliente – ciudadano
- Mejorar la gerencia de los recursos humanos: vincular el desempeño con la productividad del empleado
- Optimizar la tecnología de la información
- Mejorar la calidad de la regulación
- Fortalecer las funciones de dirección del gobierno central: se provee a los niveles operacionales con un amplio grado de libertad, se busca también que los organismos centrales se enfoquen más en asuntos de estrategias en políticas.

La NGP ha influido en las reformas que se han realizado desde 1990 a nivel mundial y nacional redimensionando el rol del estado (representación ejecutora y operativa en la organización o institución), e identificando características centrales que le dan la particularidad a las organizaciones de cómo se va a conformar su estructura, las relaciones laborales y de servicio, así como de la toma de decisiones de las unidades administrativas. Las características centrales son: la orientación hacia la productividad, el uso de mecanismos de mercado, orientación del servicio, descentralización, orientación de política pública y rendición de cuentas por resultados.^{31,32}

A través de las estructuras administrativas descentralizadas como los servicios estatales de salud y el REPSS en algunos Estados se identifica la relevancia de la autonomía para la toma de decisión en la designación y ejecución de los recursos³⁷. Esta autonomía enfrenta al personal encargado en la toma de decisión en desarrollar nuevas habilidades, una de éstas es el uso de la evidencia científica.

Uso de la evidencia en la toma de decisiones en políticas públicas y programas de salud.

El uso de la evidencia científica en la administración en salud brinda un amplio espectro de posibilidades para organizar, estructurar, proveer o financiar los servicios de salud¹¹. En las últimas dos décadas se ha estudiado la brecha entre los resultados de investigación y su uso en las políticas en salud, con el propósito de que los responsables de las decisiones tengan la mejor información disponible para atender las necesidades de las poblaciones.

Tradicionalmente se muestran los siguientes modelos para el uso de la evidencia científica y las políticas en salud (tomadores de decisión):

Ilustración 1 Modelos de formulación de políticas y el uso de pruebas de investigación

	Nombre	Descripción
1	Modelo basado en el conocimiento	Este modelo sugiere que la investigación emergente sobre un problema social conducirá a la aplicación directa a la política, esta se basa en estrategias efectivas para la transferencia de evidencia científica a la práctica.
2	Modelo de solución de problemas	Se espera que la investigación proporcione la evidencia empírica que ayude a resolver un problema, asume que la evidencia es recopilada de forma sistemática y se aplica en el proceso político.
3	Modelo interactivo	La búsqueda de conocimiento se mueve más allá de la investigación para incluir una variedad de fuentes tales como la política y los intereses, pretende reflejar la complejidad del proceso de formulación de políticas.
4	Modelo político	Los tomadores de decisiones no son receptivos a la investigación a menos que responda a ganancia política, es decir, muestra la prueba para una decisión predeterminada, la evidencia es buscada para justificar el problema.
5	Modelo de la iluminación	La investigación acumulada da forma a los conceptos y perspectivas que permean al proceso político a través del tiempo, influyendo en cómo las personas piensan sobre temas sociales.
6	Modelo táctico	Considera la evidencia utilizada para apoyar y justificar la inacción del gobierno, o el rechazo de un retraso y en el cumplimiento de un asunto político

Fuente: traducido y adaptado por la autora de Bowen S, Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action 2005.

En la ilustración 1, se identifican los modelos de formulación de políticas y el uso de evidencias de investigación. En la actualidad se reconoce a la evidencia

científica como una herramienta para la toma de decisión en las políticas y programas de salud pública, pero para hacer uso de esta herramienta las instituciones u organizaciones en salud deben facilitar la utilización de la mejor evidencia disponible en la planeación y operación de las políticas y programas, además se requiere que los administradores adquieran nuevas competencias profesionales para hacer uso de ella.³⁸

En el análisis de la bibliografía consultada se identifica que para aproximarse a la realidad de esta objeto de estudio se requiere el enfoque en investigación de tipo cualitativo, complementando con aspectos cuantitativo. Además se requiere caracterizar en 3 componentes:

1. El tipo de evidencia que utilizan para la toma de decisión

- Investigación
- Conocimiento e información
- Ideas e intereses
- Política
- Económica

2. Uso de la evidencia científica. Proceso de adopción de la evidencia científica

- Introducción
- Interpretación
- Aplicación

3. Diagnóstico de capacidades para la adquisición y adaptación de evidencia científica

Nivel Individual

- Liderazgo
- Conocimiento y habilidades
- Organizacional/jerárquico

Nivel Organizacional

- Política institucional, procesos y procedimientos
- Recursos materiales, humanos, técnicos y tecnológicos
- Liderazgo del equipo de trabajo
- Conocimiento y habilidad del equipo de trabajo

Nivel del Sistema

- Político
- Económico
- Ideológico
- Valores

Es complejo que los hallazgos de la investigación se traduzcan en políticas y programas, no solo por el lenguaje técnico en el que se maneja, sino por el contexto político y cambiante que depende de una gran variedad de factores, resultados y relaciones por ello la propuesta de un modelo para la toma de decisiones basado en evidencia debe de reconocer y contener estos elementos³⁹.

