

TITULO

LA FUNCIÓN RECTORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN EL CONTEXTO DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL

NOMBRE

Gaudencio Gutiérrez Alba

Correo electrónico: gaudencio.gutierrez@espm.insp.mx y ggtzalba@hotmail.com

Teléfonos: 7771820820 y 2288525961

PROGRAMA ACADÉMICO

Doctorado en Ciencias en Salud Pública
Área de Concentración Sistemas de Salud
Generación 2009-2012

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Miguel Ángel González Block

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE TESIS

Dra. Hortensia Reyes Morales
Dr. Ruy López Ridaura

Cuernavaca Morelos, junio de 2012

1. Introducción

El sistema público de salud de México está organizado con base en un modelo segmentación de instituciones verticales de financiamiento y prestación de servicios de salud, caracterizado por aquellas de la seguridad social para trabajadores del llamado “sector formal” y las dependientes de la Secretaría de Salud para la población fuera del sector formal. Este sistema público de salud es el resultado de políticas más amplias que favorecieron a los obreros industriales y a los burócratas como grupos estratégicos para el desarrollo nacional, relegando a los campesinos y migrantes internos que se insertaron a la economía informal. Dichas políticas favorecieron también el poder del Estado para controlar los beneficios de la seguridad social mediante grandes sindicatos y organizaciones patronales organizadas por el propio Estado.^{1,2}

El carácter vertical y corporativista del Estado mexicano significó un bajo reconocimiento de los derechos individuales y de las necesidades de salud de grupos específicos de población. La seguridad social instituida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó como financiador y proveedor único y consolidado de servicios de seguridad social, incluyendo los servicios médicos, exclusivos para la población inserta en la economía formal. Por su parte, los servicios de salud a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que fueron dirigidos a la población no derechohabiente se caracterizaron por acciones de asistencia del Estado. En la década de los 80's con la reforma Constitucional y la descentralización los gobiernos de los estados incrementaron considerablemente su influencia, más no así la participación de aquellos grupos de población beneficiarios.^{3,4}

La segmentación y verticalismo del sistema de salud mexicano ha implicado serios problemas tanto a nivel de las instituciones de salud, como a nivel de la población como son: a) duplicidad de infraestructura e ineficiencia en el uso de recursos, b) inequidad de la asignación de recursos públicos; c) **heterogénea calidad de la atención médica** y d) **debilidad en la rectoría del sistema de salud**.⁵

El gobierno federal ha impulsado diversas políticas para la integración del sistema de salud en México para resolver fundamentalmente problemas de eficiencia, de cobertura y, en menor medida, de calidad y equidad. La reforma estructural de los 80 fue un esfuerzo por integrar los servicios de la población no asegurada en el ámbito estatal así como de promover la participación comunitaria y la modernización administrativa⁶. No obstante, persistió la segmentación entre la seguridad social y la Secretaría de Salud,⁷ a la vez que la descentralización y la integración estatal se alcanzaron sólo parcialmente. Administraciones posteriores profundizaron en la descentralización sin atender el problema de la fragmentación y sin conferir mayores derechos a la población.

Con la Administración Federal 2000-2006 se puso mayor énfasis en la gestión de la calidad mediante programas federales de mejora, donde participaron las instituciones públicas así como de la sociedad civil para su vigilancia.⁸ Sobre todo, la reforma de la protección social en salud puso la atención en el financiamiento de nivel federal y estatal por vez primera en la afiliación de amplios grupos de población no asegurada, con la asignación de recursos al Seguro Popular (SP), mediante el cual se incrementó en 143% (de 60.6 a 146.6 mil millones de pesos en el periodo 2000-2010) el gasto federal dirigido a dichos grupos⁹.

El SP significó así mismo un fuerte impulso a la acreditación de la infraestructura de las secretarías estatales en virtud de que habrían de cumplir con estándares mínimos antes de proceder a la afiliación¹⁰ y de la certificación de calidad de establecimientos de atención médica, que implica la evaluación de componentes de estructura, procesos y resultado¹¹. El SP ha impulsado de manera parcial la integración de los proveedores públicos mediante contratos entre los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y proveedores de la seguridad social, específicamente mediante convenios con el IMSS Oportunidades en aquellas comunidades donde no existen unidades médicas de los Servicios Estatales de salud para atender a población afiliada al SP.¹² No obstante, la prioridad ha sido el compromiso político de fortalecer la infraestructura de la Secretaría de Salud.

El financiamiento de Seguro Popular, está preparando el camino para una posible integración funcional, en la medida que establece un fondo a través de un mecanismo que integra diferentes fuentes y con un gasto per cápita que se acerca al de la Seguridad social, ello mediante un financiamiento garantizado por la Ley General de Salud por vez primera en la historia para la población del sector informal así como para los empleados por su cuenta.¹³ Esta arquitectura financiera llevó al incremento ya mencionado de recursos públicos para la población no asegurada y, así, cerrar la brecha del financiamiento.

Antes del SP la diferencia del gasto per cápita entre la seguridad social y la población atendida por las Secretarías estatales era de 2.4 veces y para el año 2008 esta brecha se había cerrado a 1.5 veces.¹⁴ Con ello, la población afiliada al SP por un lado se hace acreedora de mayores recursos e infraestructura, esperando también obtener resultados favorables en la cobertura, la eficiencia y en la calidad de la atención médica; por otro lado la mayor infraestructura de la Secretaría de Salud a nivel estatal y federal se volvió mucho más interesante para las instituciones de seguridad social. Abriéndose así un nuevo capítulo para la integración del sistema de salud a través del intercambio de servicios.

La integración funcional del sistema de salud en México fue propuesta para enfrentar los problemas secundarios a la fragmentación desde la primera mitad de los años 70 al estancarse la expansión de la seguridad social¹⁵; otro intento fue la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República en 1981, pretendiendo identificar los elementos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos de las instituciones públicas en salud para avanzar a la integración funcional.¹⁶

La política de integración funcional recientemente propuesta por la Secretaría de Salud pretende enfrentar las carencias del modelo segmentado, los retos secundarios a la transición epidemiológica y demográfica, proveer protección financiera a la población y garantizar su acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud, facilitar el flujo de recursos financieros entre las instituciones, hacer más eficiente los servicios de salud, incentivar a los proveedores, mejorar su

desempeño y buscar la homologación de estándares de calidad.¹⁷ La integración funcional fue enfocada al intercambio de servicios entre las instituciones públicas. Para ello considera esencial mejorar la calidad al contar en la provisión de servicios con criterios homogéneos de atención con base en las Guías de Práctica Clínica (GPC).

De acuerdo al documento oficial de la SSA “Hacía la integración del Sistema Nacional de Salud”¹⁸, la integración ha sido propuesta en dos grandes pilares:

La portabilidad, concebida como la capacidad de las familias de optar o moverse por una red de proveedores al solicitar servicios de salud previamente acordados, sin importar su derechohabiencia o ubicación geográfica, cuyas herramientas son: el expediente clínico electrónico; el padrón único de beneficiarios y el medio de identificación. En este concepto y bajo convenios interinstitucionales, actualmente se han priorizado problemas como las urgencias obstétricas, donde la embarazada con urgencia obstétrica decide en que institución atenderse independientemente de sus situación de derechohabiencia o geográfica.

La convergencia, dirigida al intercambio de servicios y como principios la homologación de criterios de atención, la eficiencia, el costeo de intervenciones y el aprovechamiento de infraestructura; teniendo como componentes: las GPC; la política de medicamentos e insumos; el plan maestro sectorial de recursos para la salud y la formación de recursos humanos; además en la intersección de ambos pilares se encuentra la calidad y la rectoría.

Así, la presente Administración Federal promueve la integración funcional, ahora dando énfasis al **intercambio de servicios** de alta especialidad entre las instituciones públicas así como en el primer nivel de atención entre el Programa IMSS Oportunidades y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.¹⁹

Un elemento que integra a los dos pilares precedentes fue definido como la conjunción de la rectoría y de la gestión de la calidad médica. Este último tema fue particularmente enfocado para resolver un antaño problema, que sin embargo sólo hasta ahora cobra gran relevancia: el de la heterogeneidad de la calidad en la

prestación de servicios de salud entre instituciones públicas y aun entre proveedores a su interior. La administración actual continuó con los programas de gestión de la calidad de la administración previa, pero puso el énfasis ahora en la implementación de GPC, con las cuales se pretende mejorar la calidad de la atención médica,²⁰ al homologar en las instituciones de atención médica sus criterios de atención, pudiendo disminuir la variabilidad en la toma de decisiones en el ámbito clínico y facilitando el intercambio de servicios de salud.

El Programa de GPC está a cargo del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, ambas dependencias de la Secretaría de Salud, además a través del Comité Nacional de GPC participan las instituciones públicas del sector. Publicándose actualmente 422 GPC mismas que se encuentra en un proceso de implementación en las unidades médicas públicas del sector.

En el contexto de integración funcional, los beneficios que pueda traer el Programa de GPC en la implementación de las mismas, dependerá de la capacidad de la Secretaría de Salud (SS) para alcanzar una integración efectiva del sector. Ello significa, primeramente, la rectoría efectiva de la SS para la formulación de las GPC como herramientas aceptables para todos los jugadores del sistema nacional de salud; en segundo momento, la definición de estrategias para su implementación en centros de salud y hospitales mediante la identificación de barreras y facilitadores en el contexto de aplicación. La aceptación de las GPC dependerá de la confianza que logren muy diversos actores en las mismas y de su pertinencia y aplicabilidad en cada contexto institucional. El fin último de las GPC será homologar los criterios de atención médica en las instituciones públicas del sistema de salud, favoreciendo así el intercambio de servicios.

Por otro lado las GPC operarían de diferente manera en un contexto integrado de proveedores y pagadores, esto es, donde la población goce de libertad de elección de los proveedores y, por lo tanto, donde el financiamiento público siga verdaderamente a los beneficiarios que buscan una mejor calidad médica.

La tesis doctoral evaluará la capacidad rectora de la Secretaría de Salud en los procesos de formulación e identificación de las barreras en los procesos de implementación de las GPC a nivel sectorial, en un contexto de políticas que procuran la mayor integración funcional del sistema nacional de salud.

