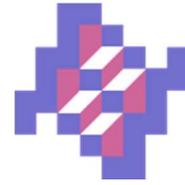


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2011 - 2014



***“EVALUACIÓN DE PROCESOS GERENCIALES CON PROPUESTAS
DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DE QUINTANA ROO”***

COMITÉ DE TESIS

Directora: Dra. Ofelia Poblano Verástegui.

Asesor: Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez. Instituto Nacional de Salud Pública

Asesor: Mtro. Saúl David Badillo Perry. Universidad de Quintana Roo

Alumna: Solís Cordero María de Lourdes

e-mail: solreal@hotmail.com

Cel. (045) 646 116 3910

Cuernavaca, Mor. Julio 20 de 2013

RESUMEN

Cada vez son más y mayores las exigencias que demanda la población a los sistemas y servicios de salud. Estas exigencias, en su mayoría, son consecuencia de la transición demográfica, la globalización y los estilos de vida poco saludables que prevalecen en la población. En la búsqueda por responder a estas demandas, en los servicios de salud se proponen intervenciones factibles de aplicar para mejorar el desempeño institucional, por ejemplo, la capacitación gerencial como herramienta indispensable para preparar a los directivos con habilidades y competencias que incidan favorablemente en el desempeño de sus funciones.

Diversos autores^{1,2} plantean que una 'buena gerencia' o conducción de los servicios de salud es una herramienta fundamental para hacer más eficiente el uso de los recursos disponibles. Asimismo, la evidencia ha demostrado que el éxito de los programas de salud (PS), depende en gran medida de la persona que los dirige. Esta afirmación cobra especial interés dentro de los Servicios Estatales de Salud del Estado (SESA) de Quintana Roo, donde el desempeño de sus programas se ha mantenido sin evolución y en ciertos casos, se ha deteriorado a través del tiempo⁶. Esto es importante, sobre todo en aquellos programas que tienen la responsabilidad de mejorar la salud de la población cuya carga de enfermedad es la de mayor peso en el estado, como es el caso de las enfermedades crónicas, los tumores malignos y las muertes violentas. En virtud de lo anterior, el objetivo del presente trabajo es analizar a la gerencia como una de las posibles causas que mantienen al desempeño de los PS en un nivel que no ha presentado mejora y que no es el más adecuado para la Institución.

Para alcanzar el objetivo del estudio, se deberán evaluar los procesos gerenciales y su relación con el desempeño de los programas de salud, para lo cual se empleará un diseño de estudio analítico. Se obtendrá información de fuentes primarias ya que se empleará una batería de instrumentos que permitan realizar un diagnóstico basal en relación a las variables de estudio. La información secundaria derivará de fuentes oficiales como INEGI, informes administrativos de la institución, sistemas de información relacionados con el financiamiento y la programación (como SIAFFASPE y SEIPOA) y boletines anuales de Caminando a la Excelencia. En el análisis de datos, se realizará una regresión logística múltiple por medio del software STATA 11. También se emplearán los software Excel y Policy Maker 4. Lo anterior, es con el fin de obtener información útil que permita diseñar propuestas puntuales y factibles relacionadas con la gerencia, para mejorar el desempeño de los programas responsables de atender los daños a la salud que afectan sensiblemente el desarrollo del estado.

Í N D I C E

I.	Introducción	05
II.	Antecedentes	08
III.	Planteamiento del problema	14
IV.	Justificación y uso de los resultados	16
V.	Marco teórico	18
	1. El proceso administrativo en salud	
	2. Gerencia en los sistemas y servicios de salud	
	3. Evaluación de programas de salud: desempeño institucional	
VI.	Objetivos	33
VII.	Método	34
	1. Tipo y diseño de estudio	
	2. Universo de estudio, selección de los participantes, unidad de observación, unidad de estudio, criterios de inclusión, exclusión	
	3. Recolección de datos e instrumentos	
	4. Definiciones operacionales de las variables	
	5. Control y calidad de datos	
VIII.	Plan de análisis	44
	1. Métodos y modelos de análisis	
	2. Programas para análisis de datos	
IX.	Resultados esperados y aportes del estudio	44
X.	Limitaciones del estudio	45
XI.	Consideraciones éticas y de bioseguridad	45
XII.	Cronograma	46
XIII.	Recursos materiales y financiamiento	47
XIV.	Referencias Bibliográficas	48
XV.	Anexos	51

LISTA DE ACRÓNIMOS

AVPP	Años de vida potencialmente perdidos
CCQROO	Consejo Ciudadano de Quintana Roo
CNS	Consejo Nacional de Salud
COESPO	Consejo Estatal de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
COPLAMAR	Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
CSR	Centro de Salud Rural
CSU	Centro de Salud Urbano
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIED	Dirección General Información y Evaluación del Desempeño
DOF	Diario Oficial de la Federación
GEQROO	Gobierno del Estado de Quintana Roo
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
JS	Jurisdicción Sanitaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud a Población Abierta
POGE	Periódico Oficial del Gobierno del Estado
PROCEDES	Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud
PS	Programas de Salud
SECODAM	Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (2001-2002) Actualmente SFP
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEIPOA	Sistema de Electrónico para la Integración de los Programas Operativos Anuales
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIAFFASPE	Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SPC	Servicio Profesional de Carrera (México, 2003)
SPC²	Servicio Público de Carrera (Quintana Roo 2002)
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSa	Secretaría de Salud
UNEMES	Unidades de Especialidades Médicas

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los efectos derivados de la globalización han propiciado cambios significativos en la sociedad, sobre todo en el ámbito de la salud. Las enfermedades aumentan con la exportación legal e ilegal de bienes, como drogas y tabaco; el movimiento de personas facilita la transmisión de enfermedades y con la degradación ambiental se deteriora la salud.³ La cobertura universal en salud⁴ (que demanda acceso a servicios integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros, mediante la protección contra gastos catastróficos en salud), el combate a las inequidades en salud (a través de la acción y políticas públicas) y el impulso de la mejora continua de la calidad en la atención de los servicios de salud (en la búsqueda de una proyección ordenada y competitiva), son solo algunos de los factores que cada vez ejercen mayor presión sobre el sistema y los servicios de salud.

Quintana Roo se caracteriza por su vocación altamente turística, que incide directamente con el compromiso de preservar la salud no solo de sus habitantes, sino de los miles de turistas nacionales y extranjeros que diariamente lo visitan. Esta peculiar situación, demanda una mayor atención por parte de las autoridades de salud, ante la necesidad de contemplar los requerimientos que dicha situación puede provocar. La población flotante (turismo en el norte y migración en el sur del estado), el seguimiento de la morbilidad (los casos importados y exportados de enfermedad), las lesiones y muertes violentas (producto en gran medida del alcohol y de las drogas), entre otros, reclaman recursos y servicios de salud que deben ser contemplados en la planeación de los recursos y servicios para evitar resultados inesperados. Las razones mencionadas ponen de manifiesto la necesidad de contar con personal de salud, capaz de desarrollar procesos gerenciales adecuados que contribuyan a solventar estas demandas y, asimismo, mejorar el desempeño institucional.

El Gobierno del Estado otorga servicios de salud a población que carece de seguridad social a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Esta institución tiene la “encomienda de salvaguardar la salud de la población del Estado de Quintana Roo, a través de políticas públicas que fomenten el auto cuidado de la salud, garantizando servicios de salud de atención médica con calidad, universalidad y oportunidad que redunden en prácticas y estilos de vida saludable”.⁵ Para garantizar servicios de salud con las características antes mencionadas, los SESA cuentan con unidades de atención médica

a lo largo de todo el estado y a través de los programas de salud (PS), ofrecen a la comunidad atención de primero y segundo nivel. Sin embargo, durante los últimos años, se ha observado que a través de las diversas evaluaciones que se realizan en varias instancias de la administración pública federal y estatal, el desempeño de los PS de los SESA se ha mantenido en niveles que no son los más adecuados,⁶ lo que teóricamente puede reflejar debilidades del sistema.

Partiendo del supuesto de que se pueden obtener mejores resultados y producir servicios de mayor calidad con una buena gerencia, ésta cobra especial relevancia en los SESA, donde el desempeño de sus programas no ha logrado mejorar durante el periodo analizado (2007-2011⁶). Esto es especialmente importante, sobre todo en aquellos PS que cubren las enfermedades crónicas, los tumores malignos y las muertes violentas, por ser responsables de más del 70% de las muertes y años de vida potencialmente perdidos, con respecto a la esperanza de vida que es de 76 años en la población del estado. En virtud de lo anterior, es menester analizar a la gerencia como una de las posibles causas que mantienen los niveles de desempeño de los PS en los valores mencionados, para obtener información útil que permita mejorar los procesos gerenciales y de esta forma, poder incidir en su desempeño.

El presente estudio pretende documentar si los procesos gerenciales desarrollados por los directivos de los tres niveles organizacionales, influyen en el desempeño de los PS que dirigen, como teóricamente se plantea por diversos autores,^{1,7-14} o si en el caso particular de los SESA de Quintana Roo, estas teorías no aplican o su relación es muy vaga. Por lo tanto, el desarrollo del trabajo se presenta bajo la siguiente estructura:

Los antecedentes hacen énfasis en el documento del “Diagnóstico de Salud del Estado de Quintana Roo 2012”¹⁵ donde se resumen puntos importantes sobre los SESA, sus daños a la salud, factores determinantes y recursos y servicios. El planteamiento del problema destaca el estancamiento y en algunos casos deterioro en el desempeño de los PS y las causas probables de esta situación. Se plantea la pregunta **¿Cuál es la relación que existe entre los procesos gerenciales y el desempeño de los PS en los SESA de Quintana Roo?** a la que se pretende dar respuesta con el estudio propuesto. El apartado de la justificación contiene los argumentos que fundamentan la necesidad de mejorar el desempeño de los PS, aplicando las bases teóricas que proponen a la gerencia como una de las posibles causas de estos resultados.

En el marco teórico se exponen las bases conceptuales de la gerencia y cómo el desempeño de los PS, en teoría, es susceptible de mejora por medio de intervenciones que inciden positivamente en los procesos gerenciales. El marco de referencia propuesto para considerar los procesos gerenciales, es el sugerido por Mark H. Moore,¹⁶ quien fundamenta la gestión estratégica en tres dimensiones: **la dimensión sustantiva, la dimensión política y la dimensión operativa.**

Los objetivos detallan la forma en la que se definirá si existe relación entre los procesos gerenciales y el desempeño de los PS. El método propuesto para alcanzar estos objetivos, especifica detalladamente los procedimientos que se llevarán a cabo para brindar una explicación clara y exhaustiva sobre la forma en que se determinará la relación entre las variables de interés; se identifica a los directivos que participarán y la manera en que serán seleccionados; se definen las variables e indicadores diseñados especialmente para el estudio, y se explica cómo se efectuará la recolección de datos y su plan de análisis. Finalmente, se presentan los resultados y aportes que se esperan obtener del estudio, las limitaciones, el cronograma de actividades, las consideraciones éticas y, el presupuesto necesario para llevar a cabo el estudio.