Los diferentes tipos de evidencia disponibles, su uso en las políticas y propuestas, y las capacidades individuales, organizacionales y del sistema, influenciarán en la práctica de adoptar y adaptar evidencia científica^{35,40,41}.

Modelo para la caracterización del uso de la evidencia por los tomadores de decisión

Un elemento fundamental en la utilización de la evidencia en las políticas y programas es la difusión como el proceso por el cual la evidencia científica es comunicada simultáneamente entre los miembros de un sistema social. La teoría de la difusión nos proporciona el marco contextual de cómo los individuos dentro de una organización reciben, adquieren y adaptan la evidencia; cómo los factores organizacionales obstaculizan o facilitan la adopción o implementación de la evidencia; y cómo los intereses y valores que se manejan dentro de las organizaciones influyen en respuesta a la evidencia y las políticas.^{11,29,42,43,44,45}

La fuente de la evidencia. El uso de la evidencia en la toma de decisión en políticas y programas de salud, reflejan el uso de los diferentes tipos de información en una variedad de formas y fuentes, con lo cual reflejan y responden a la política del contexto. Comúnmente se utiliza en el termino del uso de la evidencia, que la fuente de la evidencia es científica, pero se debe recordar que hay otras fuentes de evidencia que pueden hacer que una política

en salud sea exitosa, paradójicamente esas otras fuentes de evidencia pueden representar un peligro en la implementación de políticas, como lo son los intereses particulares del tomador de decisión ^{11,46}.

El contexto político. Considerar la evidencia dentro del contexto político en el cual se implementará, es crucial para la efectividad de la política o programa de salud. El contexto es el entorno donde la política o el programa será desarrollado e implementado; por ello se tiene que incorporar en el análisis el contexto histórico, cultural, el sistema de salud y los recursos^{35,47}.

Factores a considerar en la toma de decisión. Las decisiones sobre la utilidad de una intervención son basadas frecuentemente en las ventajas, la complejidad, la compatibilidad con los valores institucionales, las experiencias anteriores y el costo. La influencia del nivel individual es la clave para el uso de la evidencia en las políticas y programas, ya que es el individuo quien acepta o rechaza algo nuevo; las decisiones individuales están influenciadas por una variedad de cualidades y capacidades personales, como son los valores, intereses, creencias, liderazgo, experiencia, conocimiento, habilidades, recursos, apoyos organizacionales, trabajo de equipo, redes de trabajo. Adicionalmente los individuos son influenciados por la percepción de beneficio del cambio y por la complejidad de la intervención. Frecuentemente los individuos evitan el cambio, reforzando la inercia organizacional ^{35-37,48}.

La influencia de la organización. El sistema de salud, los grupos de individuos, y la estructura de la organización son parte del contexto organizacional que influye en la toma de decisión.³⁷⁻⁴¹.

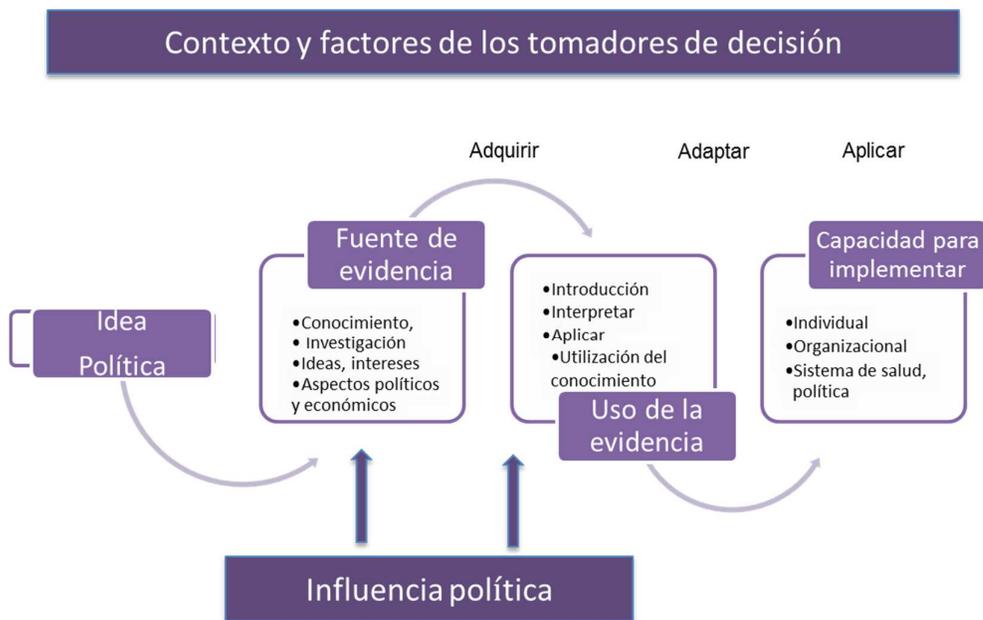
Uso de la evidencia en políticas y programas de salud. Algunos estudios han considerado el entorno político y social en el cual la evidencia es utilizada para formular políticas públicas y programas, ofreciendo una serie de modelos que inician con la identificación del problema, interpretación, solución y aplicación. En los modelos por etapas, se percibe el supuesto que la formulación de políticas y programas basados en evidencia corresponden a un proceso racional, lógico y lineal, esto no es así, ya que la evidencia puede estar en contacto en diferentes etapas del proceso político, y realizar