2. Planteamiento del problema

La organización del Sistema de Salud de México tiene su origen en la Constitución de 1917. El Art. 123 relativo a los derechos de los trabajadores les confiere la protección de la seguridad social con la participación de los empleadores y del Estado. Es hasta 1943 cuando se declara de interés público el establecimiento del IMSS como financiador y proveedor único y consolidado de servicios de seguridad social, incluyendo los servicios médicos. Sólo algunas empresas poderosas retuvieron sus propios servicios médicos, sobresaliendo hasta nuestros días los servicios subrogados de los trabajadores bancarios y los servicios propios de la empresa Cuauhtémoc y Famosa. Esfuerzos de protección social en salud para trabajadores del campo, señaladamente los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, fueron descontinuados. Se privilegió, así, la protección social de la élite obrera urbana y se asignó la responsabilidad de atender a la población rural y del sector informal a la Secretaría de Salubridad y Asistencia creada con este propósito también en 1943.^{21,22}

El sistema de salud segmentado que se consolidó en 1943, fue resultado de la capacidad de negociación fuerte y encaminada a una ayuda mutua entre grupos estratégicos y el Estado mexicano, denominado corporativismo. Bajo este modelo, el Estado formula e implementa políticas sociales como lo son los servicios médicos exclusivos que protegen los intereses de manera independiente y vertical de diversos grupos considerados prioritarios y vinculados con el desarrollo económico nacional.^{1,23}

El modelo basado en el fuerte control Estatal ha mantenido dos grandes segmentos de poblaciones y la coexistencia de organizaciones heterogéneas: las familias insertas en la economía formal con un esquema amplio de seguridad

social bajo la responsabilidad atendidas en su mayoría por el IMSS e ISSSTE. Por otro lado, la población sin seguridad social atendida en su mayoría por la Secretaría de Salud Federal y los Sistemas Estatales de Salud (SESA), que con el Seguro Popular se beneficiaron de mayores recursos públicos y de la garantía de acceso a un paquete integral de intervenciones explícitas.²⁴

Según Londoño y Frenk,²⁵ los sistemas de salud segmentados tienden a fragmentar la función de rectoría, en la medida que cada institución también se financia y es dueña de sus servicios de salud. En México la situación es particularmente aguda en el caso de SESA, los cuales entran en conflicto de interés al ser tanto rectoras como prestadoras de servicios. Por otra parte no se logra identificar un marco jurídico que dé certeza y jerarquía a la Secretaría de Salud sobre las demás instituciones públicas,^{26, 27, 28} las cuales son rectoras de sus subsistemas y son acreedoras de un financiamiento con diferencias importantes sobre la Secretaría de Salud, dando como resultado una función rectora débil. Al actuar de manera independiente, las instituciones tienden a hacer un uso ineficiente de los recursos fiscales, pues planifican su infraestructura de acuerdo a sus propias necesidades. Estos factores llevan, a su vez a la heterogeneidad de la calidad entre las diferentes instituciones e incluso al interior de las mismas.

Las consecuencias de la segmentación pueden apreciarse desde dos perspectivas complementarias: aquella de la población y aquella de los proveedores. Por el lado de la población cabe remarcar que la afiliación a la seguridad social es sumamente inestable en trabajadores de bajos ingreso (representando el 61.5% del total de trabajadores derechohabientes del IMSS), quienes en un periodo de diez años sólo el 49% del tiempo permanecen afiliados al IMSS.²⁹ La falta de respuesta institucional a sus necesidades y la imposibilidad de elegir otro proveedor las expone a pagos múltiples,³⁰ sin aprovechar el beneficio de sus contribuciones. La población queda también expuesta a servicios de calidad heterogénea y a problemas para la continuidad de su atención.³¹ Desde la perspectiva de las instituciones, ante una autoridad sanitaria débil se dificulta la

coordinación y la toma de decisiones sistémicas, resultando en la variabilidad en la calidad al prestar los servicios de salud.

El problema de la heterogeneidad en la calidad está relacionado con una autoridad rectora débil de la Secretaría de Salud, que es el órgano que asume esta responsabilidad y que tiene como consecuencia la deficiencia en la coordinación sectorial y que tampoco ha podido articular e integrar las demás funciones para poder ofrecer servicios de salud de calidad a la población mexicana. Este problema se ha evidenciado recientemente en el reporte del observatorio del desempeño hospitalario 2009, al evaluar la calidad técnica en el IMSS, ISSSTE y SS, a través de rastreadores clínicos como los nacimientos por cesárea, las complicaciones por apendicectomía y por colecistectomía, las complicaciones por neumonía y la mortalidad hospitalaria, entre otros. La medición y comparación de dichos rastreadores demostraron una gran variabilidad entre las instituciones, al interior de ellas y entre las diferentes regiones del país, ver resultados en cuadro 1.³²

Cuadro 1 Desempeño institucional a través de rastreadores clínicos 2009			
	IMSS	ISSSTE	SS
% de partos por cesárea	51%	61%	33%
% de mortalidad en apendicectomías	0.63 %	0.11%	0.27%
Complicaciones por colecistectomías abiertas en SESA			Coahuila: 0.6% Nacional: 1.9% Tlaxcala: 4.5%
Complicaciones por neumonías	4.8%	ND	7.5
Razón estandarizada de mortalidad intrahospitalaria	99	83	104
Fuente: Creación propia a partir de SSA, Reporte del observatorio del desempeño hospitalario 2009.			

Las GPC son un apoyo para mejorar la calidad de la atención y reducir la variabilidad entre unidades médicas de las instituciones públicas del sector. El IMSS respondió en la década de los 80's a la mortalidad infantil mediante la

capacitación de los clínicos y la implementación de algoritmos y recomendaciones para la prescripción médica, dando como resultado una reducción en la mortalidad y una disminución en el mal uso de antibióticos.³³ Esto sugiere que una manera de hacer frente al problema de la calidad es poner al alcance de los clínicos herramientas que contengan intervenciones caracterizadas por su eficacia y eficiencia basadas en la mejor evidencia científica, ayudando así a los clínicos a tomar las mejores decisiones y disminuir la variabilidad clínica.

La difusión de las GPC en países en desarrollo motivó la elaboración de instrumentos metodológicos para estandarizar su formulación e implementación. Estas herramientas fueron elaboradas por un amplio grupo tanto de instituciones académicas como por organismos productores de GPC, que ofrecen una metodología rigurosos a la vez que participativa para elaborar, implementar y evaluar las GPC existentes, son un referente que cubre las necesidades en cada una de las etapas del proceso de elaboración.^{34,35} Sin embargo la experiencia internacional ha demostrado que la sola publicación y distribución de las GPC no es sinónimo de que éstas serán utilizadas por los clínicos, la implementación es un proceso complejo y cuyo éxito sólo se alcanza en un 40% de acuerdo a investigaciones relacionadas con la implementación de intervenciones en salud,³⁶ ya que durante la elaboración e implementación de las GPC se pueden presentar múltiples barreras u obstáculos a diferentes niveles. La experiencia sugiere que es determinante para una implementación efectiva una excelente calidad de las GPC y las acciones y estrategias que se planeen durante la implementación, que dependerán principalmente de desempeño que tenga el órgano rector durante todo el proceso, desde la formulación hasta la implementación.^{37,38} Cabe resaltar que para un Programa Nacional de GPC como el que actualmente se está efectuando en México, la calidad de las guías estará determinada por la capacidad de lograr una integración efectiva de las instituciones públicas del sector, para formular e implementar las GPC a nivel sectorial.

La metodología para el desarrollo de Programas de GPC pudieran incidir en su calidad y efectividad ya que su apego permitiría diseñar guías de alta calidad y al

mismo tiempo trasladar las recomendaciones al quehacer cotidiano de la práctica médica. Estas metodologías ponen énfasis a vincular la formulación de las GPC con el contexto de aplicación a fin de anticipar las barreras y plantear solucionarlas, de tal manera que la elaboración e implementación sea simultánea y no secuencial.

En México, las GPC han sido lideradas por la Secretaría de Salud en el contexto de buscar la integración funcional del sector. El principal responsable de la formulación de las GPC ha sido el CENETEC y la responsabilidad de implementarlas a nivel sectorial es la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES); por lo tanto el CENETEC, la DGCES y el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica son los responsables a partir del 2007 de la priorización de los temas de las GPC, de establecer los lineamientos metodológicos para la elaboración, actualización, integración, difusión e implementación en las unidades médicas. Ello mediante la coordinación y colaboración de las instituciones públicas del sector salud, de manera tal que la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad rectora de una integración efectiva en la elaboración e implementación de las GPC, esto es, elaborar e implementar un conjunto de guías únicas a nivel de todas las instituciones públicas del sector salud.

El Programa de GPC en México ha logrado a la fecha la formulación y validación de 422 GPC en dos modalidades: guías de referencia rápida y guías de evidencias y recomendaciones. Las GPC han sido puestas a disposición mediante el Catálogo Maestro de GPC y desde abril de 2011 se dio la instrucción para su implementación de todo el conjunto de GPC en las instituciones públicas de salud, mediante un proceso de difusión, capacitación, implementación y seguimiento.

Un reciente informe de la evaluación en la formulación e implementación de las GPC, ha evidenciado que dichos procesos tienen avances importantes pero heterogéneos en los SESA; además a nivel sectorial cada una de las instituciones públicas a su interior define sus propias estrategias de implementación, otro problema encontrado es que el número de GPC formuladas en la modalidad interinstitucionales fue muy limitado y por último no existen un seguimiento del

avance en la implementación de las GPC a nivel sectorial.³⁹ El origen de dicha problemática puede estar en una rectoría limitada que no ha coordinado efectivamente los procesos de formulación e implementación a nivel sectorial.

Para la Secretaría de Salud el Programa Nacional de GPC pretende ser una estrategia para la integración funcional del sector salud, al homologar los criterios de atención médica entre instituciones, dando mayor certeza a los compradores, a los proveedores y a los pacientes; además pueden ser una herramienta esencial en la formación y en la educación médica continua. La política busca también la vinculación de las GPC con otros componentes de la integración funcional, como el expediente clínico electrónico, la compra consolidada de medicamentos al crear un cuadro y catálogo de medicamentos sectorial.⁴⁰

El problema principal que se investigará en esta tesis doctoral es evaluar la capacidad rectora de la Secretaría de Salud para coordinar la participación interinstitucional en la formulación e implementación de las GPC en un contexto de segmentación del Sistema de Salud si bien matizado por políticas tendientes a la integración funcional. La tesis pretende identificar las principales barreras y áreas de oportunidad para la rectoría y predecir el mejor escenario que favorezca una formulación e implementación exitosa de las GPC en primer y segundo nivel de atención de las tres principales instituciones públicas del Sistema de Salud.

La capacidad rectora en el contexto de GPC, estará dado por el grado en que la SSA logre formular cada una de las GPC con la participación de las diferentes instituciones públicas y la implementación de las GPC en todos los contextos de las instituciones públicas de salud, dicha capacidad rectora se evaluará a través de las dimensiones de rectoría: coordinación, capacidad de respuesta a las necesidades de salud mediante políticas, conducción sectorial con la participación y orientación en consenso, establecimiento de lineamientos y la priorización.

Preguntas de investigación

- A. ¿Cuenta la Secretaría de Salud con suficiente capacidad rectora para lograr que las GPC sean ampliamente implementadas por las instituciones públicas, pese al modelo segmentado del sistema?
- B. ¿La implementación de las GPC en los servicios médicos logra superar las barreras institucionales a la vez que aprovechar las oportunidades para la integración funcional?