II. ANTECEDENTES

Durante la última década los servicios de salud ha sufrido transformaciones sustanciales en la búsqueda por responder a las crecientes demandas de sus usuarios. Dentro de los aspectos relevantes en materia, podemos citar el tema de la cobertura universal en salud, definido por la OMS⁴ como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud. La atención de la salud como derecho universal, implica un continuo fortalecimiento de los sistemas de salud para ofrecer una cobertura efectiva.¹⁷

En México la transformación institucional se habilitó mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través de la reforma.¹⁹ Su objetivo era lograr la cobertura universal, situación que implicó importantes cambios legislativos y financieros. La creación del SPSS es la innovación más reciente del sistema mexicano de salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS) que garantiza el acceso a 260 intervenciones esenciales y 18 intervenciones de alto costo. Esta acción se complementó con medidas que incluyeron: una reforma de la gestión hospitalaria, planes para mejorar el suministro de medicamentos, sistemas de información orientados a resultados, un plan maestro de infraestructura en salud y la evaluación de tecnologías.¹⁷

Más recientemente dio inicio el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) cuyo arranque en diciembre de 2006 constituyó un gran respaldo al Seguro Popular. Otro cambio relevante fue por parte del Seguro Popular, que redefinió la unidad de financiamiento, pasó de ser una cápita por familia a una cápita por persona inscrita. Hasta 2010, la definición de la unidad familiar incluía el jefe de la familia, el cónyuge, los hijos y los padres mayores de 64 años. En materia de seguridad del paciente, el programa central fue la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Los propósitos la cruzada fueron mejorar la seguridad del paciente y el trato que recibían los usuarios, coordinar la acreditación de unidades y la certificación de los proveedores de servicios, poner en marcha iniciativas para mejorar la calidad técnica e interpersonal y llevar a cabo evaluaciones comparativas del desempeño de los estados e instituciones de salud.¹⁷

La Ley General de Salud establece que todas las unidades que prestan atención a los afiliados a este seguro deben acreditarse de acuerdo con ciertos criterios de calidad, capacidad y seguridad.¹⁷ La certificación de hospitales se encuentra a cargo del Consejo de Salubridad General desde 1999.¹⁹ El avance en la acreditación de las unidades que atienden a los afiliados del Seguro Popular es considerable.²⁰ Al momento existen 265 hospitales y 6,612 unidades de atención ambulatoria acreditadas, que representan 37 y 38% de los hospitales y unidades ambulatorias que atienden a la población sin seguridad social, respectivamente.¹⁷ Este panorama muy general sobre las reformas sufridas por los sistemas y servicios de salud durante la última década, demanda la necesidad de contar con talento humano capaz de hacer frente a los retos actuales del sistema.

Gerencia y desempeño institucional

Para la OPS, “los académicos, gerentes y expertos de organismos internacionales reconocen que el sector salud ha carecido de recursos humanos con una formación gerencial que les permita dominar a cabalidad su campo de conocimiento específico”.⁹ Esta carencia del talento humano en el sector salud, puede incidir en gran medida en el desempeño institucional, puesto que las habilidades gerenciales son indispensables para desempeñarse adecuadamente en los cargos que ostentan.¹⁰ Esto es importante, puesto que funciones como la asignación de recursos, la rendición de cuentas, pero sobre todo el manejo del recurso humano, demandan habilidades gerenciales específicas que son clave para el éxito del desempeño institucional. En el contexto latinoamericano, diversos estudios*, hacen referencia a la simbiosis entre gerencia y resultados de la organización.

* En Colombia, para determinar un perfil gerencial para las instituciones de salud de Barranquilla, se realizó una investigación que evidenció un perfil gerencial conformado por competencias relacionadas con el ser, conocer y el hacer. Estas competencias están interrelacionadas y representan un reto para el éxito de la gestión de quienes desean u ocupan puestos directivos.¹¹ Hallazgos encontrados en un estudio realizado en Manizales, alertan a los gerentes ante los retos de mejorar la competitividad de las instituciones de salud. Asimismo, se encontraron tres dimensiones que sustentan las competencias dinámicas en los servicios de salud: el aprendizaje y la innovación organizacional, la cultura organizacional y el diseño organizacional.¹² Otra investigación realizada en Antioquia, para determinar la relación entre el nivel de desarrollo de las competencias de los gerentes en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y la calidad de la institución que dirigen, encontró que el nivel de las competencias entre los gerentes varió entre los niveles novato y básico, lo que sugiere un pobre desempeño en su gestión. Asimismo, evidenció que ciertas competencias en el gerente incide favorablemente en el desarrollo de las unidades funcionales, lo que corrobora que su desempeño repercute en el éxito o fracaso de la institución.¹³ En un estudio realizado en empresas chilenas, los autores concluyen que los altos directivos de las empresas, deben ser capaces de gestionar adecuadamente el conocimiento organizacional si pretenden alcanzar éxito en su labor.¹⁴ En México, se realizó un estudio en 2007 para conocer el uso del liderazgo en las pequeñas y medianas empresas del estado de Tamaulipas. Los resultados reportan que los gerentes tienen un objetivo definido, piensan con una posición positiva del futuro y promueven entre sus subalternos el forjamiento de metas acordes a la visión institucional. El nivel de estudios y la antigüedad en el puesto no representan condiciones necesarias para llevar a cabo de una manera eficiente el liderazgo.²¹ Para analizar su pertinencia en el proceso de reforma del sector salud, se realizó un estudio en el Instituto de Salud del Estado de México, con el objetivo de identificar el perfil profesional del directivo y su correspondencia con el perfil técnico. Los autores concluyen que la falta de requisitos técnicos, de capacitación y de inducción al puesto, pueden dificultar las funciones y la demanda de habilidades gerenciales establecidas en la reforma.²²

En México, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud ha impulsado sistemas de evaluación, fundamentándose en el supuesto de que la madurez de todo programa de acción* se refleja en el grado con el que se evalúan sus actividades.⁶ En este contexto, para los gerentes que dirigen estos PS, es menester contar con los resultados de estas evaluaciones de manera pertinente y veraz, con el fin de mejorar continuamente sus procesos, tomar decisiones oportunas basadas en evidencia y considerar las mejores alternativas encaminadas a mejorar el desempeño institucional.

En Quintana Roo el marco de evaluación institucional de los SESA**, permite a los tomadores de decisiones contar con una visión integral del trabajo que, como equipo de salud, refleja este organismo. En este marco, el desempeño de los PS es evaluado por medio de la estrategia conocida como “Caminando a la Excelencia” que a través de indicadores construye un índice de desempeño de cada programa para medir su avance. Otra evaluación es el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), que es un instrumento para la planeación de programas anuales así como para el seguimiento y evaluación de resultados. Ambos sistemas son monitoreados por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de nivel federal). Por último, la tercera evaluación deriva el Sistema Electrónico para la Integración de los Programas Operativos Anuales (SEIPOA), monitoreado por el Gobierno del Estado de Quintana Roo a través de la Secretaría de Hacienda, con el propósito de favorecer la calidad del proceso de programación-presupuestación.³¹

Contexto

* Los programas de acción específicos contienen los objetivos, estrategias, líneas de acción y metas propias de cada programa sustantivo. El seguimiento del cumplimiento gradual y final de las metas, y la evaluación integral de esos programas será responsabilidad de las direcciones encargadas de ellos. Esto incluye el diseño de listas específicas de indicadores que sirven para darle seguimiento a los programas y de procedimientos ad hoc de evaluación.⁶

** Para fines del presente estudio, el marco de evaluación institucional de los SESA está constituido por tres sistemas de evaluación, dos de nivel federal que son Caminando a la Excelencia y el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) y; la tercera evaluación de nivel estatal que es el Sistema Electrónico para la Integración de los Programas Operativos Anuales (SEIPOA).

El presente estudio se realizará en el Estado de Quintana Roo, por lo que se mencionarán aspectos relevantes de esta entidad. A casi 38 años de su fundación, Quintana Roo es la entidad más joven de la República Mexicana. Su vocación altamente turística propicia diariamente el ingreso de miles de turistas nacionales y extranjeros, lo que hace vulnerable su situación con relación a la salud, al padecer con mayor intensidad los efectos de la constante circulación de personas. A esto, se suma también el flujo migratorio de trabajadores que ingresan por la frontera sur con Belice. Información del Consejo Estatal de Población (COESPO), en 2010 confirma en el Estado una población total de 1'440,747 habitantes de los cuales 739,449 son hombres y 719,123 son mujeres. La relación hombres/mujeres es de 1.02 y el porcentaje de población de 15 a 29 años es de 30.3%.²³

Daños a la Salud. Quintana Roo es la entidad con la esperanza de vida más alta en el país con 77.07 años, mayor a la nacional que es de 76 años. Los hombres tienen una esperanza de vida de 74.69 años y las mujeres de 79.45 años.²⁴ Una esperanza de vida alta indica un mejor desarrollo económico y social en la población.²⁵ *Morbilidad.*²⁶ Entre los casos nuevos de enfermedad registrados en 2009, se reportaron, en primer lugar, las infecciones respiratorias (525,255 casos), las infecciones intestinales (99,262), las infecciones de vías urinarias (83,306), úlceras, gastritis y duodenitis (23,054) y otras helmintiasis (18,902). *Mortalidad.* La tasa bruta de mortalidad es de 3, inferior en 2 puntos de la nacional de 5. La tasa de mortalidad infantil de 13 por cada 1 mil nacidos vivos registrados, inferior a la nacional de 15.²⁴ En los hombres el peso de las muertes violentas es muy alto. Las mujeres a su vez, mueren principalmente de enfermedades crónicas y cáncer.²⁷ En 2008 se presentaron un total de 3,849 defunciones,²⁶ siendo la primera causa de muerte la ocasionada por los accidentes, con una tasa de mortalidad de 34.30 por cada 100,000 habitantes, seguida de las muertes ocasionadas por diabetes mellitus, las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades del hígado, con tasas de 34, 31, 29.4 y 22.9 por cada 100,000 habitantes respectivamente.

Los Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo (SESA). La institución tiene sus inicios en marzo de 1980, funcionando como Servicios Coordinados de Salud Pública, ahora Servicios Estatales de Salud. Para efecto de lograr mayor eficiencia en sus funciones, el 23 de diciembre de 1987 se firmó con el nivel federal el Convenio de Descentralización de los servicios de salud del estado.²⁷ Actualmente los SESA son parte de la estructura orgánica del Gobierno del Estado y dependen directamente del ejecutivo estatal. La Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud se encuentran

funcionando de manera conjunta, representados por la figura del Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud.

Infraestructura. Los SESA cuentan con seis Direcciones: Servicios de Salud, Innovación y Calidad, Administración, Protección contra Riesgos Sanitarios, Desarrollo e Infraestructura en Salud y Laboratorio Estatal de Salud Pública. *Anexo I.* La atención médica que brindan los SESA llega a la población a través de sus 27 programas de salud en las tres jurisdicciones sanitarias (JS), nueve hospitales, 17 UNEMES y 166 centros de salud acreditados.²⁸ Con el programa Caravanas de la Salud, se beneficia a 44 mil habitantes; 16 unidades móviles recorren el estado con un programa de visitas a 155 comunidades de difícil acceso, que no cuentan con centro de salud.²⁴ *Anexo II* La disponibilidad más importante de recursos y servicios de salud, se concentra en la JS No. 2, ya que brinda atención médica a la población de la zona norte del estado (altamente turística), incluyendo seis municipios²³ que representan el 72.2% del total de habitantes.

Dentro del organigrama de los SESA, también se encuentra el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) que consolida las acciones institucionales de atención de las familias con el Seguro Popular, cuyo padrón de beneficiarios es de 570 mil 503 afiliados.²⁴ El 8 de Septiembre de 2011 se realizó Declaratoria e Izamiento de la Bandera Blanca por la “Cobertura Universal de Salud” en el Hospital Materno Infantil Morelos. Asimismo, dentro de la Infraestructura en salud, es importante mencionar que en el estado se cuenta con el Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP),²⁹ con tecnología de vanguardia y de alto nivel técnico. A nivel nacional es el único, donde realizan las pruebas de diagnóstico de ciguata y gnathostoma.