simultáneamente algunas acciones. Es decir se puede utilizar la evidencia para justificar una intervención ya realizada, o la inacción ante una situación.^{41,49} (ver tabla 1).

Las capacidades para la implementación. La determinación de la capacidad para actuar con evidencia, es un área descuidada por el análisis político y la investigación. Esto existe por la dificultad que hay en la conceptualización y descripción de la capacidad, y consecuentemente en cómo medirlo. Para el propósito de este trabajo, entenderemos la capacidad del sector salud como la habilidad para llevar a cabo los objetivos establecidos, esto es la experiencia y los recursos a nivel individual, organizacional y del sistema para la producción y aplicación de nuevo conocimiento a los problemas de salud. En los niveles individuales y organizacionales, la capacidad es frecuentemente visibles como son las habilidades y competencias, liderazgo, asociación, el desarrollo de apropiada fuerza de trabajo y estructura organizacional, y la habilidad para gestionar y designar recursos. En el nivel sistémico la capacidad se mide en los procesos, las políticas, los políticos y la población.^{36,41,50}

Cuando se maneja el termino de capacidad para el uso de la evidencia, se busca que se tenga capacidad para adquirir, adaptar y aplicar la evidencia en las políticas y programas de salud. Por ello la capacidad es medida o analizada a través de las características mencionadas anteriormente y esquematizadas en la ilustración 2.

Ilustración 2. Modelo para el análisis del uso de la evidencia científica en la toma de decisiones en políticas y programas en salud



Traducido y adaptado por la autora de: Bowen S, Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action 2005.

De estos elementos que conforman el modelo para el análisis de la evidencia científica por los tomadores de decisión, solo se analizará desde la visión de los tomadores de decisión como perciben a la institución, la influencia política en la organización, la estructura y funcionamiento del REPSS, que tipo de evidencia utilizan para su toma de decisión, si usan conocimiento científico cómo lo utilizan en la asignación y administración del recurso financiero.

5. Justificación

La reforma a la Ley General de Salud de donde surge el SPSS⁵¹, fue una política pública nacional realizada a partir de la evidencia científica derivada de estudios nacionales como de bienes públicos globales basados en el conocimiento, lo cual la hace inédita en su formulación⁵², pero esta reforma a la Ley en su aplicación en las entidades federativas donde se lleva a cabo la toma de decisión de los niveles estratégico, operativo y táctico, no se ha identificado el uso de la evidencia científica. El SPSS brinda los elementos normativos generales para el cumplimiento de dicha ley, brindando autonomía a los REPSS en la implementación de estrategias⁵³; una de las funciones primordiales de los REPSS es la gestión y asignación de los recursos financieros. El incremento en el número de familias afiliadas y de la transferencia de recursos de gobierno federal a los Estados, además de evaluaciones externas de los procesos administrativos en la operación del SPSS en las entidades federativas, puso de manifiesto la necesidad de incluir límites en la ejecución del recurso financiero estipulado en el anexo IV del convenio de coordinación. En este sentido se han realizado evaluaciones de la compra de medicamentos, de contratación de recursos humanos, de prestación de servicios externos, de infraestructura, de la capacidad de gestión y administración del REPSS, pero no de la asignación y ejecución del recursos financiero en materia de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades de acuerdo al CAUSES^{4,8}. La promoción y prevención como medidas enfocadas a la preservación de la salud, atiende a los determinantes que influyen en la salud de la población, lo cual tiene alta retribución de la inversión, ya que los resultados van a ser mayores y sostenidos a largo plazo²¹. Es importante identificar, analizar, adaptar y aplicar intervenciones exitosas que puedan ser reproducidas en el contexto particular de Michoacán^{26,27,36,54}. Los resultados de este trabajo están orientados a identificar los elementos que facilitan u obstaculizan el uso de la evidencia científica en la toma de decisión en el REPSS de Michoacán. Por ello los resultados se difundirán en sesión técnica con el personal directivo del REPSS y de la Secretaría de Salud de Michoacán mediante resumen ejecutivo; asimismo, la información se entregará



a la CNPSS. Se diseminará la información con la publicación de dos artículos en revistas de difusión científica nacional e internacional y participación en congresos.