3. Objetivos

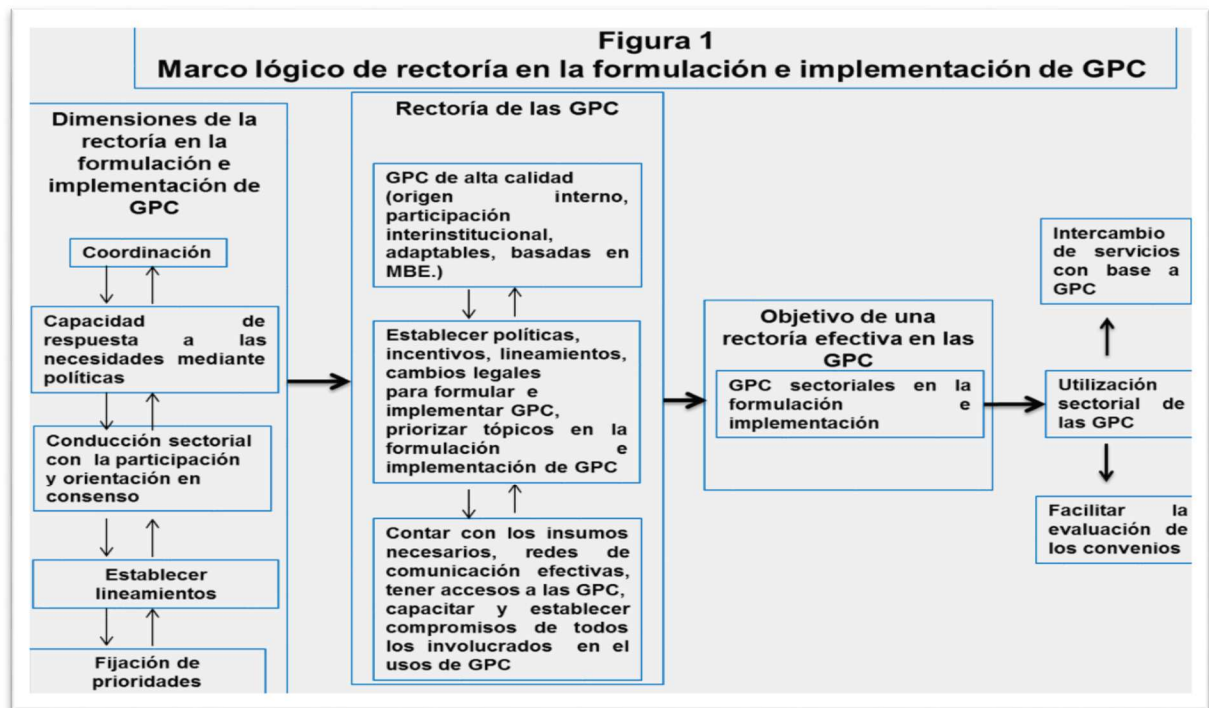
Objetivo General

Evaluar la capacidad rectora de la Secretaría de Salud Federal para la formulación e implementación de las GPC del tópico de DM en las instituciones públicas de salud en el contexto de segmentación del sistema y de los esfuerzos para superarla.

Objetivos específicos

1. Identificar y analizar las dimensiones de rectoría que ha ejercido la Secretaría de Salud a través de sus instituciones federales al buscar una integración efectiva en los procesos de formulación e implementación de las GPC de DM a nivel sectorial, en el contexto de la segmentación del sistema de salud y de las políticas de integración funcional.
2. Jerarquizar y relacionar las barreras y las oportunidades a la implementación efectiva de las GPC en unidades de primer y segundo nivel de atención del IMSS, del ISSSTE y de la SS.
3. Formular recomendaciones para la rectoría efectiva de la formulación e implementación de las GPC.

En la siguiente figura podemos identificar el marco lógico de rectoría en la formulación e implementación de GPC.



4. Marco conceptual

4.1 Investigación de la rectoría en la formulación de las GPC

Musgrove y González Block definieron la integración funcional como un sistema de salud que opera como si fuera único para sus diversos actores, a pesar de estar conformado por organizaciones independientes para su financiamiento, prestación y rectoría de la atención de la salud.⁴¹

Las GPC son “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionando las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud”⁴², por lo que su uso dará una mayor calidad en la atención médica, al disminuir la inapropiada variabilidad en la práctica clínica al tratar de homologar sus criterios para la atención médica en las instituciones de salud.

Las GPC en el marco de la integración funcional, pueden mejorar la percepción del sistema segmentado al homologar en todo el sector público los criterios de

atención médica. El programa de GPC al promover la formulación y la implementación sectorial es por sí un factor de integración funcional promovido por el ente rector.

La formulación e implementación exitosas de las GPC en el conjunto de instituciones y al interior de las mismas llevaría a brindar seguridad y confianza a los actores. Ello principalmente mediante la vinculación inter-institucional, en la medida en que se les comprenda como estándares científicamente fundamentados y por lo tanto ampliamente aceptables para orientar la calidad y la efectividad de los servicios de salud. Los pacientes podrían así aceptar con mayor confianza que fueran referidos por su institución de adscripción primaria a otra que estuviera en mejor posición para ofrecerle servicios de salud, ya fuera por su especialización o por su cercanía. Los **compradores** de servicios médicos, por su parte, tendrían mayor certeza para celebrar convenios con proveedores de diferentes instituciones públicas y privadas. Los **compradores** de insumos podrían coincidir en compras consolidadas en torno a un cuadro básico apegado a las GPC. Los **proveedores** de servicios médicos tendrían una herramienta para promover la práctica profesional con estándares sectoriales a la vez que estarían más dispuestos a referir pacientes a otras instituciones que cumplan con estándares reconocidos. Las GPC podrán ser instrumentos útiles en la homogeneización de la calidad, en la formación de los recursos humanos de áreas clínicas y en la educación médica continua.

La formulación de las GPC tiene como sustento metodológico la evidencia de mejor calidad científica mediante la técnica de revisión sistemática.⁴³ El sustento de gestión está dado por la rectoría efectiva, definida como la capacidad de lograr la participación interinstitucional y de todos los actores involucrados, de manera que considere sus recursos, necesidades y prioridades así como la identificación y solución de las barreras potenciales a la implementación efectiva y relativamente uniforme en todas las instituciones del sistema de salud. La investigación ha demostrado las bondades de diversos instrumentos metodológicos para mejorar el apego de las GPC a la mejor evidencia científica. Así, la acción rectora para la

formulación consiste en buena medida en lograr la más amplia participación de las instituciones en torno a la identificación de las bases científicas de las GPC.⁴⁴

La rectoría sobresale al actuar como función integradora del sistema de salud, permitiendo coordinar y conducir las demás funciones, función responsable del desempeño global del sistema, de establecer las reglas del juego, vigilar su cumplimiento, es una función que debe recaer en el Estado. La rectoría debe ser una función sólida, es necesario precisar el marco legal, los actores y definir las funciones que le corresponden al órgano rector.⁴⁵

La OMS, define a la rectoría como la capacidad del Estado para tomar responsabilidades por la salud y el bienestar de la población, conducir con liderazgo el sistema de salud en su totalidad.⁴⁶

La función rectora en el contexto de GPC en México, debe estar orientada a una integración efectiva, **definida como la capacidad rectora para formular e implementar guías a nivel sectorial (únicas con la participación de todos los actores e implementadas en todas las unidades de salud de las diferentes instituciones públicas de salud).**

A través de tres marcos conceptuales que se presentan en el cuadro 1, hemos identificado las siguientes dimensiones de la rectoría: la coordinación; la capacidad de respuesta a las necesidades de salud mediante políticas; la priorización, el establecimiento de lineamientos y la conducción sectorial mediante la participación y orientación en consenso. Dichas dimensiones serán de utilidad al evaluar la capacidad rectora de la SS al formular e implementar GPC a nivel sectorial.

Cuadro 1 Marcos conceptuales de la función de rectoría		
Un marco para evaluar el desempeño de los Sistemas de Salud.(Christopher Murray y Julio Frenk)	OPS. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria	Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. (SameenSiddiqi et ál.)
Funciones correspondientes a la Rectoría en cada uno de los marcos teóricos		
Establecer las reglas del juego: Establecer los lineamientos para todos los actores. Diseño del sistema de salud global: Formulación de políticas, articulación de funciones, en general la organización de todas las funciones del sistema de salud. Evaluación del desempeño: Consiste en dar orientación estratégica y garantizar las reglas de juego teniendo como fin último el de evaluar el desempeño de las demás funciones. Fijación de las prioridades: Establecer prioridades de forma global. Promoción intersectorial: Participación activa de otros sectores mediante la generación de políticas encaminadas a lograr los objetivos sanitarios. Reglamentación: Incluyendo la reglamentación sanitaria de bienes y servicios (alimentos) y la reglamentación de la atención sanitaria. Protección del consumidor: La heterogeneidad en la prestación de servicios de salud hace necesario establecer las reglas del juego para todos los actores en pro de la protección del consumidor.⁴⁷	1. Conducción Sectorial: Consiste en orientar todo el sector salud, incluyendo instituciones y grupos sociales para cumplir la Política Nacional en Salud 2. Regulación: Diseño y cumplimiento del marco normativo sanitario para proteger y promover la salud. 3. Modulación del Financiamiento: Mejorar el financiamiento como función, con la finalidad de asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud. 4. Garantía del aseguramiento: Garantizar la cobertura de servicios de salud de acuerdo a las necesidades de salud de la población. 5. La Armonización de la Provisión: Encaminada a promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente. 6. La ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESPs).⁴⁸	Visión estratégica: Perspectiva amplia y a largo plazo sobre la salud, con un sentido de dirección estratégica en su desarrollo. Participación y orientación en consenso: Participación activa de la sociedad, basada en la libertad de asociación, expresión, y de manera constructiva, para llegar a consenso amplio sobre lo que es en el mejor interés del grupo y, cuando sea posible, en la implementación de políticas de salud y procedimientos. Estado de derecho: Asegurar el derecho a salud. Transparencia: Basada en el libre flujo de información para comprender y controlar los asuntos de salud. Capacidad de respuesta: Asegurando que las políticas y programas respondan a las necesidades de salud. Equidad e inclusión: Hombres y mujeres con igual oportunidades en salud. Eficacia y eficiencia: Producir resultados que satisfagan las necesidades, haciendo el mejor uso de los recursos. Rendición de cuentas: Por parte del Gobierno, el sector privado y organizaciones de la sociedad civil que participan en la salud Inteligencia e información: Esenciales para una buena comprensión del sistema de salud. Ética: en la prestación de servicios y en la investigación.⁴⁹

No es posible identificar estudios que aborden la temática de la rectoría ejercida por la autoridad de salud en la formulación e implementación de GPC con un enfoque de integrar el sistema de salud, en ningún país del mundo. Sin embargo, algunos estudios han evidenciado una heterogénea calidad en su formulación y en la implementación han reconocido las potenciales barreras y facilitadores.

En el año 2003 se realizó una comparación de 18 Programas de GPC de países del norte de América, de Europa, Australia y Nueva Zelandia, encontrando similitudes y diferencias importantes, la similitud a destacar entre los programas es

que los principios de Medicina Basada en Evidencias (MBE) son el principal sustento de las GPC y las mayores diferencias se presentan en el proceso de difusión e implementación que está relacionado con la organización del sistema de salud, los tópicos contenidos en las guías, los responsables de los programas de guías, así como a factores políticos y culturales⁵⁰.

En Cuba en el año 2011 se evaluaron un total de 377 GPC producidas en ese país, basándose en el AGREE como instrumento de evaluación; cuyos resultados evidenciaron una gran heterogeneidad de la calidad de las guías, ya que muchas guías no están sustentadas en MBE, no se elaboran por equipos interdisciplinarios, no toman en cuenta al pacientes, no tenían declaración de conflicto de interés, entre otros problemas.⁵¹

4.2 Investigación de la implementación de las GPC

La implementación de intervenciones en salud es un proceso social que se entrelaza con su contexto y comprende un conjunto de procesos destinados a que la intervención –en este caso las GPC- sea usada dentro de una organización, vinculando el conocimiento con el quehacer cotidiano de la práctica médica. La implementación debe provocar un proceso de transición durante el cual el usuario blanco incrementa su habilidad, consistencia y se comprometen en el uso de la intervención⁵². La implementación de las intervenciones incluye la difusión, la capacitación y la adopción.