Recursos Humanos. Los indicadores de los servicios médicos de las instituciones públicas de salud, revelan que por cada mil habitantes, Quintana Roo cuenta con 1.2 médicos, de los cuales 0.6 son médicos generales y 0.6 especialistas, y 1.5 enfermeras. En el estado hay una proporción de 1.3 enfermeras por médico. Todos estos valores se encuentran por debajo de los indicadores de la media nacional.³⁰ Al igual que los recursos humanos, los indicadores de recursos materiales, servicios médicos, productividad diaria de los recursos y hospitalización están por debajo de la media nacional, excepto el rubro de hospitales, donde Quintana Roo ocupa el lugar 14 con un total de 19 unidades, que lo ubica por arriba del valor medio nacional.³⁰

En el estado también se cuenta con los servicios de salud de otras instituciones que brindan cobertura a la población de la siguiente forma: los SESA 47%, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 42%, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 9%, Secretaría de Marina (SEMAR) 1% y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) 1%.¹⁵ *Gráfico 1*

Los Programas de Salud en los SESA de Quintana Roo. *Figura 1* Actualmente a nivel nacional se monitorean 27 programas de salud en las treinta y dos entidades federativas. Estos son clasificados como sustantivos y en su conjunto evalúan un total de 130 indicadores.⁶ *Tabla 1* Para valorar el desempeño de los programas salud,* se tomará como marco de referencia el sistema de información de Caminando a la Excelencia** por presentar resultados consistentes y accesibles. Además, en este mismo sentido, todos los programas de salud, cuentan con un programa de acción específico y presentan una estructura homogénea. Es importante mencionar que el análisis sobre el desempeño de los PS también considerará las evaluaciones que se realizan por otras instancias de nivel federal y estatal como: el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), perteneciente a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y la evaluación que se reporta a la Secretaría de Hacienda del Estado por medio del Sistema de Electrónico para la Integración de los Programas Operativos Anuales (SEIPOA).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*Programa de Salud. En virtud de la diversidad de nombres que reciben los programas en las diferentes evaluaciones, en el presente estudio, se debe considerar como "programa de salud (PS)" a los programas relacionados con el estudio que generalmente hacen referencia a los programas sustantivos.

** Caminando a la Excelencia es una estrategia que consiste en elaborar trimestralmente un boletín con información sobre los principales indicadores de cada uno de los programas de salud, a través de los cuales se construye un índice de desempeño que permite medir el avance de los programas, y un índice de comparación.⁶

Existen a nivel nacional e internacional diversas iniciativas* que reflejan un cambio de paradigma que vincula un mejor liderazgo y gerencia a mejores servicios. En México, estas iniciativas se fortalecen con leyes como la del Servicio Profesional de Carrera (Publicada en el DOF en 2003), que promueven la igualdad de oportunidades para acceder a la función pública con base en méritos, acreditando el perfil y las capacidades gerenciales que el puesto requiere.⁷ Sin embargo, a pesar de que en Quintana Roo esta ley está vigente y fue promovida con anterioridad (publicada en Febrero de 2002 en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado), no existe claridad ni transparencia en el método empleado para la asignación de cargos directivos públicos y los SESA no son ajenos a esta situación.

Datos de la Dirección Administrativa¹⁵ indican que los SESA de Quintana Roo cuentan con personal de base federal, personal de base estatal, personal regularizado y personal eventual, con un total aproximado de 5,500 trabajadores, de los cuales, un 7.3% realiza procesos gerenciales. En la práctica diaria, estos gerentes se enfrentan al desafío de hacer eficientes los recursos disponibles sin contar con herramientas básicas que les permitan desarrollar una gestión adecuada, ya que en los SESA, sólo se reportan cinco registros de capital humano con estudios de formación en gerencia de servicios de salud. Esta situación no es novedosa, puesto que es reconocido que la capacitación gerencial está prácticamente ausente en la formación de recursos humanos para la salud, especialmente en los campos de medicina y enfermería.³²

A nivel federal, la SSa cuenta con la estrategia de fortalecimiento de recursos humanos. En 2012, a través del Instituto Nacional de Salud Pública, se impartió un Diplomado en Gerencia de Servicios de Salud dirigido a responsables estatales del Programa de Salud del Adulto y Anciano (PSAA) y coordinadores de UNEMEs EC. En este diplomado participaron cuatro directivos de los SESA de Quintana Roo. Estos datos permiten apreciar la debilidad que existe en los SESA en relación a la capacidad gerencial de sus directivos, situación que se debe considerar, puesto que las restricciones presupuestarias y la evaluación de los programas obligan a realizar un uso eficiente de recursos. Una organización que no cuente con la capacidad para aplicar los recursos de forma racional, puede derivar en resultados no deseados como por ejemplo, desabasto de medicamentos e insumos, servicios de salud inaccesibles, aumento de morbilidades y complicaciones por

* La meritocracia para los ascensos (Brasil); prerrequisitos de servicio civil (México); programas para el personal en el lugar de trabajo (Mozambique); el aprendizaje mientras se encaran retos reales (Egipto, experiencia en el trabajo y previa al servicio, Programa Virtual de Desarrollo de Liderazgo [VLDP por sus siglas en inglés]); ayuda de coaches y mentores en niveles jerárquicos superiores (a nivel mundial).³³

falta de atención médica, servicios de salud con capacidad de respuesta deficiente en casos de urgencias epidemiológicas y desastres, etc. La falta de capacidad gerencial en los SESA es particularmente importante, ya que además de afectar el desempeño institucional, una mala decisión puede derivar en iatrogenias que pueden costar vidas.

El desempeño institucional está dado en gran medida por los resultados de las evaluaciones realizadas a los PS por instituciones de nivel federal y estatal. De acuerdo a los resultados más recientes (2011⁶) de Caminando a la Excelencia, durante los últimos años, el desempeño de los PS no ha mejorado y se ha mantenido en niveles poco adecuados que pueden reflejar debilidades en su operación. Baste con mencionar que en 2011 Quintana Roo presentó el índice de desempeño más bajo de los últimos cinco años (78.7% en una escala de 0-100%) y que 74% de los PS nunca ha figurado dentro de los tres primeros lugares del ranking (*Tabla II*). Esta situación debe atraer la atención de los tomadores de decisiones para estudiar a profundidad esta realidad y generar estrategias de intervención factibles encaminadas a mejorar el desempeño de los PS.

Los resultados mencionados coinciden con lo señalado por diversos autores,^{1,7-8} y pueden ser atribuidos en gran parte a la falta de capacidad gerencial que tiene el talento humano sobre los procesos gerenciales que se ejecutan, impidiendo una buena planeación, programación anual y operación eficiente del presupuesto de los PS. En el caso de los PS de los SESA, es menester mencionar que aunque en sus programas de acción no se especifica un perfil gerencial para los responsables, sí se establecen claramente objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades e indicadores, cuya operación requiere de un adecuado desarrollo de procesos, habilidades gerenciales y capacidad de gestión para su buen funcionamiento. Sólo la normatividad bajo la cual se rigen las UNEMES EC, especifica los perfiles requeridos de sus recursos humanos.³⁴

Resumiendo, este estudio pretende confirmar si la problemática gerencial en los SESA de Quintana Roo se apega o no al marco teórico citado. Por lo tanto, el objetivo de investigación es establecer el tipo de relación que existe entre los procesos gerenciales con que son operados los PS dentro de los SESA y su desempeño. Por lo tanto, la pregunta de investigación que orientará el estudio es: **¿Cuál es la relación que existe entre los procesos gerenciales y el desempeño de los programas de salud en los SESA de Quintana Roo?**

IV. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

“La falta de ‘capacidad gerencial’ en todos los niveles del sistema de salud es citada con mayor frecuencia como una ‘restricción determinante’ para la expansión de los servicios y el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio”³⁵ Bajo este marco, en México, la SSA³⁶ refiere que para mejorar los servicios de salud, existen acciones innovadoras y factibles de implementar, como es el caso de la capacitación gerencial. Ésta constituye un instrumento que favorece cambios estructurales y prepara al capital humano por medio de conocimientos y habilidades para responder al logro de los objetivos institucionales. En los SESA de Quintana Roo, el progreso de estos objetivos está reflejado en gran medida en su marco de evaluación institucional, que mide el avance y desempeño de los PS.

Los resultados reportados en la evaluación del desempeño de los PS, teóricamente pueden tener relación con el desarrollo de los procesos gerenciales con que son conducidas las actividades que se realizan en dichos programas, afectando en gran medida el desempeño institucional de los SESA. En virtud de lo anterior, esta situación debe ser estudiada a profundidad y para contar con una visión integral, es necesario realizar un diagnóstico basal sobre los problemas, buenas prácticas y áreas de oportunidad que se presentan en los procesos gerenciales. Para los SESA, una prioridad es incrementar la calidad y organización de los servicios médicos, así como fortalecer la capacitación del personal de salud para un mejor desempeño de sus funciones. Debido a esto, el objetivo del presente estudio es plantar las bases teóricas y empíricas para establecer la relación entre los procesos gerenciales de los programas de salud y su desempeño, brindando evidencia que permitirá fortalecer los procesos gerenciales por medio de intervenciones efectivas orientadas a mejorar la capacidad gerencial del personal de salud.

La relevancia de este proyecto es porque en la región no existen estudios que permitan evaluar los procesos gerenciales de los PS, por lo que un aporte importante al conocimiento es, sumar evidencia en materia de gerencia a través de la generación de información derivada de un instrumento especialmente diseñado para la región. Dicho instrumento medirá los procesos gerenciales de los PS desde tres perspectivas diferentes, realizando importantes aportaciones para mejorarlos. Además el cuestionario podría ser replicado en otras entidades federativas con contextos similares, pues existe la ventaja de que la SSA de nivel federal evalúa el desempeño de los mismos PS en los 32 estados de la república.

Uso de los resultados. Al identificar el tipo de relación que existe entre los procesos gerenciales de los PS y su desempeño, se pretende proporcionar información útil que permita incidir en las debilidades de estos procesos para contribuir a evitar actividades innecesarias, capitalizar el aprendizaje y brindar evidencia que sirva como referencia a otros programas o contextos similares. De igual forma, se pretende contribuir a realizar un programa de capacitación en base a las necesidades institucionales y actualizar el profesiograma, acorde a las demandas actuales de los servicios de salud, por lo que los resultados del presente estudio, pueden ser una base importante para fortalecer estas dos áreas, facilitando a los SESA el proponer medidas específicas en materia de gerencia y, asimismo, coadyuvar a cumplir con la Ley del Servicio Público de Carrera de Quintana Roo³⁷ dentro de esta institución.

Los resultados del estudio serán una herramienta de apoyo para los tomadores de decisiones de los SESA, por lo que se compartirán con la Dirección de Servicios de Salud y la Dirección de Innovación y Calidad mediante un documento oficial, que llevará como anexo un reporte ejecutivo y una presentación que se difundirán por medios electrónicos. Los beneficiarios directos serán los gerentes que dirigen los programas de salud, los SESA (pues se contribuirá a mejorar la asignación y el ejercicio del presupuesto en salud), y por ende, la población usuaria de los SESA.

Finalmente, con el presente trabajo se pretende contribuir al conocimiento sobre los procesos gerenciales que desarrollan los directivos de los PS de los SESA de Quintana Roo, teniendo como referencia los conocimientos existentes relacionados con la gerencia, específicamente con base en las dimensiones sustantiva, política y operativa propuestas por Moore.