6. Objetivo

Caracterizar el uso de la evidencia en la toma de decisión de la asignación y ejecución del recurso financiero otorgado por el gobierno federal al REPSS en relación a la promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades.

Objetivos específicos

1. Identificar la evidencia que se usa para la toma de decisiones en la asignación y ejecución del recurso financiero.
2. Determinar el proceso de adopción de la evidencia científica en la asignación y ejecución del recurso financiero
3. Realizar diagnóstico de capacidades para la adquisición, adaptación y aplicación de la evidencia científica

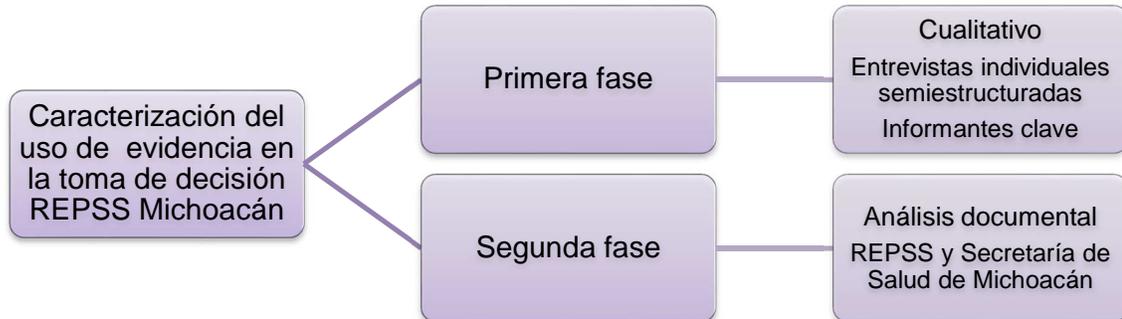
7. Metodología

Tipo de estudio

Se plantea un proyecto de investigación con enfoque cualitativo, ya que con este enfoque se proporciona profundidad a los datos, su dispersión, contextualización del entorno o ambiente, experiencias y percepciones^{55,56} que se requieren identificar y analizar para caracterizar el uso de la evidencia por los tomadores de decisión del REPSS Michoacán.

A continuación se esquematiza el diseño general del proyecto, en la primera se realizarán las entrevista a los informantes clave, complementando esta fase con el análisis documental de proyectos o programas de salud en los cuales estuvieron involucrados los participantes de las entrevistas (ver tabla 1).

Tabla 1 Diseño general del proyecto



1 En la **primera fase** se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas a informantes clave, para caracterizar la toma de decisiones en la administración pública del REPSS, y para identificar los significados o los componentes

2. En la **segunda fase**: se complementará con un análisis documental de los reportes de gasto, programación operativa anual, y programas de salud estatales desde el 2008, los programas de salud a analizar serán aquellos donde estén involucrados en su diseño los participantes de este proyecto.

Validación de los instrumentos

Se realizará una prueba piloto en la Secretaría de Salud de Morelos, con el personal del REPSS y de los servicios estatales de salud. Se requerirá autorización del titular de la dependencia. A partir de la prueba piloto del instrumento, se analizarán los resultados para su adecuación y rediseño con apoyo de un asesor de este proyecto, experto en elaboración de entrevistas.

Fuentes de información: levantamiento, procesamiento y análisis de los datos

	Cualitativa	Cuantitativa
Muestra	Por criterio Bola de nieve	Documental
Técnica de recolección de información	Entrevista semiestructurada	Guía de cotejo
Fuentes	Primaria: Funcionarios federales y estatales del REPSS y la Secretaría de Salud	Secundarias: reportes de gasto, programación anual operativo, programas de salud.
Análisis de información	Uso del Atlas-ti para integración de matrices por cada componente de estudio e informante Selección de significados centrales y secundarios	Análisis documental, identificar recursos financieros designados a acciones de prevención y promoción,

Descripción del enfoque cualitativo

La relevancia de utilizar la metodología cualitativa en la primera fase es que brindará la oportunidad de identificar conceptos, experiencias, significados y percepciones de los funcionarios participantes en la determinación de las políticas públicas y programas de salud, para la caracterización del objeto de estudio. Asimismo con los resultados se buscará relacionar los datos obtenidos para construir una visión general y más detallada del uso de la evidencia y la determinación de estrategias de intervención en promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Descripción del enfoque cuantitativo

Se realizará un análisis documental de los reportes financieros, programas operativos anuales del REPSS desde el año 2008; además de los programas de salud en los cuales estén involucrados en su diseño los participantes del estudio.

Se analizarán los siguientes componentes en los documentos

1. Proporción de la ejecución de recurso financiero por concepto de gasto de acuerdo al anexo IV del PEF, por año

2. Proporción de la ejecución de recurso financiero por acciones o intervenciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades.