En cuanto a la implementación de guías, hay un conjunto de investigaciones que se han centrado en estudiar las barreras y los facilitadores, dichas barreras las podemos delimitar en dos niveles: A nivel de los usuarios se han identificado barreras como la actitud de los médicos, falta de conocimientos para interpretar la literatura científica, la falta de acuerdos, un bajo nivel de autoeficacia, poca expectativa a los resultados y la dificultad para superar la inercia en la toma de decisiones.^{53,54} A nivel del contexto organizacional, se han evidenciado obstáculos destacando: la falta de estímulos por el apego a las GPC, la falta de tiempo tanto para consultar la guía como para su aplicación, rigidez del proceso de gestión del

conocimiento, la orientación de las guías a la contención de costes y la poca flexibilidad de las mismas, así como temor a problemas legales, la falta de programas de educación médica continua, poco acceso a las guías, falta de recursos materiales, falta de liderazgo efectivo, entre otras barreras.^{55, 56,57}

El Marco consolidado para la investigación de implementación (CFRI por sus siglas en inglés)⁵⁸ es una herramienta basada en una revisión sistemática de investigación de implementación de intervenciones sociales, este CFRI identificó las principales redes de determinantes en la implementación de intervenciones en salud, lo que permite generar hipótesis en torno a factores que favorecen u obstaculizan la implementación de intervenciones. Estas determinantes se hicieron con base a sistemas de salud de múltiples países, lo cual puede generar ventajas o desventajas para su adaptación en el sistema de salud de México.

La implementación de intervenciones de salud pueden encontrar múltiples obstáculos en: el comportamiento de los usuarios de la intervención, en los pacientes, proveedores, directivos y tomadores de decisión. La evaluación del proceso de implementación puede revelar dichos obstáculos en contextos específicos con la finalidad de enfocar las acciones para optimizar los beneficios de la intervención, prolongar la sostenibilidad y para promover la implementación a escala. El CFRI permite no sólo mejorar la adopción y puesta en marcha de las intervenciones que funcionan, sino también identificar dónde y por qué funcionan o no.

En el Anexo 1 se detallan los cinco dominios en los que enfoca el CFRI.

5. Hipótesis

La Secretaría de Salud tendrá una buena capacidad rectora en los procesos de formulación e implementación de las GPC, en la medida que ejerza de manera efectiva las dimensiones de rectoría durante estos dos procesos.

Sustento:

1. **Dominio “Características de la intervención”.** La función rectora para implementar las GPC se dificultará si los actores perciben: que en la elaboración el origen de las GPC es externo, que las GPC fueron sustentadas en evidencias de mala calidad, si los actores no perciben una ventaja al usar las guías, además se dificultará si los actores perciben que las GPC tienen poco poder de adaptación, de pilotarse y un alto costo al tratar de implementarlas en las unidades médicas.

2. **Dominio “Contexto externo”.** La función rectora se dificultará si actores del sistema de salud ponen barreras en la implementación al no establecer lineamientos metodológicos para la formulación e implementación de las mismas a través de un programa, si existe poco involucramiento de actores claves para su promoción e implementación, él no otorgar incentivos que promuevan el uso de las GPC, no implementar los cambios políticos y legales para usar las GPC en todas las instituciones públicas del sector y finalmente se dificultará si no se priorizan los tópicos tanto en la formulación como en la implementación de GPC.

3. **Dominio “Contexto interno”.** La función rectora en la implementación se dificultará si en las unidades de salud faltan redes de comunicación efectivas, si los usuarios tienen una actitud negativa al uso de las GPC y perciben poca necesidad al uso de las mismas, también se dificultará dicha función ante la ausencia de recursos disponibles para la implementación de las GPC, otros obstáculos se presentarán cuando exista poco compromiso de los directivos de las unidades en la implementación, así como la falta de capacitación y acceso de los usuarios a las guías y finalmente la función rectora se dificultará si la unidad médica tanto estructuralmente como organizacional presenta una gran complejidad.

4. **Dominio “Características de los individuos”.** La función rectora en la implementación de las GPC se dificultará cuando a nivel de los individuos éstos tengan poco interés, desconocimiento de las GPC, así como apatía, poca habilidad al uso de las guías y finalmente la función rectora se dificultará si los individuos presentan un pobre sentido de pertenencia con la institución donde laboran.

6. Metodología

6.1 Diseño del estudio

Se evaluará la formulación e implementación de las GPC en las instituciones públicas del sistema de salud de México mediante un diseño de casos múltiples, los cuales serán comparados para derivar inferencias y contestar las preguntas de investigación. Un diseño de caso múltiples se define como el conjunto de varios casos únicos a la vez, estudiando en cada uno la realidad que se desea explorar, describir, explicar, evaluar o modificar, es un estudio intensivo de varios casos que permite el desarrollo de ciertas explicaciones en un marco representativo de un contexto más general.⁵⁹

A continuación se describen los casos múltiples para cada uno de los objetivos específicos de la presente investigación.

Objetivo 1

Un primer conjunto de caso múltiples consistirá en evaluar las dimensiones de rectoría en los procesos de formulación e implementación de diferentes GPC, seleccionadas por sus características contrastantes desde el punto de vista clínico, de salud pública y de autoría institucional. Ello para identificar el grado al que la naturaleza misma de la GPC se relaciona con la capacidad rectora. Se considerarán el conjunto de GPC relacionadas con el tema de Diabetes Mellitus (ver anexo 2). Los casos serán cada una de las instituciones rectoras que participan en la formulación e implementación de las guías, de la SSA (CENETEC y la DGCES), del IMSS (la División de excelencia clínica de la Dirección de Prestaciones Médicas) y del ISSSTE (la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria), que serán analizados de manera sistemática cualitativamente y cuantitativamente en cada una de las dimensiones de rectoría y relacionarlas a la naturaleza de la GPC.

Objetivo 2

Un segundo conjunto de casos dará cuenta de las barreras y oportunidades en la implementación de las GPC, que se identificarán a través de los diferentes dominios de CFRI. Para ello se seleccionará para el primer nivel de atención, la GPC de “Diagnóstico, Metas de Control Ambulatorio y Referencia Oportuna de Diabetes tipo 2” y para el segundo nivel de atención la guía de “Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Crónica en Adultos”; las unidades de primer y segundo nivel serán de las instituciones de la SSA, IMSS e ISSSTE de la entidad de Morelos, la cual se ha identificado como una entidad con mayor grado de avance en la implementación de GPC de acuerdo a una evaluación previa⁶⁰ y la ciudad donde se levantará la información será Cuernavaca, porque se localizan las tres instituciones públicas de salud y unidades de primer y segundo nivel de dichas instituciones; el tópico de Diabetes tipo 2 se justifica porque las GPC de dicho tópico, dan toda una gama de variabilidad al haber sido formuladas por diferentes instituciones públicas del sector y entonces se presenta el reto de su implementación a nivel sectorial. Si en alguna unidad seleccionada, no se ha priorizado la implementación de alguna de estas dos GPC, entonces se identificarán las barreras y oportunidades en la implementación de otra GPC del tópico de diabetes que si se ha implementado.

6.2 Universo de estudio

Objetivo 1. El universo de estudio serán las dependencias rectoras del Programa Nacional de GPC del sistema de salud: CENETEC y la DGCES de la SS, del IMSS la División de excelencia clínica de la Dirección de Prestaciones Médicas, y del ISSSTE la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria. Las unidades de observación al interior de estos casos serán: los documentos oficiales que sustenten la formulación e implementación de las GPC, el conjunto de GPC del tópico de Diabetes (anexo 2), los funcionarios federales de las tres instituciones previamente mencionadas, que tengan como funciones la coordinación de la formulación e implementación de GPC y finalmente, se entrevistará a un autor o a un coordinador que participó en la formulación de una de las cuatro GPC

previamente identificadas del tópico de Diabetes, cuya autoría son las instituciones de SSA, IMSS, ISSSTE y DIF (ver anexo 3).

Objetivo 2. El universo de estudio serán los Servicios de Salud del Estado de Morelos y las delegaciones del IMSS e ISSSTE, las unidades de observación al interior serán los encargados a nivel estatal de la implementación de las GPC y a nivel de las unidades de salud, será una muestra por conveniencia de las unidades de atención médica de primer y segundo nivel de atención de las tres instituciones, que de acuerdo al nivel estatal darán un panorama de las unidades con un mayor avance en la implementación de las GPC, teniendo como unidades de observación: en el primer nivel el Director de la unidad y a médicos usuarios de las GPC; en el segundo nivel al Director médico, al jefe del servicio de medicina interna, al jefe de enseñanza y médicos usuarios de las GPC; para el primer nivel se enfocará en la implementación de las GPC de “Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de diabetes tipo 2” y para el segundo nivel de atención la GPC de “Diagnóstico y tratamiento de la peritonitis infecciosa en diálisis crónica en adultos”. Ello con el fin de identificar las características de la rectoría para una enfermedad cuya prevalencia de adultos en México es de 14.42%⁶¹ y que podría ser también representativa en su manejo de otros problemas crónico degenerativos. No obstante, las inferencias se limitarán a la GPC de diabetes.

6.3 Muestreo (selección de casos o selección de unidades de observación y muestreo)

Objetivo 1. Se observará al conjunto de actores clave en el proceso de formulación al más alto nivel en la SS, en el IMSS y en el ISSSTE. Los informantes claves, reúnen esta categoría por sus conocimientos en el tema, por su experiencia y por su ubicación estratégica en la institución. Se excluirán a los actores de los servicios de salud de PEMEX, SEDENA y Marina por considerar que son de menor tamaño. Los informantes al más alto nivel serán el Director, el coordinador del tópico de Diabetes del CENETEC y de la el Director de la DGCES que pertenecen a la SSA, los funcionarios de IMSS serán el Coordinador de la

División de Excelencia Clínica de la Dirección de Prestaciones Médicas y del ISSSTE el Subdirector de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria.

Objetivo 2. El Estado de Morelos se ha seleccionado por ser una de las entidades con mayor avance en la implementación de las guías, tomando como base una evaluación realizado por el INSP con anterioridad. Dicho estudio evaluó el nivel de implementación en los SESA, a través de los siguientes cuatro criterios: 1. El número de sesiones impartidas por la DGCES para la difusión de GPC; 2. El número de sesiones para la difusión con carácter sectorial; 3. El número de sesiones para la capacitación en GPC; 4. El número de acciones impartidas por los SESA en la capacitación del su personal.

La ciudad de Cuernavaca se ha seleccionado por que en la misma ciudad o de manera cercana se encuentran unidades de primer nivel de atención y hospitales de segundo nivel de las tres instituciones seleccionadas. El propósito de esta selección es controlar por factores sociales y geográficos en la implementación sectorial. Esto es, descartar que la distancia fuera un factor para la falta de rectoría en la integración de la formulación e implementación de las GPC. Una ventaja secundaria consistirá en reducir los costos de la investigación.