V. MARCO TEÓRICO

Diversos autores^{1,12-13} coinciden en que para hacer más eficiente el uso de los recursos disponibles, es necesario que los procesos orientados a las acciones en salud, se lleven a cabo bajo una buena gerencia. Aunque este campo cuenta con fundamento teórico y reconocimiento sobre su importancia en el campo de la salud, todas las instituciones tienen su particularidad, por lo que se debe considerar su contexto y sus determinantes para poder intervenir con acciones concretas.

Marco conceptual. Se iniciará el abordaje de la gerencia con los conceptos de organización y proceso administrativo, haciendo una breve remembranza de la evolución de la gerencia, definiciones conceptuales y los paradigmas que la rodean hasta su concepción actual. Posteriormente, se mencionará lo relacionado a métodos que se han aplicado para medir los procesos gerenciales y las evaluaciones que miden el desempeño de los programas de salud. Se incluirán marcos de referencia de autores reconocidos en el tema de la gerencia pública y se describirá a detalle el planteamiento de Moore y el porqué de la preferencia por la propuesta de este autor.

La organización. Para Mintzberg, “La nuestra se ha convertido, para bien y para mal, en una sociedad de organizaciones”³⁸ Este autor, hace una amplia referencia de la vida en el contexto de las organizaciones, sin embargo, menciona que a pesar de que los seres humanos estamos tan vinculados a estas “extrañas bestias colectivas” que influyen tanto en la vida cotidiana, pocas personas las comprenden realmente, por lo que define a la organización como una acción colectiva para realizar una misión común, una manera elegante de decir que un puñado de gente se ha reunido bajo un nombre común para producir algún producto o servicio.³⁸

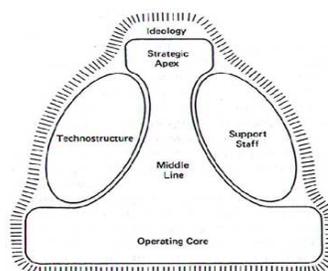
Stoner, conceptualiza a la organización como un grupo de dos o más personas que busca los beneficios de trabajar juntas, de manera estructurada, con el propósito de alcanzar una meta común o una serie de metas. Cada organización cuenta con un programa o método para alcanzar su meta, es decir, un plan. Las organizaciones también utilizan recursos y para ello dependen de otras organizaciones. Éstas se pueden dividir en su forma más simple en formales e informales. Las organizaciones forman parte de nuestra vida diaria y ponen a disposición del cliente una amplia variedad de bienes y servicios.³⁹ En relación a sus atributos y el enfoque configuracional, Mintzberg³⁸ caracteriza siete tipos básicos de organización tal como se indica en la siguiente tabla:

Tipos básicos de organización³⁸

Configuración	Mecanismo fundamental de coordinación	Parte clave de la organización	Tipo de descentralización
Organización empresarial	Supervisión directa	Ápice estratégico	Centralización vertical y horizontal
Organización maquina	Normalización de los procesos de trabajo	Tecnoestructura	Descentralización horizontal limitada
Organización profesional	Normalización de las habilidades	Núcleo de operaciones	Descentralización horizontal
Organización diversificada	Normalización de los outputs	Línea media	Descentralización vertical limitada
Organización innovadora	Adaptación mutua	Staff de apoyo	Descentralización selectiva
Organización misionera	Normalización de las reglas	Ideología	Descentralización
Organización política	Ninguno	Ninguna	Varios

Una organización sanitaria se desenvuelve en un contexto especial, puesto que se da una importante separación de funciones entre quien asume la responsabilidad de la atención sanitaria (el médico) y, las consecuencias financieras de sus decisiones (el director o el administrador). Otra característica que la hace especial es que entre el médico y el paciente existe una relación que no se da en otro tipo de organizaciones que producen servicios.⁸

Los operarios en una organización son las personas que realizan el trabajo básico de fabricar los productos y prestar los servicios y se denominan grupo operativo. Hasta la organización más simple requiere de por lo menos un gerente que es quien supervisa todo el sistema. Conforme la organización crece, se cuenta con una línea media o una jerarquía de autoridad entre el gerente y los operarios. Si la organización se vuelve más compleja se formará otro grupo de personas llamados analistas o staff quienes realizan tareas administrativas y se encuentran por fuera de la línea jerárquica de autoridad en la llamada tecnoestructura. De igual forma se añaden otras unidades para proporcionar servicios internos (asesoría jurídica, relaciones públicas, cafetería, etc.). Finalmente toda organización posee lo que se llama ideología o cultura, que abarca las tradiciones y creencias que la distinguen de otras organizaciones como indica la siguiente figura.³⁸



Modelo de Mintzberg

Robbins señala que para cumplir su misión y alcanzar su visión, las organizaciones trabajan de manera sistemática a través de sus integrantes, los cuales se dividen en gerentes y empleados operativos.² El compromiso del equipo de trabajo para avanzar hacia el logro de las grandes metas de la organización en buena medida se desprende del liderazgo de la persona que esté al frente,³² por lo tanto, ¿Quién debería dirigir la organización?

El gerente. “Los gerentes toman decisiones y son agentes de cambio”. Un gerente es quien “dirige” o “gerencia” una organización, siendo la función de la dirección, uno de los elementos del proceso gerencial. El gerente es quien conduce y administra todo aquello que es de su responsabilidad.³⁵ Mejía considera tres funciones principales del gerente, en primer lugar, la función de organizar: diseña la estructura de la organización, describe las actividades que se realizarán e identifica quién las realizará y los niveles de responsabilidad, incluyendo los de toma de decisiones. La función de dirigir: motiva a los empleados, coordina sus actividades, elige el canal más eficaz de comunicación y resuelve conflictos entre los miembros. Por último, la función de controlar: incluye asegurar que las cosas marchan conforme a lo planeado y que se vigile el desempeño de la organización.¹

Koontz y Weihrich,⁴⁰ describen cuatro tipos de habilidades gerenciales, la técnica: que permite el dominio de métodos, fórmulas y herramientas; la habilidad humana: enfocada a la promoción de las opiniones y negociación de los conflictos; la habilidad conceptual: permite contar una imagen de conjunto y una visión global y la habilidad resolutive cuyo propósito es impactar con decisiones de solución. Para estos autores, las habilidades gerenciales tienen una relación con los niveles organizativos: el nivel estratégico corresponde a la alta gerencia (mayor dominio de la habilidad conceptual y resolutive), el nivel táctico a la gerencia media (mayor dominio de la habilidad humana) y el nivel operativo al supervisor (mayor dominio de la habilidad técnica). *Figura III*

El proceso administrativo en salud

Continuando con el abordaje de la gerencia, no puede dejarse de mencionar al proceso administrativo. La teoría neoclásica o escuela del pensamiento administrativo, concibe a la administración como un proceso de aplicación de principios y de funciones para la consecución de objetivos.⁴¹ Para Robbins, "La administración es el proceso de llevar a cabo actividades eficientemente con personas y por medio de ellas". La administración es un

proceso que se compone de cuatro etapas fundamentales, que son: planeación, organización, dirección y el control; donde cada una de estas actividades implica el desarrollo de subprocesos.⁴² Estas etapas, consideradas por separado, constituyen las funciones administrativas, cuando se toman como una totalidad para conseguir objetivos, conforman el proceso administrativo.⁴³ El proceso administrativo es un proceso dinámico mediante el cual se crea, diseña y mantiene un ambiente entre personas o grupos de personas para alcanzar las metas de la organización; pero esto solo se logra a través de la división de funciones o actividades, las cuales están orientadas al cumplimiento de los objetivos.⁴⁴ Esto es factible por medio de las funciones administrativas que se describen a continuación.

La **planeación**, que es un intento de definir y avanzar hacia la dirección deseada, identificando racionalmente las actividades y recursos necesarios para moderar y manipular el presente y conformar el futuro que se desea.⁴⁴ Münch refiere que la planeación comprende la determinación exacta de los resultados que se pretende obtener, así como el análisis del entorno, los riesgos, las oportunidades, los recursos y las alternativas óptimas que se requieren para lograr dichos resultados. De acuerdo al nivel jerárquico en el que se realice y el periodo que comprenda, la planeación puede ser estratégica, táctica y operacional. La planeación estratégica es realizada por los altos directivos para establecer las directrices y los planes generales de la organización, es a mediano y largo plazo y abarca toda la empresa. La planeación táctica es responsabilidad de los jefes o gerentes de área con el fin de lograr el plan estratégico, puede ser a mediano y corto plazo y se refiere a un área específica. Finalmente, la planeación operacional que depende de la planeación táctica, es a corto plazo y se realiza en los niveles de operación.⁴⁵

La **organización**. Son las medidas que se utilizan para lograr lo que se desea. En esta etapa se diseña la estructura que permite una óptima coordinación de los recursos y las actividades para alcanzar las metas establecidas en la planeación. Mediante la organización se determinan funciones y responsabilidades y se establecen los métodos tendientes a la simplificación del trabajo.⁴⁵

La **dirección** es el poder influir en las personas para que contribuyan a las metas de la organización y del grupo, se relaciona predominantemente con el aspecto interpersonal de la administración.²⁵ La dirección comprende una serie de elementos como la toma de decisiones, la comunicación, la motivación y el liderazgo.⁴⁵

El **control** es la medición y corrección de las actividades de los subordinados para asegurar que los acontecimientos estén de acuerdo con los planes.^{44,45} El control implica las etapas de establecimiento de estándares, medición de resultados, corrección y retroalimentación.⁴⁵

La función de la administración en los servicios de salud, es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente.⁴⁴ Cuando se desempeñan como administradores, los individuos deben ejercer funciones de planeación, organización, integración, dirección y control,⁸ empero, en los sistemas y servicios de salud, cada vez es más frecuente hablar de gerencia en salud, en virtud de que los recientes enfoques para dirigir los servicios de salud están orientados a la organización y su objetivo es la satisfacción del usuario, mientras que la administración está orientada a los recursos y su objetivo es la eficiencia.³⁵

La gerencia en los sistemas y servicios de salud, ha sumado al proceso administrativo, a través del tiempo, la capacidad gerencial y el talento humano. Por lo anterior, no es posible sólo actuar en función de la normatividad preestablecida, el gerente al frente de los programas de salud debe contar con habilidades, capacidad técnica y capacidad de innovación, por lo que es menester considerar, la importancia que reviste a la gerencia en los servicios de salud.

La gerencia en los sistemas y servicios de salud

La gerencia es un proceso cooperativo, por medio del cual un grupo de personas adopta decisiones bien informadas para dirigir acciones y complementar esfuerzos para la consecución de objetivos comunes y la resolución de problemas que requieren de la toma de decisiones inmediatas, optimizando los recursos existentes en la producción de servicios.⁴⁶

La conceptualización sobre gerencia no siempre ha sido la misma. A través de diversos momentos de la historia se han desarrollado conceptos que en su momento fueron verdaderos paradigmas, como las teorías organizacionales.¹ Al igual que Mintzberg,³⁸ Mejía¹ considera dos grandes precursores de las teorías organizacionales, en primer término, la Teoría de la acción administrativa, desarrollada por Henry Fayol, quién sistematizó el trabajo gerencial en varias etapas: planear, organizar, ejecutar y controlar. En este enfoque la función del gerente se dirige hacia el interior de la organización y a espaldas del entorno. En segundo término, la Teoría de la organización racional del trabajo, planeada por Taylor,

quien establece mecanismos como la estandarización de procesos, creación de departamentos de planeación, estructura de costos y, bonificación por productividad.