3. Número de referencias de artículos científicos por programa de salud de cada participante

Recolección de datos

Se realizarán entrevistas cualitativas semiestructuradas a los informantes clave en sus lugares de trabajo, se concertarán las citas vía telefónica o por correo electrónico. Se pedirá autorización al participante de grabar la sesión por medio del registro de audio digital

En relación al análisis documental se les pedirá a los participantes que les corresponda, la documentación sobre el monto financiero ejercido en el REPSS y los programas operativos anuales a partir del 2008, esto se solicitará a las áreas que los resguarda. Además a todos los participantes se les solicitarán los programas de salud en los cuales estuvieron involucrados en el diseño de los mismos.

Procesamiento, organización y análisis de los datos de información

Respecto a las entrevistas el registro de audio digital, se respaldará mediante un número de folio único para cada participante. Las copias de los archivos se tendrán bajo resguardo de la investigadora principal del estudio y también tendrá acceso a los archivos el director de tesis.

Se transcribirá la información al programa Atlas Ti, que servirá como apoyo para segmentar datos en unidades de significado, codificar datos y relacionar conceptos, categorías y temas. Además se registrarán datos sociodemográficos de cada uno de los participantes, no se registrará el nombre de los participantes para mantener la confidencialidad.

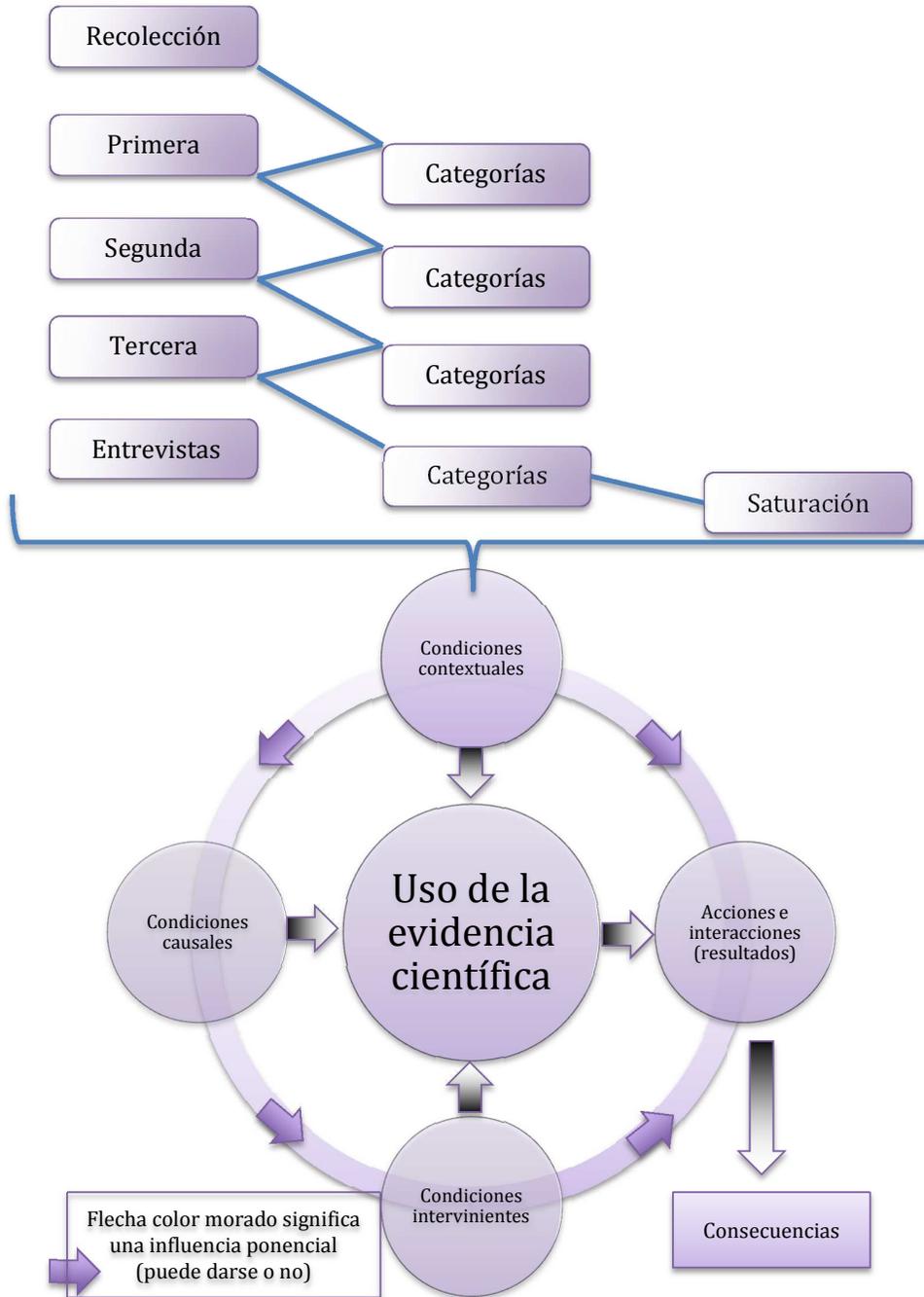
Revisión de los datos, para obtener un panorama general de los materiales.