A nivel estatal se entrevistará al funcionario o funcionarios encargados de la implementación de las GPC en su entidad de cada una de las tres instituciones antes señaladas, quienes nos referirán a las unidades de primer y segundo nivel como se señaló anteriormente. En las unidades médicas los actores claves que se entrevistarán serán, a nivel hospitalario el Director médico de cada unidad, el jefe del servicio de medicina interna, el jefe de enseñanza, el médico líder a nivel de la unidad, con mayor conocimiento de la GPC, autoeficacia y que sea usuario de las GPC, ubicado por el jefe del servicio. Para el primer nivel de atención, se entrevistará al Director de la unidad y a médicos usuarios de las GPC con las mismas características de líderes, alto conocimiento, autoeficacia y que sea usuario de las GPC.

En el cuadro 2 se identifican los actores claves a entrevistarse, por niveles institucionales y niveles de ubicación

Cuadro 2 Número de actores claves por institución y niveles organizacionales					
Institución	Número de actores por nivel				
	Federal (Directores y coordinador de las GPC	Estatad	Nivel de atención de la unidad médica		Total
			Primer nivel	Segundo nivel	
SSA	4	1	2	4	11
IMSS	2	1	2	4	9
ISSSTE	2	1	2	4	9
DIF	1				1
Total	9	3	6	12	30

6.4 Operacionalización

Objetivo 1, a continuación en el cuadro dos y tres se operacionalizan las cinco dimensiones rectoras (coordinación, capacidad de respuesta a las necesidades de salud mediante políticas, conducción sectorial mediante la participación y orientación en consenso, establecimiento de reglas de juego y la fijación de prioridades) que serán evaluadas en los procesos de formulación e implementación de las GPC coordinados por la Secretaría de Salud.

Objetivo 2, En el cuadro cuatro se operacionalizan los cinco dominios del Marco consolidado de la investigación de la implementación, donde se observan las variables e indicadores que se utilizarán para identificar las barreras en el proceso de implementación de las GPC a nivel de los servicios de salud, mismos cuadros que servirán para la realización de los instrumentos de recolección de información.

Cuadro No 3 Operacionalización de la función rectora en la formulación de GPC				
Dimensiones de la rectoría	Definición conceptual	Definición operacional	Variable	Indicador
Coordinación	Orientar al sector salud con una visión de generar y conducir un cambio favorable en el Sistema de Salud.	Conducir al sector salud hacia una integración efectiva para la formulación de GPC.	Integración sectorial para la formulación de GPC.	a) Número de GPC con autoría interinstitucional. b) Número de GPC con validación interinstitucional. c) Número de GPC obligatorias para la referencia/contrareferencia. d) Número de GPC que enfatizan dentro de sus objetivos disminuir la variabilidad clínica.
Capacidad de respuesta a las necesidades de salud mediante políticas.	El grado al que las políticas y programas respondan a las necesidades de salud de la población y de los recursos humanos en salud.	Establecer congruencia entre los problemas que se pretenden resolver con los tópicos de las GPC.	Congruencia entre las necesidades de los servicios de salud y los temas abordados en la formulación de las GPC	a) Número de GPC que responden a problemas de variabilidad clínica. b) Número de GPC que responden a intercambio de servicios. c) Número de GPC que responden a las necesidades de los usuarios y de los pacientes.
Conducción sectorial mediante la participación y orientación en consenso.	Promover la participación activa de la sociedad, al elaborar programas en el sistema de salud.	Promover la participación sectorial y de la sociedad en general en la formulación de GPC.	Formulación interinstitucional de GPC. Formulación multidisciplinar. Formulación con participación de la sociedad civil.	-Número de GPC formuladas de manera sectorial. -Número de grupos que elaboraron las GPC con integrantes de diferentes disciplinas. -Número de GPC donde los autores representan las diferentes instituciones donde se implementarán. -Número de GPC donde participaron usuarios potenciales, ONG y pacientes.
Establecer las reglas de juego	Establecer lineamientos metodológicos para todos los actores del sistema de salud durante la elaboración programas de salud.	Establecer lineamientos metodológicos para la formulación sectorial de GPC.	Lineamientos sectoriales en la formulación de GPC.	-Número de GPC basadas en MBE. -Número de GPC completas y flexibles -Número de GPC con estructura y lenguaje sencillo. -Número de GPC cuyo contenido contempla un plan de implementación -Número de GPC cuyos procesos de formulación e implementación se realizaron de manera simultánea.
Fijación de prioridades	Priorizar los problemas a resolver produciendo resultados que satisfagan las necesidades.	Priorizar los problemas que se pretenden resolver al formular las GPC.	Identificar en qué medida se priorizó: La variabilidad clínica. La necesidad de los usuarios potenciales (RH en salud). La necesidad de los pacientes. La integración funcional (intercambio de servicios).	Número de GPC cuyo objetivo fue resolver el problema de variabilidad clínica Número de GPC cuyo objetivo de formulación fue una responder a una necesidad de los clínicos o de los pacientes. Número de GPC que tuvo como objetivo facilitar el intercambio de servicios de salud.

Cuadro No 4 Operacionalización de la función rectora en la implementación de GPC				
Dimensiones de la rectoría	Definición conceptual	Definición operacional	Variable	
Coordinación	Orientar al sector salud con una visión de generar y conducir un cambio favorable en el Sistema de Salud.	Conducir al sector salud a una integración efectiva en la implementación de GPC.	Integración sectorial en la implementación de GPC.	Los lineamientos de implementación contienen: -los responsables del proceso de implementación a nivel institucional -indicadores de monitoreo y evaluación -estímulos por la implementación de GPC -modificaciones jurídicas o legales del sistema de salud -presentan estrategias de implementación. -la implementación de las GPC a nivel sectorial forman parte de los requisitos para el intercambio de servicios. -se busca la vinculación con otros componentes de integración funcional.
Capacidad de respuesta a las necesidades de salud mediante políticas.	Establecer políticas y programas que respondan a las necesidades de salud y de los recursos humanos en salud.	Establecer una congruencia entre los problemas que se pretenden resolver con los tópicos de las GPC que se están implementando de manera prioritaria.	Congruencia entre las necesidades de los servicios de salud y los temas abordados en la implementación de las GPC	Número de GPC cuya implementación se está priorizando por responder a una necesidad de magnitud de morbilidad o mortalidad, de política de intercambio de servicios, de variabilidad clínica o de necesidad de los clínicos.
Conducción sectorial mediante la participación y orientación en consenso.	Promover la participación activa de la sociedad, al elaborar programas en el sistema de salud.	Promover la participación sectorial y de la sociedad en general al implementar las GPC.	Inclusión sectorial y participación social en la implementación de GPC	Número de instituciones del sector salud que participaron en la elaboración de los lineamientos del proceso de implementación de GPC a nivel sectorial. Existe intercambio de experiencias exitosas al implementar las GPC nivel sectorial. Existe una retroalimentación de la implementación
Establecer las reglas de juego	Establecer lineamientos metodológicos para todos los actores del sistema de salud durante	Establecer lineamientos metodológicos para la implementación de	Lineamientos sectoriales en la implementación de GPC.	Número de GPC que contienen las instrucciones para su uso. Número de GPC donde se identificaron posibles barreras de implementación, se solucionaron o se

Cuadro No 4 Operacionalización de la función rectora en la implementación de GPC				
Dimensiones de la rectoría	Definición conceptual	Definición operacional	Variable	
	la elaboración programas de salud.	las GPC a nivel sectorial.		dan recomendaciones para superarlas. Número de GPC disponibles en formato y estilo adecuado para los usuarios. Número de estrategias de implementación, dónde se considera a los actores líderes para promoverlas. Número de eventos académicos (congresos, seminarios, simposios, etc.) dónde se evaluaron las GPC.
Fijación de prioridades.	Priorizar los problemas a resolver produciendo resultados que satisfagan las necesidades.	Priorizar la implementación de GPC de acuerdo a las principales necesidades a satisfacer.	Priorización en el proceso de implementación de GPC a nivel sectorial.	Número de GPC donde se prioriza: La necesidad de los usuarios. La necesidad de los pacientes. La variabilidad clínica. La integración funcional (intercambio de servicios).

Cuadro No 5			
Operacionalización de las barreras de la rectoría en la implementación de GPC			
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Dominio 1 Características de la intervención			
Origen de la GPC	Percepción por parte de los actores sobre el origen de la intervención.	Percepción del origen de las GPC por parte de los sus usuarios en las unidades médicas.	Número de usuarios que perciben las GPC de origen interno.
Calidad de la evidencia	Percepción por parte de los actores sobre la calidad de la evidencia donde se basa la intervención.	Percepción de la calidad de la evidencia de las GPC por parte de sus usuarios en las unidades de salud.	Número de usuarios que perciben de buena calidad la evidencia de las GPC.
Ventaja relativa	Percepción de una ventaja clara por parte de los actores al usar la intervención.	Percepción de que el uso de las GPC les da una ventaja a sus usuarios potenciales en las unidades de salud.	Número de usuarios que perciben que el uso de las GPC les brinda una ventaja en la prestación de servicios de salud.
Grado de adaptabilidad	Percepción de que la intervención puede adaptarse o ajustarse a nivel local.	Percepción de que la GPC puede adaptarse o ajustarse a la unidad de salud.	Número de usuarios que perciben que las GPC pueden adaptarse a su unidad médica.
Probarse o pilotarse	Percepción de que la intervención puede probarse a pequeña escala.	Percepción por parte de los usuarios de que las GPC pueden probarse en la unidad de salud antes de usarse.	Número de usuarios que perciben que las GPC pueden pilotarse antes de ser usadas.
Complejidad	Percepción de que la intervención es compleja	Percepción por parte de los clínicos de que el uso de las GPC en las unidades médicas es complejo	Número de usuarios que perciben una sencillez usar las GPC,
Calidad de diseño y empaquetado	Percepción de los usuarios de que la intervención es de calidad, tiene buena introducción, tiene buena presentación y esta accesible.	Percepción de los clínicos sobre la calidad, introducción y disponibilidad de las GPC en la unidad médica.	Número de usuarios que perciben que las GPC tienen buena calidad y buena estrategia de introducción en sus unidades de salud.
Costo	Percepción de los usuarios de que la implementación de la intervención traerá algún costo.	Percepción por parte de los usuarios de que la implementación de las GPC trae algún costo para las unidades médicas.	Número de usuarios que perciben que el uso de las GPC tiene un bajo costo.
Dominio 2 Contexto externo			
Recursos y necesidades del paciente	La intervención debe estar dirigida a satisfacer una necesidad de la población, previa identificación de las barreras y facilitadores.	Las GPC deben estar dirigidas a resolver una necesidad de la población así como identificar las barreras y/o facilitadores tanto en la formulación e implementación de las GPC en todas las instituciones públicas de salud.	Número de GPC que responde a necesidades de variabilidad, mortalidad y morbilidad. Número de GPC donde se identifican barreras y facilitadores tanto en la formulación como en la implementación de las mismas.
Cosmopolitismo	Grado en que una organización está vinculada con otras organizaciones externas.	Grado en que la referencia/contrareferencia entre unidades médicas institucionales o interinstitucionales tiene como requisito básico la implementación de las GPC.	Número de GPC cuyo uso es un requisito para referir o contrareferir pacientes a nivel sectorial.