Actualmente, la gerencia pública en salud implica la integración del nuevo enfoque de gestión de las políticas sociales con los avances de las ciencias de la administración y del concepto redimensionado de salud. Al estar inmersa en una problemática social compleja, heterogénea y cambiante, requiere de creatividad, compromiso y solidez de parte de los que la ejercen.³⁵ El gerente de servicios de salud es el actor principal del ejercicio de la autoridad sanitaria y tiene la responsabilidad de la conducción y organización de los servicios de salud,⁴⁶ sus funciones principales se llevan a cabo a través de procesos.

De acuerdo a la OMS, **proceso** “es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionados que se caracteriza por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener ciertos resultados”.¹ Autores como Martínez, Harrington y Fortuny coinciden en que los procesos son una serie de actividades relacionadas entre sí para transformar insumos en un resultado (producto o servicio) específico, en busca de satisfacer al usuario o cliente.^{1,8} En todo proceso debe existir una secuencia, un orden determinado, lo que es fundamental en su racionalización.¹ Los procesos se mejoran para eliminar las actividades que no agregan valor⁸ como: eliminar insumos o resultados innecesarios, disminuir el tiempo del ciclo y el costo del proceso, eliminar requisitos innecesarios para el cliente.

El **proceso gerencial**³⁵ se compone principalmente de cuatro elementos: diseño organizacional, desarrollo organizacional, dirección y desempeño organizacional. Estos elementos interactúan en el marco de la planificación sanitaria y en torno a la cultura organizacional. Pineault define a la planificación de la salud como “un proceso continuo de previsión de recursos y servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas, esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro”.⁴⁷ La cultura organizacional es un sistema de significado compartido entre sus miembros, y distingue a una organización de otras. La “cultura” es la respuesta dada (o esperada) ante determinados problemas, incluye tabúes, usos y costumbres, creencias y sentimientos colectivos. Sobre este eje de cultura organizacional, es donde se desarrollan los componentes del proceso administrativo, a enunciar:

El *diseño organizacional*,³⁵ que es un proceso en el que los gerentes toman decisiones para elegir la estructura organizacional adecuada para la estrategia de la organización y el entorno en el cual los miembros de la organización ponen en práctica dicha estrategia. Comprende tres componentes en la supraestructura: organigramas, funciogramas y departamentalización y, seis componentes de infraestructura: integración, coordinación, diseño y división del trabajo, sistemas de información, tecnología y recursos humanos.

El *desarrollo organizacional*,³⁵ es mejorar el ambiente de trabajo dentro de la organización para el consecuente alcance de objetivos y eficiencia organizacional, comprende: el liderazgo que es la experiencia que permite a los seguidores actuar en una determinada dirección, aun sin el control presente y directo del líder,⁴⁸ la comunicación que es un proceso dinámico de intercambio de ideas, el trabajo en equipo que es un proceso colaborativo, y la motivación es 'causa de movimiento' o dar causa para algo.

La *dirección organizacional*,³⁵ es una función del proceso gerencial que consiste en guiar las personas para el desarrollo de acciones hacia el logro de los objetivos. Intervienen básicamente siete componentes: la toma de decisiones que es la selección de un curso de acción entre varias opciones; el manejo de conflictos que comienza cuando una parte percibe que otra ha afectado negativamente algo que le interesa a la primera o está a punto de afectarlo; la negociación que es un proceso en el que dos o más partes con intereses comunes y conflictivos se reúnen para proponer y discutir propuestas explícitas con el propósito de llegar a un acuerdo dentro de un marco acordado.

Desempeño organizacional.³⁵ La evaluación de la gestión mide los resultados logrados con respecto a los objetivos institucionales en términos de efectividad (se define como el logro exitoso de objetivos establecidos), eficiencia (es la relación entre los productos obtenidos sobre el costo), eficacia (diferencia entre los propósitos menos los logros), productividad (es una relación entre la producción y los recursos ocupados y refleja que tan bien se está utilizando el recurso en el proceso productivo), calidad en salud⁴⁹ (es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones, aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual). El seguimiento, control y evaluación de los programas de salud, son procesos fundamentales para la gestión. La evaluación analiza cómo se realizaron las actividades y acciones previamente establecidas y los resultados obtenidos con su aplicación. Estos procesos gerenciales permiten a los directivos visualizar si el programa presenta fallas o si está siendo efectivo.

Empero, los procesos gerenciales de los programas de salud de los SESA, que se llevan a cabo de manera rutinaria por el capital humano, como los mencionados previamente, no se evalúan, y por lo tanto, se desconoce si existe un procedimiento sistemático para efectuarlos y cuál es su contribución para favorecer el desempeño institucional de los SESA. Por lo tanto, una vez conceptualizados los componentes del proceso gerencial, para fines del presente estudio, se procederá a enunciar los principales componentes de la evaluación.

Evaluación de los programas de salud: desempeño institucional.

En Quintana Roo, la evaluación de los programas de salud constituye una base importante para medir el desempeño institucional de los SESA, por ser estos, el medio por el cual se llega a la población usuaria. Por tal motivo, es menester establecer conceptualmente los términos objeto del presente estudio, a saber:

a. La evaluación en salud. Para la Secretaría de Salud, la evaluación constituye un poderoso instrumento para la toma de decisiones en todo el ciclo gerencial y uno de los instrumentos esenciales de la rendición de cuentas. Es un procedimiento de análisis que juzga la pertinencia, la eficiencia, los progresos, los resultados y el impacto de un sistema, una política, un programa o una serie de servicios específicos.⁵⁰ La evaluación es un componente de la etapa de control dentro del proceso administrativo y un elemento de la dirección dentro del proceso gerencial. Su objetivo es analizar cómo se realizaron las actividades y acciones previamente establecidas y los resultados obtenidos con su aplicación. En el sector público la evaluación es un proceso fundamental para la definición y análisis de políticas públicas y para los procesos de planeación y toma de decisiones.⁵¹ La función primera de la evaluación es determinar el valor o el grado de éxito en la consecución de un objetivo predeterminado. La meta de la evaluación es realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado.⁵²

¿Para qué evaluar?⁵³ Los resultados de una evaluación son evidencia, conocimiento e información sobre lo que se está logrando con el uso de los recursos. En ese sentido, se puede establecer que la evaluación de programas tiene tres papeles importantes:

1. Rendición de cuentas. La evaluación permite informar del uso y resultados de los recursos públicos. Los contribuyentes deben estar enterados de qué se está pagando y logrando con cada peso que se invierte en un programa.
2. Asignación de recursos. Las evaluaciones permiten identificar cuál es el mejor uso de los recursos disponibles, considerando que estos siempre son limitados, y las necesidades ilimitadas.
3. Aprendizaje y generación de conocimiento. La experiencia generada por estos programas constituye conocimiento sobre lo que si funciona o no, lo cual puede ser referente para otros contextos que enfrenten problemas similares.

b. La evaluación de los procesos gerenciales. Actualmente tanto organismos como gobiernos coinciden en que la toma de decisiones sobre el financiamiento o continuidad de un programa, no debe depender solamente de los resultados de un tipo de evaluación, sino que el programa debe ser visto de forma integral, considerando tanto el contexto del programa, fases de un programa, el abordaje y su evaluación.⁵³ Este enfoque se podría abordar a través de la **dirección de procesos**, que es la dirección de la globalidad de la organización a partir de todos sus procesos. Ello significa un cambio de paradigma, crucial en el sistema de gestión sanitaria. Puesto que, de gestionar en base a resultados y, posteriormente controlar los procesos, ahora se deben gestionar los procesos y, posteriormente controlar los resultados. La dirección por procesos y su mejora, se sitúa como uno de los pilares sobre los cuales se asienta la excelencia.⁸ Dado lo anterior, la evaluación de procesos gerenciales podría proporcionar grandes aportaciones a favor de los ciclos de mejora.

“La **evaluación de procesos** considera los métodos empleados para transformar los insumos políticos, económicos y de otra clase en productos o resultados. En este contexto también importan las reglas procesales que gobiernan la participación en el programa y su administración”.⁵² Uno de los objetivos de la evaluación de procesos permite evaluar las razones del desempeño exitoso (o no exitoso), y proporciona información para detectar ventanas de oportunidad.⁵⁴

c. La toma de decisiones. Como ya se mencionó anteriormente, una de las tareas más importantes de los gerentes es la toma de decisiones y su objetivo principal es obtener resultados. La generación de la información, su análisis y evaluación no son suficientes para garantizar una gestión exitosa, se requieren habilidades y un procedimiento sistemático para su adecuada interpretación y uso. Esto permitirá realizar la selección más

acertada de las posibles opciones.⁵⁵ Para tomar decisiones, los gerentes deben considerar tres situaciones fundamentales: 1) Si la decisión es programada (por su recurrencia, pueden considerarse hasta cierto punto como cotidianas) o no programada (involucran situaciones imprevistas o muy importantes), 2) Cuáles son los efectos futuros de la decisión que van a tomar y, 3)Cuál es la magnitud del impacto que puede provocar en otras áreas o actividades.³⁵

d. El desempeño de los programas de salud en los SESA. La evaluación de un programa es un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción, como de su ejecución, así como sobre las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación.⁴⁷ Uno de los modelos más usados para evaluar programas de salud, es el de Avedis Donabedian, el cual propone tres enfoques: estructura, proceso y resultado. A grandes rasgos, la evaluación de estructura permite conocer los recursos humanos, financieros y materiales con que cuenta el programa, la evaluación de proceso, su funcionamiento y la evaluación de resultados sus logros.⁵⁶

En Quintana Roo, los 27 programas de salud son evaluados de manera sistemática por instancias de nivel estatal y federal. Para el presente trabajo, se considerarán las evaluaciones adelante descritas por presentar informes accesibles de manera trimestral. En primer término se tomará en cuenta la estrategia de nivel federal conocida como “Caminando a la Excelencia” que es impulsada por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y consiste en generar un reporte trimestral que contiene información sobre los principales indicadores (*Tabla 1*) a través de los cuales se construye un índice de desempeño de cada programa, para medir su avance.⁶

En segundo lugar, se considerará el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), monitoreado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y que ha sido desarrollado para el registro de información y datos de los 31 Programas de Acción Específicos en materia de salud pública en las 32 entidades del país. Es, pues, la herramienta tecnológica para contribuir a la alineación de los objetivos de los programas, sus metas e indicadores, a los respectivos presupuestos, considerando todas las fuentes de financiamiento. Es un instrumento para la planeación de programas anuales, la transferencia de los recursos a los estados, así como para el seguimiento y evaluación de resultados.⁵⁷

El tercer sistema de evaluación que se contempla es el Sistema Electrónico para la Integración de los Programas Operativos Anuales (SEIPOA), monitoreado por el Gobierno del Estado de Quintana Roo a través de la Secretaría de Hacienda, con el propósito de favorecer la calidad del proceso de programación-presupuestación y asegurar que los bienes y servicios (resultados de los procesos y proyectos a los que se asignará presupuesto) cumplan en congruencia y pertinencia con los objetivos estratégicos del Plan Estatal de Desarrollo.³¹ Los resultados o logros, no deben ser confundidos con el desempeño del programa, ya que éste, deriva de una evaluación holística, donde se analizan e interpretan los resultados. La evaluación institucional de los SESA, tiene su base en herramientas como las anteriormente mencionadas, que permite a los tomadores de decisiones contar con una visión más completa del trabajo que, como equipo de salud, refleja este organismo.