Se utilizarán técnicas de análisis cualitativo de la teoría fundamentada. 1. primero realizará una codificación abierta, donde se analizará y generará, por comparación constante, en categorías iniciales de significado en base al marco



teórico y la revisión de la literatura. 2. De las categorías codificadas de manera abierta, se organizarán en un modelo de interrelaciones, que es la codificación axial, donde se sistematizará la información, se buscarán similitudes, diferencias y patrones; esto es lo que explicará el objeto de estudio (ver Ilustración 3).

Ilustración 3 Secuencia y producto de la teoría fundamentada



Fuente: Adaptado de Hernández Sampieri R, et al; Metodología de la Investigación Mc Graw-Hill Interamericana 2006, México.

Triangulación

Con la finalidad de aumentar la validez y el rigor de los hallazgos finales se realizará la triangulación en este trabajo. Específicamente se utilizará la triangulación de datos, en la cual se manejarán los diferentes datos que provienen de diversas fuentes de información, es decir, se coleccionará la información de los participantes en los diversos niveles estructurales y organizacionales de la institución,

Temas de investigación

Consta de 3 temas centrales y cada uno se divide en subtemas que se describen a continuación:

Tema	Subtema
1. Tipo de evidencia que utilizan para la toma de decisión	
	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación • Conocimiento e información • Ideas e intereses • Política • Económica • Experiencia
2. Uso de la evidencia científica. Proceso de adopción de la evidencia científica	
	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción del problema de salud • Interpretación de la evidencia • Aplicación de la evidencia
3. Diagnóstico de capacidades para la adquisición y adaptación de evidencia científica	
Nivel Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Conocimiento y habilidades • Recursos • Organizacional/jerárquico • Asociaciones
Nivel Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Política institucional, procesos y procedimientos • Asociaciones con otros organismos o grupos • Recursos materiales, humanos, técnicos y tecnológicos • Liderazgo del equipo de trabajo • Conocimiento y habilidad del

	equipo de trabajo
Nivel del Sistema	<ul style="list-style-type: none">• Político• Económico• Ideológico• Valores

Selección de Informantes clave

Se seleccionarán con base en los niveles de operación. El CNPSS como nivel federal, el REPSS de nivel estatal y su estructura organizacional, así como La estructura de la Secretaría de Salud de Michoacán.

Criterios de selección:

1. Experiencia y conocimiento en el REPSS y la administración del recurso financiero
2. Ser participes en la toma de decisión de la asignación del recurso federal del REPSS, en el nivel normativo, estratégico y/o táctico
3. Disposición a participar

Muestra

Se seleccionarán los siguientes informantes clave:

Nivel federal:

- Director General de Gestión de Servicios de Salud (CNPSS)

Se iniciará con 4 informantes clave de la Secretaría de Salud de Michoacán y 3 del REPSS de la entidad, se complementará con la técnica de muestreo de bola de nieve y se podrán incorporar otros informantes que puedan contribuir a enriquecer el presente estudio con sus aportaciones.

De la Secretaría de Salud

1. Secretario de Salud
2. Asesor del Secretario de Salud
3. Director administrativo
4. Director de Servicios de Salud

Áreas identificadas donde se pueden incorporar participantes:

- Subdirección de servicios de salud, departamentos y responsables de programas de salud
- Subdirección de Planeación y sus jefaturas de departamento
- U otras que indiquen los informantes clave

Del REPSS

1. Director del REPSS Michoacán
2. Subdirector de gestión de servicios
3. Subdirección administrativa

Áreas identificadas donde se pueden incorporar participantes:

- Departamento de garantía al beneficiario
- Departamento de gastos catastróficos
- Departamento de control financiero
- U otras que indiquen los informantes clave

Técnicas e instrumentos

Técnica de recolección de información	Instrumentos	Dirigido a
Entrevista	Guía de entrevista semiestructurada	Informantes clave
Documental	Guía de cotejo	Documentación del REPSS

Población de estudio: funcionarios del CNPSS, REPSS y de la Secretaría de Salud de Michoacán

Lugar: Principalmente en las oficinas del REPSS Michoacán y Secretaría de Salud de Michoacán, en el caso del CNPSS en las oficinas de la Ciudad de México, el levantamiento de la información se hará en las propias instalaciones de los informantes clave.

Temporalidad: 1 noviembre de 2011 a 31 de julio 2012

8. Resultados esperados

Se espera obtener la caracterización del uso de la evidencia científica en la toma de decisiones en la asignación y ejecución del presupuesto transferido por el gobierno federal por concepto de CS y ASF al REPSS.

Identificar los elementos que obstaculizan o facilitan el uso de la evidencia en el REPSS Michoacán

9. Limitaciones del estudio

La disposición y participación de los funcionarios, de acuerdo a sus agendas de trabajo, puede dificultar el desarrollo del proyecto; además el poco tiempo en el que se tiene que realizar, incluyendo las pruebas pilotos de los instrumentos de recolección.