Cuadro No 5			
Operacionalización de las barreras de la rectoría en la implementación de GPC			
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Presión en grupo	Es la presión por competencia para la implementación de una intervención	Es la presión ejercida por los actores clave, unidades de salud e instituciones para que a nivel sectorial se implementen las GPC.	Número de acciones de presión en grupo que promueven la implementación de las GPC.
La política exterior y los incentivos	Son las estrategias externas para difundir las intervenciones, incluida el impulso político, los mandatos externos, la regulación, las recomendaciones, los lineamientos, la evaluación comparativa y los incentivos.	Son las estrategias realizadas por la Secretaría de Salud para difundir las GPC a nivel sectorial, los lineamientos para la implementación en todo el sector y los incentivos utilizados.	Número de estrategias utilizadas para difundir e implementar (impulso político, lineamientos, recomendaciones, evaluación, incentivos) las GPC a nivel sectorial.
Dominio 3 Contexto interno			
Características estructurales	Es la arquitectura social, la edad, madurez y tamaño de la organización donde se implementará la intervención	Son las características estructurales de las unidades de salud donde se implementarán las GPC, como son la centralización o descentralización, la complejidad de acuerdo al nivel de atención, al número de camas censables, al número de núcleos básicos, si son rurales o urbanos, etc.	Identificar qué características institucionales estructurales y organizacionales de las unidades de salud favorecen o dificultan la implementación de las GPC. Centralización/descentralización. Complejidad/nivel de atención número de camas, especialidades, número de NB, rural o urbano.
Redes de comunicación	Son las redes de comunicación presentes en el contexto donde se implementara la intervención, y que permite coordinar los departamentos, una buena comunicación entre los individuos, la definición de funciones de trabajo en equipo, la comunicación de los objetivos, entre otros.	Es el plan de comunicación utilizado a nivel federal, estatal, jurisdiccional y al interior de la unidad médica para la difusión e implementación de las GPC.	Identificar si existe un plan de comunicación para la difusión e implementación de GPC: Tiene mensajes claros (objetivos). El plan o los planes están estandarizados. Las acciones y responsables están bien definidos. La periodicidad de los mensajes y la comunicación son los adecuados. El medio por el cual se transmiten los mensajes son los adecuados. Existe un seguimiento a nivel federal, estatal, jurisdiccional.
Atmosfera de implementación	Es la capacidad de asimilar un cambio, caracterizada por la receptividad de los individuos y los incentivos para motivar la implementación	La receptividad que tienen los usuarios de las GPC vistas como herramienta que promueve un cambio en sus decisiones clínicas.	Identificar cuál es la actitud hacia las GPC por parte de los clínicos, medible a través de: Número de usuarios que perciben que en su unidad de salud existe mala calidad técnica y que el uso de las GPC

Cuadro No 5			
Operacionalización de las barreras de la rectoría en la implementación de GPC			
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
			contribuye a mejorar el problema. Número de usuarios que percibe que las GPC son coherentes con los principios, valores y objetivos de la institución. Número de usuarios que perciben que la implementación de las GPC tiene alta prioridad para la institución. Número de individuos que perciben incentivos relacionados al uso de las GPC. Número de individuos que perciben que los objetivos de implementación están establecidos, se persiguen y se evalúan los logros. Número de individuos que perciben un compromiso y participación por parte de los directivos para la implementación de las GPC. Número de individuos que perciben que existen los recursos necesarios para implementar las GPC. Número de individuos que perciben acceso a capacitación y educación para la implementación de las GPC.
Dominio 4 Características de los individuos			
Conocimientos y creencias acerca de la intervención	Conocimiento y manejo hábil por parte de los individuos de la intervención.	Conocimiento y manejo hábil por parte de los clínicos hacia las GPC	Número de clínicos que conocen las GPC, su manejo, sus ventajas y si las han adoptado en la práctica.
Autoeficacia	Capacidad individual para aceptar y usar las intervenciones.	Capacidad por parte de los clínicos para aceptar las GPC, para usarlas y para mejorar la calidad de la atención médica	% de los clínicos han aceptado y utilizan las GPC como herramientas para disminuir la variabilidad clínica y que son capaces de compartir públicamente la información.
Identificación individual con la organización	Percepción de los individuos con la organización donde laboran	Percepción de los clínicos con la unidad de salud donde trabajan,	Número de clínicos con alto sentido de pertenencia con la unidad de salud donde trabajan.
Dominio 5 proceso de implementación			
Planificación	Implementación de la Intervención planificada a través de un programa	Programa de implementación de las GPC científicamente planificado con los	Identificar si existe un programa de implementación a nivel sectorial, a nivel

Cuadro No 5			
Operacionalización de las barreras de la rectoría en la implementación de GPC			
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
	donde se establecen las tareas y responsables.	elementos esenciales que conduzcan a una implementación efectiva en todo el sector.	institucional, a nivel estatal y a nivel de la unidad de salud y si contiene los objetivos, las tareas y los responsables del proceso de implementación.
Poder de atracción	Capacidad de atraer a los individuos adecuados e involucrarlos en el proceso de implementación.	Capacidad que han tenido las diferentes instituciones y unidades de salud para que los clínicos líderes o con una gran trayectoria y jerarquía, sean promotores para que sean usadas las GPC por sus colegas.	Número de estrategias de implementación que involucran a actores claves como médicos líderes de la institución o de la unidad de salud.
Ejecución y evaluación	Evaluación de implementación dirigida a evaluar la calidad del proceso (el uso de la intervención apegada a tiempos, objetivos, fidelidad y progresividad de la implementación). La implementación requiere un proceso	Evaluaciones de la calidad del proceso de implementación dirigidas a observar el grado de apego de los usuarios a las recomendaciones emitidas en las GPC, el cumplimiento con los tiempos, los objetivos y la progresividad de la implementación	Número de evaluaciones que evalúan el grado de apego a las recomendaciones emitidas en las GPC, el cumplimiento de los tiempos establecidos, los objetivos y la priorización de los tópicos de las GPC y cuáles han sido los resultados, las recomendaciones y el seguimiento de las recomendaciones.

6.5 Técnicas de recolección de datos

Objetivo 1. Se realizará una revisión documental de fuentes secundarias y obtención de información de fuentes primarias, de la siguiente manera:

1. Revisión documental de las fuentes secundarias, incluyendo toda la información oficial que dé cuenta del diseño general del Programa Nacional de GPC, de los lineamientos metodológicos establecidos para la elaboración e implementación de GPC en el contexto de integración funcional del sistema de salud; dicha revisión documental estará orientada mediante una matriz de indicadores basados en los cuadros 2 y 3 que evalúe las dimensiones rectoras en la elaboración e implementación de GPC.

2. Se hará recolección de información de fuentes primarias, mediante la técnica de entrevistas a profundidad de informantes claves principalmente funcionarios federales de la Secretaría de Salud, destacando los responsables de coordinar la elaboración e implementación de GPC (CENETEC y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud), del IMSS serán los funcionarios de la División de excelencia clínica de la Dirección de Prestaciones Médicas, del ISSSTE los funcionarios de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria y finalmente a un autor o coordinador del DIF, IMSS, ISSSTE y SSA que participó en la formulación de una de las cuatro GPC del tópico de Diabetes (anexo 3); las guías de entrevista estarán orientadas a evaluar las dimensiones de rectoría en la elaboración e implementación de las GPC y la información documental será observada con base en una guía de análisis de contenido, la cual especificará las variables e indicadores basados de los cuadros 2 y 3.

Objetivo 2. La recolección de la información será a través de entrevistas a profundidad de informantes claves en los servicios de salud de las tres instituciones públicas de salud antes señaladas. Las guías de entrevista estarán orientadas a obtener información sobre las barreras en el proceso de implementación de GPC en las unidades de salud, basadas en las variables y los indicadores del cuadro No 4, relacionados con los cinco dominios de CFRI.

La presente investigación se realizará tomando como base la siguiente tabla, donde se observa la metodología, su descripción y la unidad de observación.

Cuadro No 6		
Metodología, y unidad de observación por objetivo de investigación		
Objetivo	Metodología y descripción	Unidad de observación
Identificar y analizar las acciones que ha ejercido la Secretaría de Salud al buscar una integración efectiva en los procesos de formulación e implementación de las GPC a nivel sectorial en el contexto de la fragmentación del sistema nacional de salud y de las políticas de integración funcional.	1. Cualitativa/ cuantitativo. Entrevistas a funcionarios federales (SSA, IMSS e ISSSTE); autores o coordinadores de las cuatro GPC del tópico de Diabetes y revisión de documentos oficiales para conocer las acciones rectoras y su medición a través de los indicadores previamente señalados. Cualitativo: durante las entrevistas y revisiones documentales se obtendrán datos cualitativos (número de GPC con autoría interinstitucional, etc.)	1 Unidad de observación: a) Funcionarios federales. b) actores o coordinadores de las GPC del tópico de Diabetes c) Documentos oficiales. d) El conjunto de GPC del tópico de Diabetes Mellitus.
Jerarquizar y relacionar las oportunidades y las barreras a la implementación efectiva de las GPC en unidades de diverso grado de complejidad del IMSS, del ISSSTE y de la SS.	3. Cuantitativo/ cualitativo. Se realizarán entrevistas a los encargados del proceso de implementación y usuarios de las GPC en las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención, para identificar las barreras y las estrategias de superación durante la implementación de las GPC. Cuantitativo: Existen varios indicadores cuantitativos que se obtendrán durante las entrevistas, además de los actores claves se obtendrán datos sociodemográficos.	2. Unidad de observación: a) Funcionarios estatales c) Directores y mandos medios de las unidades de salud. d) Usuarios de las GPC b) Documentos oficiales.

6.6 Análisis de los datos

Objetivo 1: Una vez que se tenga toda la información tanto de las fuentes primarias como secundarias, se procederá a evaluar el nivel de efectividad en la rectoría de la SS en la formulación e implementación de las GPC a nivel sectorial. La evaluación se hará para cada una de las cinco dimensiones propuestas: coordinación, capacidad de respuesta a las necesidades de salud mediante políticas, conducción sectorial mediante la participación y orientación en consenso, establecimiento de las reglas de juego y fijación de prioridades, dicha evaluación

se hará midiendo las cinco dimensiones de rectoría previamente mencionadas a través de sus indicadores propuestos en las tablas 2 y 3, de tal manera que se dará un valor cuantitativo a cada dimensión de rectoría para evaluar el grado de integración efectiva que han tenido las dependencias de la SS en formular e implementar las GPC a nivel sectorial en cada uno de las dimensiones propuestas; el análisis de los datos cualitativos se realizará mediante los siguientes pasos: Separación de unidades que consiste en la segmentación de los datos obtenidos de los informantes claves relacionados con los criterios temáticos; la categorización y la codificación de los datos propiamente dicha a través de las dimensiones de rectoría; la síntesis y agrupamiento de los datos estrechamente relacionados.

Objetivo 2: El análisis de la información estará orientado a identificar en qué grado la función rectora en la implementación de las GPC del tópico de Diabetes Mellitus se dificulta o facilita en la medida que se realicen de manera efectiva las cinco dimensiones de rectoría y se identifique y superen las barreras a través de los cinco dominios de CFRI; de tal manera que se tratará de identificar si existe una relación entre el grado de implementación de las GPC en la unidad y la superación de dichas barreras, medido a través de los indicadores propuestos en la tabla 4; además se analizará la manera en que fueron superadas dichas barreras.