Marco de referencia

Con el fin de sumar evidencia y dar respuesta a la pregunta del presente estudio, una vez conceptualizados los componentes del proceso gerencial, se incluirá en este apartado, el marco de referencia de autores reconocidos en el tema de la gerencia y se describirá a detalle el planteamiento de Moore y el porqué de la elección de la propuesta de este autor. Entre las acciones que se han documentado para mejorar el desempeño institucional y la capacidad gerencial del personal en las organizaciones, se encuentran las tres líneas de acción que recomienda el Banco Mundial:⁵⁸

1. Fortalecer la capacidad para formulación y coordinación de políticas públicas
2. Establecer sistemas más eficientes y efectivos de provisión de servicios exclusivos del sector público
3. Alentar al personal motivado y capaz

En este sentido, se concluye la demostración empírica de la correlación estrecha entre el índice de meritocracia pública y el crecimiento socioeconómico; y, en ese índice, la construcción de un sistema de servicio civil de carrera es una vez más el elemento clave. Condición esencial es la “reconstrucción de la capacidad estatal” en la que “la implementación de la reforma gerencial es un aspecto fundamental”. La función pública o el servicio civil no es ni debe ser un asunto sólo de gobierno. Es también y simultáneamente una cuestión del sistema político de la sociedad en su conjunto.⁵⁸

Servicio Profesional de Carrera (SPC). Desde hace una década, leyes como la del Servicio Profesional de Carrera, promueven la igualdad de oportunidades para acceder a la función pública en base a méritos, acreditando el perfil y con las capacidades que el puesto requiere. Esto se da mediante la aplicación de una “Prueba de conocimientos y habilidades de la capacidad gerencial de visión estratégica”, diseñada para medir los conocimientos y las habilidades intelectuales básicas. Las capacidades gerenciales son parte de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que de manera general y por su nivel de responsabilidad, deberán tener los servidores públicos de carrera para el desempeño de sus funciones.⁵⁹

El 03 de abril del año 2003,⁶⁰ la Ley de Servicio Profesional de Carrera en México reformó el reclutamiento de funcionarios civiles. La ley manda que todos los empleados del gobierno (incluyendo los de la Secretaría y Servicios Estatales de Salud) sean seleccionados y contratados sobre la base de su competencia para realizar el trabajo, a través de un proceso abierto y transparente. El perfil contiene cuatro series de competencias básicas:

1. Visión de servicio público, incluyendo los valores éticos
2. Competencias de gerencia y liderazgo
3. Competencias técnicas generales (por ejemplo, administración, idiomas y manejo de software)
4. Competencias técnicas especializadas.

La Ley del Servicio Público de Carrera en el Estado de Quintana Roo (SPC²). En Quintana Roo, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 6 de Febrero del año 2002, la “Ley del Servicio Público de Carrera del Estado de Quintana Roo” con el objeto de establecer el Servicio Público de Carrera de los Trabajadores y las Trabajadoras de los Poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial, y Municipios de la entidad. El Servicio Público de carrera es el instrumento para la profesionalización de los Servidores Públicos y Servidoras Públicas del Estado de Quintana Roo, que se sustenta en los principios rectores del mismo, con el propósito de que las instancias cumplan con sus programas y alcancen sus metas, con base en la actuación de personal calificado que preste servicios de calidad, de manera continua, uniforme, regular y permanente, para satisfacer las necesidades requeridas.³⁷ Sumado a estas acciones, se encuentran los procesos gerenciales que tienen injerencia en los servicios de salud, tomando como referencia los conceptos empleados para evaluar las competencias directivas⁶¹ aplicadas en el “Modelo Chileno de Modernización de la Gestión Pública”, y en el Modelo MEFHADICR del IMSS.

El Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Competencias Directivas (MEFHADICR).⁶¹ Es un proyecto sumamente ambicioso, que empezó a desarrollarse el año de 2007. Se ha venido implantando a lo largo de todos estos años y cuya conclusión aún está pendiente. El IMSS cuenta con programas para la Formación Directiva, cuyos objetivos son “Proporcionar conocimientos teóricos sobre procesos de trabajo, comportamiento humano, calidad en los servicios y metodología”, así como “habilitarlos en la administración de la mejora de los servicios y una visión estratégica acorde a las necesidades de la institución, así como para ocupar puestos de mayor jerarquía”. Sin embargo, nunca se había elaborado un diagnóstico de necesidades formativas ni una evaluación del desempeño directivo a fin de evaluar la efectividad de sus acciones.

La construcción de este modelo vino a dar respuesta a las siguientes necesidades institucionales: profesionalización del personal directivo, formación y certificación del personal en competencias, formación de líderes para la integración de cuadros directivos, capacitación orientada a resultados y con enfoque al usuario, alineamiento de la formación a las necesidades de las áreas y, capacitación / actualización sobre los procesos rediseñados.⁶¹ Después del análisis de diversos modelos de capacitación por competencias y habiendo obtenido los resultados del diagnóstico de habilidades gerenciales, se optó por adoptar para el IMSS el MEFHADICR. Las competencias que evalúa el **Modelo Chileno** son: el pensamiento sistémico, el liderazgo, el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, la gestión de la diversidad, la gestión del cambio y la gestión de asociatividad. El MEFHADICR consideró dos competencias más, sumadas a las del Modelo Chileno que son la toma de decisiones y la atención y servicio al cliente.⁶¹

Para Dwyer, el personal de salud carece de preparación en las áreas de liderazgo y gerencia, lo que a menudo los frustra y podría socavar la calidad de la atención y los servicios para los pacientes. La relación simbiótica entre invertir en iniciativas de liderazgo y gerencia y lograr resultados deseados se ha establecido de manera clara en diversos estudios* que han demostrado mejoras significativas en las relaciones, entre los miembros del equipo y la calidad de la prestación de servicios.³³

* Un estudio realizado por la empresa estadounidense Metrix Global LLC, encontró que se recuperaban US\$7.90 por cada US\$1.00 gastado en actividades de “coaching” y desarrollo de liderazgo a nivel ejecutivo. Otro estudio conducido por la misma compañía encontró que el rédito de las iniciativas de coaching era del 529% (Robertson 2005, Anderson 2004). Más específicamente, los estudios encontraron que 40 gerentes y administradoras que recibieron coaching y desarrollo de liderazgo reportaron mejoras significativas en las relaciones entre los miembros del equipo, la calidad de la prestación de servicios y las tasas de retención.³³

Propuesta de Moore:¹⁶ Este autor plantea una propuesta para mejorar la gestión estratégica en el sector público. Moore define el hecho de obtener mejores resultados por los gestores, dado el enorme compromiso que significa la confianza de la sociedad al encomendar sus recursos a un gerente para ser transformados. Asimismo, la clara definición conceptual del éxito gerencial es: aumentar el valor público* producido por las organizaciones públicas tanto a corto como a largo plazo. La gestión estratégica del valor público comprende tres dimensiones que pueden ser interpretadas como tres grandes procesos:

1. **Dimensión sustantiva.** Definición de propósito.
2. **Dimensión política.** Gestión hacia arriba con el fin de obtener del entorno político la legitimidad y apoyo suficientes para su propósito
3. **Dimensión operativa.** La gestión hacia abajo, intentando mejorar las capacidades de la organización para conseguir los propósitos deseados

Un triángulo estratégico puede ayudarnos a conceptualizar este argumento fundamental. Esta imagen centra la atención directiva en tres cuestiones clave a las cuales los directivos deben dar respuesta cuando analizan si su concepción del propósito organizativo es apropiada: en qué medida el propósito genera valor público, en qué medida recibirá el apoyo político y legal, y en qué medida es viable administrativa y operativamente¹⁶, como se indica en la siguiente figura.



Fuente: Marck Moore¹⁶

* Valor público es el objeto del trabajo del directivo en el sector público y consiste en producir resultados valiosos orientados a la satisfacción de necesidades y producción de beneficios sociales.¹⁶

El triángulo también sirve de recordatorio a los directivos de las funciones y tareas clave que deben llevar a cabo para definir y realizar su visión. Cada una de las dimensiones puede ser evaluada en función de su contribución para generar valor público. En la dimensión sustantiva se evalúa la claridad del propósito, nivel de riesgos y exposición y nivel de abstracción. En la dimensión política se evalúa la rendición de cuentas rutinaria, autorización del cambio y la innovación, coordinación institucional o interorganizativa y coordinación interinstitucional (movilizar la coproducción descentralizada). La dimensión operativa evalúa la capacidad del gerente para elaborar un diagnóstico operativo, innovación y mejora de procesos, reorganización del trabajo, integración del equipo de colaboradores, ejercicio de autoridad y obtención de recursos adicionales.

Las intervenciones exitosas se pueden incrementar o replicar en nuevos proyectos o etapas de programas, mientras las actividades que no producen resultados pueden ser descartadas.⁶² Para esto, es menester considerar la información que prevalece sobre el buen desempeño de los programas en contextos similares para aprovechar experiencias exitosas que puedan repercutir de manera positiva en el desempeño institucional de los SESA de Quintana Roo.

En resumen, desde este punto de vista, los directivos públicos se convierten en estrategias en lugar de técnicos. Miran hacia fuera, intentando averiguar el valor de lo que están haciendo, y también hacia abajo, intentando determinar la eficacia y la adecuación de sus medios. Involucran a los políticos que rodean su organización para ayudarles a definir el valor público y a diseñar la gestión de sus organizaciones, y anticipan un mundo de conflictos políticos y tecnologías cambiantes que, con frecuencia, les obliga a rediseñar sus organizaciones en lugar de esperar un entorno estable que les permita perfeccionar sus operaciones actuales. Los directivos públicos deben comprometerse éticamente y desarrollar su actitud psicológica si quieren tener éxito (y ser éticos) como directivos públicos.¹⁶ Finalmente, tomando como referencia el Modelo Estratégico de Moore, se propone el siguiente modelo para la evaluación de los procesos gerenciales en los SESA.

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Evaluar la relación entre los procesos gerenciales de los programas de salud y su desempeño, en el marco de evaluación institucional, en los SESA de Quintana Roo.

6.2 Objetivos específicos

1. Identificar los procesos gerenciales, que desde la perspectiva teórica, influyen en el desempeño de los PS
2. Identificar problemas, debilidades, fortalezas y áreas de oportunidad en los procesos gerenciales de los programas de salud
3. Realizar un análisis del marco de evaluación institucional de los SESA a través de los sistemas de información existentes para conocer el desempeño de los PS
4. Determinar el tipo de relación que existe entre los procesos gerenciales y el desempeño de los programas de salud por medio de un análisis multivariado

VII. MÉTODO

Tipo y diseño de estudio.

Se trata un estudio cuantitativo con un diseño observacional analítico de corte transversal, cuyo objetivo es establecer el tipo de relación que existe entre los procesos gerenciales (variable independiente) y el desempeño de los PS de los SESA (variable dependiente). El universo de estudio serán los SESA del Estado de Quintana Roo y la población definida para el presente proyecto, incluirá la participación de gerentes que dirigen los programas de salud de los SESA en los tres niveles organizacionales: estratégico, táctico y operativo. El método de priorización de los programas que participarán, se especifica con detalle en el apartado de “selección de los participantes”. Las unidades de observación serán los gerentes de los programas de salud priorizados y las unidades de análisis serán los procesos gerenciales que desarrollan los directivos en estos programas.