El trabajo del diseño de instrumentos de recolección de datos, la recolección de datos, la transcripción y análisis de la información, se realizará por la autora de este proyecto, pero tendrá asesoría por parte del grupo de lectores y el director de la tesis.

El costo de esta investigación será solventado por la autora del proyecto, por lo cual el presupuesto estará limitado.

Tabla 2 Cronograma de actividades

Actividades	Año 2012																																											
	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio											
	Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana															
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5				
Presentación y defensa de protocolo	■	■																																										
Presentación y autorización con las autoridades de la SSM	■	■																																										
Diseño y prueba piloto de guía de entrevista para funcionarios		■	■	■																																								
Modificación y adecuación de guía de entrevista		■	■	■	■																																							
Agenda de entrevista con los funcionarios					■	■	■	■	■																																			
Transcripción de las entrevistas					■	■	■	■	■	■																																		
Análisis de la información										■	■	■	■	■																														
Análisis documental					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																														
Reporte preliminar de resultados															■	■	■	■	■																									
Revisión por grupo de asesores															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Reporte final																				■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Elaboración de 2 artículos para publicación																									■	■	■	■	■	■	■	■												
Elaboración de síntesis ejecutiva																													■	■	■	■	■	■	■	■								
Difusión																																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

10. Consideraciones éticas

Cada uno de los participantes de las encuestas que se aplicarán, deberá estar enterado y de acuerdo con el uso que se dará a la información. Es importante garantizar la confidencialidad y seguridad de todas las personas incluidas en la investigación. Para ello se ha introducido el tema de consentimiento bajo información, siendo fundamental que el sujeto se encuentre en pleno ejercicio de sus facultades mentales y no debe ser sometido a presión o engaño, siendo que su consentimiento sea expresión máxima de su propia voluntad y libertad. El consentimiento se hará de manera verbal antes de iniciar la entrevista.

Además es responsabilidad y compromiso del investigador de otorgar información fidedigna, desde el momento de la captura de participantes, así como en los resultados reportados del trabajo de investigación

11. Referencias

- 1 Gakidou E., et al. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001 - 2006: un informe inicial. *Salud Pública de México* 2007; vol.49(1):88-109
- 2 Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2010 México DF
- 3 Frenk J., González Pier E., Gómez Dantés O., Lezana M.A., Knaut F.M. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México* 2007; 49 supl 1:S23-36
- 4 González Block M.A., Nigenda López G., Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de Procesos Administrativos. Secretaría de Salud , Instituto Nacional de Salud Pública, 2008 México.
- 5 Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación. 2006, México D.F.
- 6 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación. México, D. F., 5 abril de 2004
- 7 Nigenda López G., et al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México
- 8 Comisión Nacional de Protección Social en Salud, PEF Presupuesto de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, se consultó el 17 de marzo de 2011: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>
- 9 Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Secretaría de Salud 2010. México
- 10 Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012. 2008, Secretaría de Salud México
- 11 Walshe K.; Rundall TG.; Evidence-based Management: from theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly* 2001; 79(3): 429-457
- 12 Secretaría de Salud. Sistema de protección social en salud: elementos conceptuales, financieros y operativos. 2005 México.