6.7 Cronograma de actividades

Cronograma de actividades													
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Octubr e	Noviembr e	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Envío de protocolo a jurado													
Correcciones propuestas por el jurado													
Elaboración instrumentos de recolección de información													
Defensa de protocolo													
Identificación de entidad y unidades de salud													
Evaluación de instrumentos ante la Comisión de ética													
Corrección de instrumentos													
Prueba piloto													
Cartas de presentación del alumno													
Trabajo de campo													
Captura e integración de base de datos													
Análisis de datos													
Redacción e integración de artículos													
Titulación													
Reunión comité de tesis													

6.8 Consideraciones éticas

Se ha considerado entrevistar a un promedio de 39 actores claves de las tres principales instituciones del sector salud, de los niveles federal, estatal y de las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención como se demuestra en el siguiente cuadro:

Una vez identificados los funcionarios federales y estatales, se pedirá a través de la Dirección y/o la Coordinación del Centro de Investigación de Sistemas de Salud del INSP su apoyo para contactar a los informantes, solicitar su participación y para dirigirles una carta de presentación del alumno.

Previo a la entrevista de los informantes claves, se solicitará el consentimiento verbal, previamente se informará el objetivo del proyecto y los procedimientos a realizar durante la entrevista, el formato contendrá la información que se presenta en el anexo 4:

7. Bibliografía

1. Brachet V. Seguridad Social y Desigualdad 1910-2010. En: Cortés F, de Oliveira O, coordinadores. V Desigualdad Social. México D.F: El Colegio de México 2010. p.181-209. O, coordinadores. V Desigualdad Social. México D.F: El Colegio de México 2010. p.181-209.
2. González MA, Scott J. Equidad Y Salud. Retos, Avances Y Perspectivas. En Cortés F, de Oliveira O, coordinadores. V Desigualdad Social. México D.F: El Colegio de México 2010. p.212-232.
3. Frenk J, Gómez O. Para entender el Sistema de Salud de México. Breve Historia del Sistema de Salud. En Para entender el Sistema de Salud de México. Nostra Ediciones. Primera edición. México DF. 2008. p. 19-27.
4. Ugalde A. Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Salud Colectiva, Buenos Aires Argentina, 4(1) 31-56, 2008.
5. Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. México D.F: Secretaría de Salud, 2010
6. Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los servicios de Salud y Universidad Autónoma de México. Hacia un Sistema nacional de salud. D.F, 1983.
7. Frenk J. Integración de la prestación de los servicios de salud. Salud Pública Mex 1992; 34 (suplemento): 85-104.
8. Secretaría de Salud (2001), Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México. Secretaría de Salud
9. SSA, 2012. Sistema de Cuentas en Salud a nivel estatal y federal. SICUENTAS. México. <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gastopublico.html>. Consultado 29 de enero de 2012.

-
10. Secretaría de Salud (2007). Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud. México. Secretaría de Salud
 11. Diario Oficial de la Federación. Consejo de Salubridad General. ACUERDO para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México D.F: Junio de 2008.
 12. Diario Oficial de la Federación-Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011. México D.F. Diciembre de 2010.
 13. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. México 2006.
 14. Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. México D.F: Secretaría de Salud, 2010.
 15. Frenk J. Integración de la prestación de los servicios de salud. Salud Pública de México 1992; 34 (suplemento): 85-104
 16. Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud y Universidad Autónoma de México. Hacia un Sistema Nacional de Salud. D.F, 1983.
 17. Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. México D.F: Secretaría de salud, 2010.
 18. Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. México D.F: Secretaría de salud, 2010.
 19. Diario Oficial de la Federación-Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las

Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011. México D.F. Diciembre de 2010.

20. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específica 2007-2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. México D.F. 2008.

21. González MA, Scott J. Equidad Y Salud. Retos, Avances Y Perspectivas. En Cortés F, de Oliveira O, coordinadores. V Desigualdad Social. México D.F: El Colegio de México 2010. p.212-232.

22 Frenk J, Gómez O. Para entender el Sistema de Salud de México. Breve Historia del Sistema de Salud. En Para entender el Sistema de Salud de México. Nostra Ediciones. Primera edición. México DF. 2008. p. 19-27.

23. González MA. Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México. Salud pública de México 1990; 32:332-351.

24. Secretaría de Salud. Sistema de Protección en Salud. Hacia un sistema universal de salud. Firma del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México, D.F: Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo, 2003b.

25. Londoño JL. Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

26. Diario Oficial de la Federación, 2009. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, México: 2009

27. Diario Oficial de la Federación, 2010. Secretaría de Salud, Ley General de Salud, México: SS, 2010.

28. Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México 2006/2012 Visión de FUNSALUD. México D.F. 2006. p75-79.

-
- 29 Levy S. ¿Universalización de la salud o de la seguridad social? Gaceta Médica de México. 2011;147:455-68
30. González-Block et al. Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. Salud Publica de México. 2010; 52:416-423.
31. Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. México D.F: Secretaría de salud, 2010.
32. Secretaría de Salud. Observatorio del desempeño hospitalario 2009, SSA: México D.F 2010. p41-53.
- 33 Libro: Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Trejo y Pérez JA. Guías de práctica clínica para medicina familiar. Ed. El Manual Moderno – Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004. ISBN 970-729-065-X.
- 34 AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Consultado «18,enero, 2012», de <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>;
35. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Australia 1998.
- 36 Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. (2009). Forestering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation. Implementation Science, 4:50.
- 37 National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Australia 1998.
- 38 Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política

Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02.

39 González MA, et al. : Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del sistema nacional de salud. México D.F. 2011.

40. Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. México D.F: Secretaría de salud, 2010.

41 Musgrove P. González-Block MA. Retos de la integración del Sistema de Salud en México. En: Memorias Foro de Liderazgo en Salud 2007. Equidad en Salud. Hacia la integración sectorial. Instituto nacional de Salud Pública, Primera Edición. Cuernavaca, México 2007.

42. Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. MJ Field and KN Lohr, edits. Washington, DC: Nacional Academy Press; 1990. p. 38.

43. Libro: Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Trejo y Pérez JA. Guías de práctica clínica para medicina familiar. Ed. El Manual Moderno – Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004. ISBN 970-729-065-X.

44. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Australia 1998.

45. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. Ginebra: OMS, 2000 Pag. 135-158

46. Organización Panamericana de la Salud. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria, Washington, DC: OPS, 2007.

47. Murray C, Frenk J. A Framework for assessing the performance of health systems. Bull WHO 2000;78(6):717-732.

-
48. Organización Panamericana de la Salud. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria, Washington, DC: OPS, 2007.
49. Siddiqi S, Masud T, Nishtar S, Peter D, Sabri B, Bile K, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy* 90 (2009) 13–25.
50. Burgers J, Grol R, Klazinga N, Mäkelä M, Zaat J And For The Agree Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Health Care* (2003) 15 (1): 31-045.
51. Toledo A M, Fernández, Cabrera N, Arteaga A, Mejías Y. Calidad de las guías de práctica clínica cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011;37(3):349-358.
52. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. (2009). Forestering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation. *Implementation Science*, 4:50.
53. Carlsen B, Glenton C. and Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice*, December 2007.
54. Cabana M, Cynthia R, et al.: Why don't physicians follow clinical practice guideline. *JAMA* 1999;282:1458-1465.
55. Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. *Br J Gen Pract*. 1999;49:522-6.
56. Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Francoeur D, Dubé J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. *Bull World Health Organ*. 2007;85(10):791-7.

-
57. Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Educ Res.* 2007;22:839-53.
58. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. (2009). Forestering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation. *Implementation Science*, 4:50.
59. Rodríguez G. Gil J. y García E. Métodos de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. Segunda edición 1999. pp 81-99
- 60 González MA, et al. : Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del sistema nacional de salud. México D.F. 2011.
61. Villalpando S. et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud Pública de México / vol. 52, suplemento 1 de 2010*

Anexos

Anexo 1	
Dominios de la Marco consolidado para la investigación de implementación	
Dominio 1 Características de la intervención: Las intervenciones a menudo son complejas y multifacéticas, con múltiples componentes que interactúan, pueden ser conceptualizadas con un componente principal o núcleo duro (esenciales e irrenunciables) y una periferia adaptable. Las intervenciones deben estar adaptadas al contexto de lo contrario se requerirá un proceso dinámico para su implementación.	
Origen de la GPC	Es la percepción por parte de los actores principales acerca de si la intervención fue desarrollada externa o internamente. Cuando perciben un origen interno existe mayor posibilidad de una implementarse exitosa
Evidencia, poder y calidad	La percepción de una buena calidad y validez de la evidencia que apoya la intervención se asocia con una implementación exitosa.
Ventaja relativa	La percepción por parte de los actores de una ventaja clara al usar la intervención, da más probabilidad de una implementación exitosa.
Grado de adaptabilidad	La percepción de que la intervención puede adaptarse, ajustarse, refinarse, o reinventarse para satisfacer las necesidades locales se asocia positivamente con una implementación efectiva.
Probarse o pilotarse	La percepción de los actores de una capacidad de probar la intervención a pequeña escala en la organización y ser capaz de revertir el curso en caso justificado, da una mayor posibilidad de una implementación exitosa.
Complejidad	Percibir la intervención como compleja, dificultad la implementación, la complejidad está dada por su duración, alcance, radicalidad y el número de pasos necesarios para implementarla
Calidad de diseño y empaquetado	Cuando la intervención se percibe como de alta calidad, con buena introducción, presentación y accesible, hay más probabilidad de una implementación exitosa.
Costo	Percibir que la intervención y su implementación tienen un alto costo se asocia negativamente a una implementación efectiva
Dominio 2 Contexto externo: incluye el panorama económico, político, social, en que reside la organización donde se aplicará la intervención.	
Recursos y necesidades del paciente	Para una implementación efectiva se necesita que las necesidades de la población, así como las barreras y facilitadores para satisfacer esas necesidades se conozcan con precisión y sean priorizados a través de intervenciones.
Cosmopolitismo	Es el grado en qué una organización está vinculada con otras organizaciones externas. Las organizaciones que apoyan y promueven acciones externas de expansión de fronteras, tienen más probabilidad de aplicar rápidamente nuevas prácticas, existiendo en los profesionales de la salud un incremento del conocimiento, una mayor auto-confianza y dinamismo al cambio.
Presión en grupo	Es la presión por parte de otras instituciones para implementar la intervención, ya que los pares importantes o las organizaciones en competencia ya aplican la intervención o por una ventaja competitiva. La evidencia demuestra que la presión de grupo, influye de manera positiva en su implementación, especialmente en organizaciones muy cosmopolitas.
La política exterior y los incentivos	Incluye las estrategias externas para difundir las intervenciones y la colaboración, incluidas el impulso político, los mandatos externos, la regulación, las recomendaciones y los lineamientos; los sistemas de reembolso y otros incentivos controlados desde el exterior, las colaboraciones para compartir información, o la evaluación comparativa (benchmarking), es una fuerza externa que puede influir para una implementación efectiva de las intervenciones.
Dominio 3 Contexto interno: incluye las características estructurales, políticas y culturales de la organización que está implementando la intervención; no existe una línea clara que separe el contexto interno del externo, siendo dinámica y precaria en ocasiones.	
Características estructurales	La arquitectura social, edad, madurez y tamaño de la organización; representado por el grado en que se especializan los individuos, el número de unidades o departamentos, la centralización, el grado de integración vertical, el tamaño de la estructura burocrática; estas características dependiendo del momento de la implementación pueden tener efectos positivos o negativos en la implementación de la intervención.