Selección de los participantes

La selección de los participantes se realizará por medio de las siguientes etapas:

Primera etapa. Criterio de priorización: se priorizarán los gerentes de los PS responsables de dar atención a los padecimientos que ocasionan las diez principales causas de muerte (responsables del 71% del total de muertes en 2010) y, asimismo, causantes del 74% de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en el estado, como se indica en la siguiente tabla.

Priorización de los programas de salud

No	Programa de salud	Causa	Tasa de Mort.	AVPP
1	Diabetes	Diabetes mellitus	40.7	7102
2	Riesgo cardiovascular	Enfermedades del corazón	40.7	7251
3	CACU / CAMA	Tumores malignos	36.9	8484
4	Prevención de Accidentes	Accidentes	28.5	14905
5	Adicciones	Enfermedades del hígado	26.4	7585
6	Envejecimiento	Enfermedades cerebrovasculares	14.9	2237
7	Salud materna y perinatal	Afecciones del periodo perinatal	13.1	13452
8	Violencia	Agresiones	10.4	5724
9	VIH/SIDA	Enfermedad por VIH	9.8	5432
10	Salud mental	Lesiones autoinflingidas	9.7	5249

Fuente: Datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) Secretaría de Salud

Segunda etapa. Participarán en el estudio los gerentes que dirigen los PS priorizados de los tres niveles organizacionales, considerando:

- Nivel estratégico (NE): Secretario de Salud, Director de Servicios de Salud Estatal, Jefes de Jurisdicciones Sanitarias y Directores de Hospitales
- Nivel táctico (NT): Subdirectores de Área Estatal, Jefes de Departamento Estatal, Coordinadores Jurisdiccionales y Subdirectores Médicos de Hospitales
- Nivel operativo (NO): Responsable Estatal de Programa, Responsables Jurisdiccionales de programa y Responsable Hospitalario de programa, como se indica en la siguiente tabla.

Selección de los Participantes

NIVEL ORG.	NIVEL (SESA)	UNIDAD ADMINISTRATIVA	CARGO	TOTAL
NE	II	Despacho de la Dirección General	Secretario de Salud	1
NE	III	Dirección (estatal)	Director de Servicios de Salud	1
NE	III	Jurisdicción Sanitaria	Jefe de Jurisdicción	3
NT	IV	Subdirección (estatal)	Subdirector de Prevención y Promoción de la Salud	1
NT	IV	Subdirección (estatal)	Subdirector de Epidemiología	1
NE	IV	Dirección de Hospital General	Director de Hospital General	5
NE	IV	Dirección de Hospital Integral	Director de Hospital Integral	3
NE	IV	Dirección de Hospital Especialidad	Director del Hospital Materno Infantil	1
NT	V	Departamento (estatal)	Jefe de Departamento	3
NT	V	Departamento (jurisdiccional)	Jefe de Departamento o Coordinación	3
NO	S/N	Responsable (estatal)	Responsable de programa estatal	11
NO	S/N	Responsable (jurisdiccional)	Responsable de programa jurisdiccional	33
NO	S/N	UNEME	Director de UNEME de Enfermedades Crónicas	3
NO	S/N	UNEME	Director de UNEME DEDICAM	2
Total			Total	71

Fuente: Servicios Estatales de Salud. Dirección de Innovación y Calidad. Organigrama de los SESA

Criterios de inclusión: Podrán participar en el estudio todos los gerentes de los programas de salud priorizados, que deseen participar de manera voluntaria en el estudio y que autoricen y firmen la carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión: Se excluirá a los gerentes que no pertenezcan a los programas de salud priorizados, gerentes que no deseen participar en el estudio, que no asistan a su entrevista en dos ocasiones y que no autoricen el consentimiento informado.

Criterios de eliminación: Se eliminarán del estudio los cuestionarios que no contengan por lo menos al 90% del total de los ítems.

Recolección de datos e instrumentos

Fuentes de información. La recolección de datos está diseñada para consolidarse en dos etapas. En la primera etapa, se recolectarán datos de fuentes primarias mediante una batería de cinco instrumentos descritos en el apartado “Batería de instrumentos”. El objetivo es obtener información sobre los procesos gerenciales que efectúan los directivos de los PS priorizados, en base a las dimensiones y funciones directivas planteadas por Moore. En la segunda etapa se recolectarán datos de fuentes secundarias (que más adelante serán descritas a detalle), para conocer información general sobre los temas del presente estudio y el desempeño de los programas de salud en los SESA de Quintana Roo.

Primera etapa: Recolección de datos de fuentes primarias. Con base en los objetivos del estudio y para dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre los procesos gerenciales y el desempeño de los programas de salud en los SESA de Quintana Roo?, es necesario aplicar una batería de cinco instrumentos que permitan elaborar un diagnóstico basal sobre los procesos gerenciales que son desarrollados por la población de estudio.

Batería de Instrumentos. La batería se aplicará a los gerentes de los programas de salud priorizados y estará integrada de la siguiente forma: tres cuestionarios estructurados que evalúan las dimensiones propuestas por Moore (uno por cada nivel organizativo), un cuestionario desarrollado para medir la “Toma de decisiones efectiva” de Zecchino⁶³ y el cuestionario “Competencias del supervisor”.⁶⁴ Para definir el nivel del instrumento (I, II ó III) que se va a aplicar a cada uno de los directivos, se tomará como base la propuesta de autores como Koontz y Weihrich⁴⁰ (*Figura III*). Los directivos aplicarán un total de tres instrumentos en base a la siguiente tabla:

No.	Instrumento	Nivel Estratégico	Nivel Táctico	Nivel Operativo
1	Cuestionario 1: Nivel II y III	✓		
2	Cuestionario 2: Nivel IV y V		✓	
3	Cuestionario 3: Nivel VI			✓
4	Cuestionario "Toma de decisiones"	✓	✓	✓
5	Cuestionario "Competencias del supervisor"	✓	✓	✓

En los tres instrumentos denominados: Cuestionario 1 (nivel II y III), Cuestionario 2 (nivel IV y V) y Cuestionario 3 (nivel VI), se utilizará la técnica de entrevista personal y, en el Cuestionario "Toma de decisiones" y Cuestionario "Competencias del supervisor" se aplicará con la técnica de cuestionarios autoaplicados. El procedimiento para su aplicación será el siguiente: se notificará oficialmente la aplicación de los instrumentos, especificando el objetivo y la duración de su aplicación. Posteriormente, a cada uno de los gerentes participantes se les solicitará una cita (de manera personal, vía telefónica o por correo electrónico) para acordar fecha, hora y lugar donde se aplicarán los instrumentos, previa autorización de la "Carta de consentimiento informado". En caso de que el participante no acuda a la cita, se programará una segunda entrevista y si por segunda vez no se presentara, se excluirá del estudio. Todos los instrumentos se aplicarán dentro de las instalaciones de los SESA. Esta evaluación permitirá contar con una visión holística sobre el desarrollo de procesos gerenciales de los funcionarios y, asimismo, podrá establecer diferencias entre los procesos identificados y los procesos que teóricamente se deben realizar.

*El Policy Maker** se aplicará para conocer la viabilidad política de los PS. El análisis se realizará de forma participativa con los actores clave de los PS, para determinar la posición, el poder y posible influencia que guardan los actores vinculados al proceso de toma de decisiones, en torno al propósito del programa. Esta actividad se realizará posterior a la aplicación de los cuestionarios.

* El Policy Maker es un programa de cómputo que fue desarrollado para realizar análisis de políticas de salud mediante la definición de metas, identificación de actores, la caracterización de oportunidades y barreras, la formulación de estrategias y las dificultades para aprovechar las oportunidades y solventar las barreras ⁶⁵

Segunda etapa: Recolección de datos de fuentes secundarias. Los datos de fuentes secundarias se obtendrán de las páginas electrónicas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Boletines Anuales de Caminando a la Excelencia (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de nivel federal) y el Anuario Estadístico Quintana Roo 2012. El Informe anual del SIAFFASPE, el Programa Operativo Anual (POA), los Informes financieros anuales por programa y el Informe anual del SEIPOA, se solicitarán de manera oficial a la Dirección Administrativa y a la Dirección de Servicios de Salud de los SESA.

Definiciones operacionales de las variables

Variable dependiente. Para la evaluación del desempeño de los PS (variable dependiente), se considerarán los resultados del marco de evaluación institucional del año 2013 (Caminando a la Excelencia, SIAFFASPE y SEIPOA), como se especifica en la siguiente tabla.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores de medición	Fuente
Desempeño del programa de salud (Caminando a la Excelencia, SIAFFASPE y SEIPOA)	Índice de desempeño anual en Caminando a la excelencia	Resultado obtenido por el programa en la evaluación 2013 de Caminando a la Excelencia	Categórica ordinal	Se considerará el índice de desempeño anual obtenido por el programa en la evaluación de Caminando a la Excelencia	Informe anual 2013 de Caminando a la Excelencia
	Proporción de metas anuales alcanzadas por el programa en el SIAFFASPE	Resultado obtenido por el programa en 2013 de SIAFFASPE	Numérica continua	Se considerará el porcentaje de metas anuales obtenido por el programa en el SIAFFASPE	Cierre anual 2013 del SIAFFASPE
	Proporción de metas anuales alcanzadas por el programa en el SEIPOA	Resultado obtenido por el programa en 2013 de SEIPOA	Numérica continua	Se considerará el porcentaje de metas anuales obtenido por el programa en el SEIPOA	Cierre anual 2013 del SEIPOA

Las definiciones operacionales del resto de las variables se exponen en la tabla III: Definiciones operacionales y, los procesos y las actividades de las cuales derivan estas variables se especifican en la tabla IV que se encuentran en los anexos.

VARIABLES INDEPENDIENTES. Las variables independientes se medirán por medio de cuatro componentes:

1. El componente I, medirá las variables sociodemográficas. Se considerarán las variables relacionadas con el **perfil profesional y laboral** del participante como la edad, escolaridad, tiempo trabajando en el programa, áreas en las que se ha desempeñado, etc.
2. El componente II medirá la **dimensión sustantiva**, que contemplará el proceso para establecer del propósito del programa.
3. El componente III medirá la **dimensión política**, donde se considerarán los procesos de rendición de cuentas rutinaria, la autorización del cambio e innovación, la coordinación interorganizativa y la movilización de la coproducción descentralizada (coordinación interinstitucional).
4. El componente IV medirá la **dimensión operativa**, que incluirá los procesos de capacidad de diagnóstico operativo, la innovación y mejora de procesos, la reorganización del trabajo, la integración del equipo de colaboradores, el ejercicio de la autoridad y la obtención de recursos adicionales.

Los últimos tres componentes derivan del modelo propuesto por Moore y se describen a detalle con plantillas de indicadores en el Anexo III.

Componente I. Perfil profesional y laboral.