- 13 Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Manual de Gestores de Servicios de Salud. Secretaría de Salud 2008. México
- 14 Comisión Nacional de Protección Social en Salud, PEF Presupuesto de Egresos de la Federación 2011, se consultó el 1 de septiembre 2011: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>
- 15 Nigenda López G., et al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México
- 16 Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Presenta el Presidente Calderón Consulta Segura y Entrega Póliza a la Afiliada Número 41 Millones, consultado en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=145&catid=5&Itemid=46
- 17 Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report. World Health Organization 2008, Geneva.
- 18 Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud, glosario. OMS 1998, Ginebra
- 19 Arroyo H. V., Promoción de la Salud. Modelos y experiencias de formación académica – profesional en Iberoamérica. Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud CIUEPS, 2010 Puerto Rico
- 20 Organización Mundial de la Salud, Funciones Esenciales de la Salud Pública, sesión del Comité Regional 2000 OMS/OPS
- 21 Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007 – 2012, Promoción de la Salud. Una nueva cultura. 2008. México
- 22 Mathers CD y Lorcar D. Projections on global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. OMS 2006, Washington EE.UU.A
- 23 Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanas las desigualdades sociales en la Salud, OMS 2007
- 24 Salazar L., Effectiveness of health promotion and public health interventions: lessons from Latin American Cases. Colombia Médica, 2010. vol. 41(1), 85-97
- 25 Bravo M.L., Rincón K.; Sistema de Protección Social en Salud, Evaluación financiera, Secretaría de Salud 2006, México.
- 26 Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2007,2008,2009, 2010, primer semestre 2011. Secretaría de Salud. México
- 27 Secretaría de Salud. Criterios Generales para la Programación del Gasto e Integración de la Información estatal relativa al manejo financiero del SPSS, 2003, México
- 28 Secretaría de Salud de Michoacán, Reporte de ejecución de gasto del Ejercicio de la Cuota Social y de la Aportación Solidaria Federal, 2009, 2010. Morelia Michoacán
- 29 Ziglio E., Hagard S., McMahon L., Harvey S., Levin L. Inversión a favor de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. México D.F. 2000
- 30 World Health Organization/Food and Agriculture Organization. Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. 2002 Suiza
- 31 Guindon GE, Lavis J.L, Becerra-Posada F., Malek-Afzali H., Shi G., C. Ashok K. Yesudian C.A.K., Hoffman S. "Bridging the gaps between research, policy and practice in low- and middle-income countries: a survey of health care providers. ." *Canadian Medical Association Journal* 2010. Vol.10
- 32 González-Block M.A., Mercado F.J, Ochoa H., Rivera H., Idrovo A. "Utilización de la investigación por gestores de salud en México: diagnóstico de la capacidad y propuestas de fortalecimiento." *Salud Pública de México* 2008, vol .50
- 33 Baker GR, Ginsburg L, Langley A. An organizational science perspective on information, knowledge, evidence, and organizational decision-making. *University of Toronto Press* (Lemieux-Charles L, Champagne F, editors), 2004: 86-114.
- 34 López A. La Nueva Gestión Pública: algunas precisiones para su abordaje conceptual. Serie I: Desarrollo Institucional y Reforma del Estado. Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP)
- 35 Guerrero O., Nuevos Modelos de Gestión Pública. Revista Digital Univesitaria. UNAM 2001, vol 2, num 3: 1-8

- 36 Cabrero Mendoza E.; Peña Ahumada J.A. Instrumentos del New Public Management para construir una New Public Governance. El caso de los gobiernos locales en México. *Centro de Investigación y Docencia Económicas* 2006 México.
- 37 Pérez-Núñez R, Arredondo-López A, Pelcastre B. Mechanisms for allocating financial resources after decentralization in the state of Jalisco. *Salud Pública De México*. 2006; 48(2): 127-140.
- 38 Bowen S, Zwi AB. Pathways to “evidence-informed” policy and practice: A framework for action. *PLoS Med* 2(7): e166
- 39 Innvær S., Vist G., Trommald M., Oxman A., Health policy-maker’s perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* Vol 7 No 4, 2002: 239–244
- 40 Waters E., Armstrong R., Swinburn B., Moore L., Dobbins M., Anderson L., Petticrew M., Clark R., Conning R., Moodie M., Carter R. An exploratory cluster randomised controlled trial of knowledge translation strategies to support evidence-informed decision-making in local governments (The KT4LG study). *Bio Med Central Public Health* 2011, 11:34
- 41 Canadian Health Services Research Fundation. www.chsrf.ca/other_documents/working_e.php. (visitado el 25 de mayo 2011).
- 42 Elliott H., Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:461–468
- 43 Gholami J., Majdzadeh R., Nedjat S., Nedjat S., Maleki K., Ashoorkhani M., Yazdizadeh B. How should we assess knowledge translation in research organizations; designing a knowledge translation self-assessment tool for research institutes (SATORI). *Health Research Policy and Systems* 2011 9:10.
- 44 Lavis JA., Oxman AD., Moynihan R., Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 1 – Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science* 2008, 3:53
- 45 Lavis JA., Oxman AD., Moynihan R., Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 2– Survey of organizations that support the use of research evidence *Implementation Science* 2008, 3:54
- 46 Alvaro et al.: Conservation of resources theory and research use in health systems. *Implementation Science* 2010 5:79.
- 47 Trostle J., Bronfman M., Langer a., How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. Oxford University Press 1999, *Health Policy and Planning*; 14(2): 103-114
- 48 Lavis JA., Oxman AD., Moynihan R., Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 3– Interviews with the directors of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science* 2008, 3:55
- 49 Lavis JA., Oxman AD., Moynihan R., Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 4 – Case descriptions of organizations that support the use of research evidence *Implementation Science* 2008, 3:56
- 50 Vargas Riaño E.; Traducción del conocimiento científico en miembros del Sistema Mesoamericano de Salud Pública, Tesis de Maestría en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos México. 2010
- 51 Frenk J, Knaul F.M., Gómez Dantés O., Closing the relevante – excellence gap in health research: the use of evidence in the Mexican health reform. Mimeo. Global Forum on Health Research, 2004
- 52 Knaul, F.M., Frenk J., Horton Richard, La reforma del sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México* 2007; vol 49 (sup 1): 1-4
- 53 Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación. México D.F.; Secretaría de Salud, 2006
- 54 Speller V., Learmonth A., Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. *BMJ* 1997, vol. 315, 361-3
- 55 Amezcua M., Gálvez Toro A.; Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española Salud Pública* 2002, vol. 76: 423-436.