Redes de comunicación	Existe una asociación positiva entre la implementación efectiva y la comunicación de buena calidad representada por: las redes de la organización, la coordinación entre los departamentos, la buena comunicación entre los individuos, la definición de funciones, el trabajo en equipo, la estabilidad laboral, la comunicación de los objetivos, la comunicación informal horizontal robusta, el acceso a la información y las redes formales verticales.
Atmosfera de implementación	Es la capacidad de asimilar un cambio, la receptividad común de los individuos al cambio y el grado en que se recompensa el uso de la intervención. Sus componentes son: 1. Tensión al cambio: La percepción de los individuos de que la situación organizacional actual es intolerable, requiriéndose un cambio y diseñando una intervención interna, de tal suerte que cuando los actores son sensibles al problema y la intervención responde a esa necesidad, su implementación suele ser más exitosa. 2. Compatibilidad: Un alto grado de coherencia entre los valores, los principios, la misión y la visión institucional con la intervención, da lugar a una implementación exitosa. 3. Prioridad relativa: La percepción común de los actores que la implementación de la intervención en la organización tiene una alta prioridad, se relaciona con una alta probabilidad de que la implementación sea exitosa. 4. Incentivos y recompensas de la organización: Son incentivos extrínsecos tales como los premios por objetivos logrados, las evaluaciones del desempeño, los ascensos, los aumentos salariales y los incentivos menos tangibles, como el prestigio y el respeto. La percepción de existir incentivos se asocia positivamente a una implementación exitosa. 5. Objetivos: El grado en que los objetivos están claramente comunicados, se persiguen, se evalúan, se monitorea, son elementos claves para una implementación exitosa. 6. Cultura de aprendizaje: El grado en que la organización promueve el aprendizaje entre sus integrantes y promueve la colaboración dentro y entre los grupos disciplinarios, propiciando una atmosfera de seguridad, con compromiso hacia la mejorara continúa de la calidad, es un factor importante que incrementa la capacidad de absorción del conocimiento y que predice una implementación efectiva de la intervención.
Disposición para adoptar la aplicación	Se diferencia de la atmosfera de la aplicación, al incluir indicadores tangibles e inmediatos, destacando: 1. El compromiso de la Dirección, caracterizado por un compromiso, una participación y responsabilidad de los directores y de mandos medios hacia la implementación 2. Recursos disponibles, en términos de recursos económicos, capacitación, educación, espacio físico y tiempo se asocia positivamente con la el éxito de la implementación. 3. Acceso al conocimiento y a la información, el acceso a la educación, capacitación y a la información sobre la intervención son estrategias importantes para lograr una implementación efectiva.
Dominio 4 Características de los individuos: Comprende individuos que pueden tomar decisiones, ejercer el poder e influir sobre los demás; los individuos no son receptores pasivos de las innovaciones, más bien buscan las innovaciones, experimentan con ellas, las evalúan, encuentran o no un significado con ellas, les desarrollan sentimientos positivos o negativos, los desafían, los preocupa, se quejan de ellas, trabajan en torno a ellas, obtienen experiencia con la intervención, los modifica para adaptarse a tareas particulares de la intervención, tratan de mejorarla o rediseñarla a menudo a través da la comunicación con otros usuarios, los individuos son la parte sustancial de las organizaciones.	
Conocimientos y creencias acerca de la intervención	Una actitud entusiasta, conocimiento y habilidad para usar la intervención son determinantes para una implementación efectiva, lo cual va precedida de capacitación y acceso a la información.
Autoeficacia	Es un componente individual importante en la mayoría de las teorías y modelos de cambio del comportamiento, los individuos muy autoeficaces toman decisiones para aceptar la intervención, ejecutar acciones para lograr los objetivos y están dispuestos a compartir públicamente los resultados, contar con individuos autoeficaces se asocia a una implementación exitosa.
Identificación individual con la organización	Un concepto relacionado con cómo los individuos perciben su relación con la organización y el grado de compromiso que tienen con ella, cuyos atributos pueden afectar la participación individual en las actividades de implementación.

Dominio 5 Proceso de implementación: Para una implementación exitosa tal como fue diseñada, se requiere un proceso de cambio activo dirigido a lograr el uso de la intervención a nivel individual y organizacional. Los individuos que promueven activamente la implementación pueden proceder del contexto interno o externo; el proceso de implementación es una serie interrelacionada de subprocesos que no necesariamente se producen de forma secuencial y se pueden dar a múltiples niveles dentro de la organización. Estos subprocesos pueden ser formalmente planeados o espontáneos, conscientes o inconscientes, lineal o no, pero lo ideal es que estén alineados en la misma dirección de implementación, el proceso de implementación tiene los siguientes componentes:	
Planificación	Grado en que la intervención fue formalmente planificada a través de un programa, con el establecimiento de tareas y responsables, evitando una implementación impredecible, buscando que la implementación suceda mediante la aplicación científica planificada.
Poder de atracción	Atraer a las personas adecuadas e involucrarlas en la implementación, mediante una estrategia combinada de mercadotecnia social, educación, modelos de comportamiento y capacitación, los actores claves son aquellos que destacan en cualquier situación por conducir el proceso de implementación hasta su conclusión; destacan: 1. <i>Líderes de Opinión:</i> Individuos que influyen de manera formal o informal en las actitudes y creencias de sus colegas con respecto a la aplicación de la intervención. 2. <i>Líderes designados formalmente para la implementación interna:</i> son los individuos del interior de la organización, a quienes como parte de su trabajo se les asigna formalmente la responsabilidad de implementar la intervención como coordinador, director del proyecto o líder del equipo. 3. <i>Campeones:</i> Los individuos que se dedican a apoyar, a comercializar, a conducir la implementación, superando las barreras; lo que lo diferencia del líder es que el campeón está activamente involucrado en la implementación. 4. <i>Agentes de cambio externos:</i> Individuos que están afiliados a una entidad externa que formalmente influye o facilita las decisiones de la intervención y las impulsa en una dirección deseada. Cuanto más realicen los agentes en la implementación más probable que a corto plazo sea exitosa, pero menos probabilidad que se mantenga a largo tiempo.
Ejecución	La implementación requiere un proceso de calidad, que consiste en tener fidelidad en el uso, puntualidad y compromiso de los individuos involucrados, aumentando el éxito piloteando la intervención y llevando el proceso de implementación de manera progresiva.
Evaluación	Información cuantitativa y cualitativa sobre el progreso y la calidad de la implementación, acompañada con un informe verbal regular de personal y de equipo sobre el progreso y la calidad de la implementación.

Anexo 2 Guías de práctica clínica del tópico de Diabetes Mellitus	
Nombre de la GPC	Clave Catalogo Maestro
1.- Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus, en el Segundo y Tercer Nivel de Atención	(DIF-257-09).
2.- Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía Diabética	(IMSS-171-09).
3.- Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos	(IMSS-319-10).
4.- Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo	(IMSS-320-10).
5.- Prevención y Diagnóstico de Diabetes Mellitus no Insulinodependiente Tipo 2 en el Paciente Pediátrico en el Primer Nivel de Atención	(ISSSTE-130-08).
6.- Diagnóstico, Metas de Control Ambulatorio y Referencia Oportuna de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención	(SSA-093-08).
7.- Diagnóstico y Manejo de la Neuropatía y Pie Diabético	(SSA-349-09).

8.- Diagnóstico y Tratamiento de Cetoacidosis Diabética en Niños y Adultos	(SSA-227-09).
9.- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Pie Diabético en el Primer Nivel de Atención	(SSA-005-08).
10.- Diagnóstico y Tratamiento Médico del Dolor por Neuropatía Periférica Diabética en Adultos	(SSA-010-08).
11.- Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar en Adultos Diabéticos Tipo 2	(SSA-160-09).
12.- Diagnóstico, Tratamiento y Referencia Oportuna de la Diabetes Mellitus Tipo 1 en el Niño y Adolescente en el Segundo y tercer nivel de atención	(SSA-302-10).

Anexo 3	
GPC del tópico de Diabetes Mellitus formuladas por cuatro instituciones públicas del sector	
Nombre de la GPC	Clave Catalogo Maestro
1.- Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad Inferior por Diabetes Mellitus, en el Segundo y Tercer Nivel de Atención	(DIF-257-09).
2.- Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos	(IMSS-319-10).
3.- Prevención y Diagnóstico de Diabetes Mellitus no Insulinodependiente Tipo 2 en el Paciente Pediátrico en el Primer Nivel de Atención	(ISSSTE-130-08).
4.- Diagnóstico, Metas de Control Ambulatorio y Referencia Oportuna de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención	(SSA-093-08).

Anexo 4	
Declaración de consentimiento informado verbal para informantes claves	
Nombre del proyecto	La Función Rectora en la Implementación de las Guías de Práctica Clínica en el Contexto de Integración Funcional
Instrumento:	Entrevista para identificar las acciones de rectoría en la formulación e implementación de las GPC a nivel federal y estatal
Presentación:	El alumno de Doctorado del INSP y el propósito de la entrevista con carácter confidencial y se agradecerá la colaboración de los entrevistados.
Introducción/objetivo	Como parte del proyecto, realizaremos entrevistas a personas cuyos conocimientos son de valía para esta investigación. El objetivo del estudio es: recopilar información sobre las acciones de rectoría realizados a través de funcionarios federales, estatales y de las unidades médicas de la instituciones de la SSA, IMSS e ISSSTE, con el fin de integrar información que brinde una visión objetiva y real de los proyectos, situación actual, capacidades, actores, obstáculos y la continuidad en relación al tema de GPC.

Procedimientos	Consiste en una serie de preguntas que el informante es libre de contestar o no. La entrevista es individual y tratará sobre temas tales como: coordinación; capacidad de respuesta a las necesidades de salud mediante políticas; priorización, establecimiento de lineamientos, conducción sectorial mediante la participación y orientación en consenso y sobre obstáculos en la implementación de las GPC. La duración de la entrevista será aproximadamente 60 minutos y será grabada si lo permite el entrevistado.
Beneficios:	No existe ningún beneficio directo para el entrevistado. Con la entrevista estará colaborando con el proyecto del alumno del Instituto Nacional de Salud Pública en su proyecto tesis, para obtener el grado de Doctorado en Sistemas de Salud, tema: LA FUNCIÓN RECTORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL CONTEXTO DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL. Los resultados estarán dirigidos a conocer las acciones de rectoría en la formulación e implementación de las GPC a nivel sectorial.
Confidencialidad y protección de datos personales:	La Información que se proporcione será de carácter estrictamente confidencial y se utilizará únicamente con fines de análisis por los investigadores del proyecto sin quedar disponible para ningún otro propósito. El entrevistado quedará Identificad@ mediante un número y no mediante su nombre, no será citado en la publicación. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos y se presentarán de tal manera que el entrevistado no podrá ser identificad@.
Riesgos potenciales	La participación del entrevistado no implica ningún riesgo para él, ni para su institución.
Participación voluntaria/retiro:	La participación del entrevistado en el estudio será absolutamente voluntaria y estará en plena libertad de negarse a participar o de retirar la participación en cualquier momento.
Números a contactar:	Sí tiene alguna pregunta, comentario o preocupación relacionados con este estudio se le dejará una tarjeta con los datos de contacto del investigador/alumno. Si existen preguntas generales acerca de sus derechos como participante en un estudio de Investigación, puede el entrevistado comunicarse con la Dra. Julieta Ivone Castro, Presidente de la Comisión de Ética del INSP, al teléfono (777) 320-3000 ext. 7424 entre las 9 de la mañana a las 5 de la tarde.