VARIABLES	
Variable	Indicador
1. Edad	Número de años al último día de cumpleaños
2. Escolaridad	Último nivel de estudios aprobados y concluidos
3. Antigüedad laboral	Estudios realizados en el área gerencial
4. Experiencia laboral	Número de años laborando en los SESA Áreas en que se ha desempeñado por más de tres meses en los últimos tres años
5. Nivel laboral	Cargos que ha ocupado por más de tres meses en los últimos tres años Nivel que ocupa el directivo en el organigrama de los SESA
6. Experiencia gerencial	Nivel que ocupa el jefe inmediato en el organigrama de los SESA Nivel que ocupan los subordinados en el organigrama de los SESA (si son varios, especificar)
7. Actualización	Número de años laborando en el área gerencial en los SESA Curso de inducción al puesto Número de cursos realizados en el área gerencial
	Número de cursos realizados en los últimos doce meses

Componente II. Dimensión sustantiva

VARIABLES	
Variable	Indicador
Visión y claridad del propósito	Total de reactivos correctos que permiten establecer si existe visión y claridad del propósito
8. Elaboración del propósito	Programa anual validado, cuyo propósito cumple al menos cuatro características enunciadas en las variables uno a la seis
9. Claridad del propósito	Un documento que contiene el propósito del programa
10. Nivel de abstracción	Proporción de colaboradores para quienes el propósito del programa es evidente y claro
11. Efectividad del propósito	Proporción de actores clave que no pertenecen a los SESA, cuyos intereses se vinculan al propósito del programa
12. Congruencia de la información	Índice de desempeño alcanzado por el programa durante los últimos doce meses
13. Adaptación del propósito	Programa que contiene el propósito fundamentado con información oficial
14. Población objetivo	Programa que especifica el propósito adaptado por el directivo para el nivel del área de la cual es responsable
	Programa que contempla a la población objetivo en su propósito
	Proporción de colaboradores del directivo que identifican correctamente la población objetivo del programa

Componente III. Dimensión política

VARIABLES	
Variable	Indicador
Rendición de cuentas rutinaria	
Elaboración de informes con criterios de eficiencia	Proporción de informes mensuales que reúnen las características de las variables 8 a la 11
15. Oportunidad en la entrega	Proporción de informes mensuales entregados con oportunidad en un año
16. Integridad de la información	Proporción de informes mensuales íntegros en un año
17. Corrección de datos	Proporción de informes mensuales sin errores en un año
18. Veracidad de los datos	Programa con un método para validar la información que reporta
Autorización del cambio y de la innovación	
19. Propuestas de mejora aprobadas	Proporción de propuestas de mejora aprobadas con fundamentos
20. Propuestas de mejora fundamentadas	Número de propuestas de mejora fundamentadas con datos e información presentadas ante instancias superiores en los últimos doce meses
Coordinación institucional	
Actividades institucionales	Proporción de actividades institucionales mensuales validadas que realiza el directivo, contempladas en las variables 14 a la18
21. Dirección de grupos de trabajo	Número de reuniones mensuales o grupos de trabajo institucionales dirigidos por el directivo
22. Participación en grupos de trabajo	Número de reuniones mensuales o grupos de trabajo institucionales en los que participa el directivo
23. Vinculación institucional	Número de acuerdos mensuales realizados por el directivo y otras áreas de los SESA para favorecer el avance de su programa
24. Gestión institucional	Número de estrategias anuales implementadas por el directivo y otras áreas de los SESA para alcanzar objetivos comunes
25. Participación en otras actividades institucionales	Número de actividades institucionales mensuales realizadas por el directivo
Elaboración del POA	Documento anual que reúne las cuatro características enunciadas en las variables 19 a la 22
26. Oportunidad en la entrega del POA	Documento anual entregado en tiempo
27. Integridad de la información del POA	Documento anual íntegro
28. Corrección de los datos del POA	Documento anual sin errores
29. Veracidad de la información del POA	Método para validar la información que reporta
Coordinación interinstitucional	
30. Participación de actores clave	Proporción de grupos de interés o actores que integran el CE, cuya influencia es necesaria para alcanzar el propósito del programa, según Decreto de Creación Proporción de asistentes a reunión trimestral de trabajo, con autoridad para la toma de decisiones de acuerdo a los lineamientos Reglamento Interior CE
31. Productividad del CE	Número de acuerdos trimestrales aprobados, generados a partir del análisis de los sistemas de información de los integrantes del CE
32. Capacidad de gestión	Recursos comprometidos por instancias ajenas a los SESA
33. Viabilidad política	Proporción de actores clave a favor del propósito del programa

Componente IV. Dimensión operativa

VARIABLES	
Variable	Indicador
Capacidad de diagnóstico operativo	
Diagnóstico del programa	Diagnóstico integral del programa
34. Conocimiento sobre la situación actual del programa	Situación actual del programa
35. Estructura del programa	Proporción de aciertos a preguntas del cuestionario de directivos sobre la estructura del programa
36. Procesos del programa	Proporción de aciertos a preguntas clave del instrumento sobre procesos críticos del programa
37. Trabajo participativo	Proporción de aciertos a preguntas clave del instrumento sobre trabajo participativo
38. Priorización de necesidades	Método de priorización de necesidades
Innovación y mejora de procesos	
39. Propuestas de mejora implementadas	Proporción de propuestas anuales de mejora implementadas, realizadas a partir del análisis de la información
Reorganización del trabajo	
40. Planeación participativa	Proporción de acuerdos mensuales aprobados de forma participativa
41. Aplicación adecuada de recursos	Proporción de recursos aplicados conforme al POA
42. Competencia del supervisor	Nivel de competencia como supervisor
43. Sistema de seguimiento, control y evaluación	Un sistema de evaluación interno del programa
Integración del equipo de colaboradores	
Competencia del colaborador del programa:	Proporción de colaboradores con competencias básicas para ocupar el puesto
44. Puntualidad y permanencia	Proporción de colaboradores puntuales
45. Responsabilidad	Proporción de colaboradores responsables
46. Iniciativa	Proporción de colaboradores con iniciativa
47. Disponibilidad	Proporción de colaboradores con disponibilidad
48. Conocimientos técnicos	Proporción de colaboradores con conocimientos técnicos necesarios
Ejercicio de la autoridad	
49. Rediseño del programa	Un documento que contiene el rediseño del programa
50. Incumplimiento de acuerdos y compromisos	Proporción de acuerdos y/o compromisos trimestrales, pendientes de cumplir por parte de los colaboradores
Obtención de recursos adicionales	
51. Capacidad de gestión del directivo	Recursos obtenidos de instancias ajenas a los SESA para contribuir a alcanzar el propósito del programa

Estrategias para reducir o suprimir las amenazas a la validez de los resultados.

Los instrumentos se aplicarán directamente por el investigador principal. El diseño de los instrumentos para medir los procesos gerenciales será de nueva creación, basado en el modelo de Moore y se validarán con la medida de homogeneidad Alfa de Cronbach (α).⁶⁶

$$\alpha = \frac{n}{n-1} (1 - \frac{\sum \sigma^2 T^2}{\sigma^2 T^2})$$

Para evitar contaminación de los resultados, el piloteo de los instrumentos se realizará en los mismos programas de la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán, para lo cual se harán las gestiones correspondientes.

Control y calidad de datos. Para asegurar el control y la calidad de los datos, se considerará la siguiente matriz que permitirá resultados y conclusiones con mayor validez y fiabilidad:

Variable	Datos del Instrumento	Verificación documental	Análisis	Conclusión

VIII. PLAN DE ANÁLISIS

Método de análisis de los datos. En el análisis de datos se contemplará el uso de hojas maestras para concentrar los datos cuantitativos. Los datos cualitativos se clasificarán por categorías para su análisis. Se asignará un código a las respuestas que correspondan a una categoría y posteriormente, éstas se incorporarán a las hojas maestras correspondientes. Se realizará un análisis multivariado para conocer la relación que existe entre los procesos gerenciales (variable independiente) y el desempeño de los programas de salud (variable dependiente), para lo cual se aplicará un modelo de regresión logística múltiple que permita establecer asociación entre estas variables.

Programas para análisis de datos. Para realizar el análisis del estudio, se emplearán herramientas estadísticas como el software de STATA 11 y Microsoft Excel. En el caso de los cuestionarios estructurados, se analizarán por medio de hojas maestras y para el mapeo de actores, se empleará el software del Policy Maker 4.

IX. RESULTADOS ESPERADOS Y APORTES DEL ESTUDIO

El resultado esperado del presente estudio es probar o descartar la relación entre las acciones de la “buena gerencia” y el logro en el desempeño de los PS para:

- Contribuir al conocimiento en materia de gerencia.
- Favorecer a los gerentes y a los SESA con información importante para eliminar mitos sobre la gerencia en los SESA o para fortalecer los perfiles de puestos.
- Generar información útil para proponer intervenciones factibles orientadas a mejorar el desempeño de los PS de los SESA a través de una buena gestión estratégica.

Asimismo, se pretende aportar un instrumento que mida los procesos gerenciales de los PS en los SESA y que a su vez, pueda ser replicable en otros estados de la república en contextos similares para fortalecer la evidencia en materia de gerencia y evaluación en los SESA. Otro resultado es identificar oportunidades de mejora y potencial del capital humano, para contribuir a maximizar sus fortalezas por medio de evidencia para su capacitación y desarrollo, acorde a las demandas de los servicios de salud del estado. Finalmente, se pretende contribuir a promover la Ley del Servicio Público de Carrera del Estado de Quintana Roo.

X. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La rotación constante del personal es una variable a considerar. Los resultados no se pueden generalizar para todos los programas de salud, dado que la selección de los participantes se realiza por criterio de priorización. El alcance del estudio no contempla la evaluación de la gestión de los programas en las unidades de salud de primer nivel.

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD

El estudio se apegará a las disposiciones en materia de Bioética. En primer término, para realizar el proyecto se solicitará por escrito autorización a la máxima autoridad de los SESA, que es el Secretario de Salud. Posteriormente, el protocolo del presente estudio será sometido a aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Con el presente estudio, se pretende capitalizar la experiencia de los directivos, por lo que se les solicitarán datos laborales, con el fin de obtener información útil de los PS que dirigen, que no representan riesgo a la integridad de los participantes. Sin embargo, con el objeto de reafirmar la autonomía del participante y evitar coacción y engaño, se solicitará su autorización por medio de la “Carta de Consentimiento Informado” (*Anexo IV*) y se otorgará una tarjeta con los datos de los contactos en caso de dudas referentes a su participación (*Anexo V*). Los participantes se podrán beneficiar de las intervenciones que posteriormente se puedan dar derivadas de los resultados del estudio.

El reclutamiento de los participantes se realizará por medio de una carta invitación oficial (el procedimiento se encuentra detallado en el apartado de “Recolección de datos e instrumentos”). Los datos de los participantes serán confidenciales y para conservar la secrecía, se asignará un número de folio a cada participante y solo las autoridades de nivel estratégico de los SESA conocerán los resultados por cada uno de los programas analizados.

Para el uso de la información oficial de fuentes secundarias de los sistemas: SIAFFASPE, SEIPOA, e informes relacionados con el presupuesto de los PS, se solicitará autorización vía oficial a la Dirección de Servicios de Salud y a la Dirección Administrativa de los SESA.

XIII. RECURSOS MATERIALES Y FINANCIAMIENTO

El estudio será financiado por los Servicios Estatales de Salud, en virtud de que los resultados se utilizarán para beneficio de esta Institución y su capital humano. Los recursos necesarios para su operación se detallan en la siguiente tabla:

Actividad en la que se utilizará	Especificación	Recurso	Unidad	Cantidad	
				Programada	Real
Recolección y análisis de la información de fuentes secundarias	Compilación de la información	Laptop	1	\$6,000.00	
Recolección de datos	Anuario Estadístico	Electrónico e impreso	1	500.00	
Elaboración del Diagnóstico basal	Aplicación del instrumento	Impresiones de los instrumentos	500	500.00	
Diseño de un mapeo de actores clave mediante el programa Policy Maker 2.0	Análisis con el Policy Maker 2.0	Software	1	1,087.00	
Análisis: Ethnograph v5.0	Ethnograph v5.0	Software	1	0.00	
Análisis: STATA 12	STATA 12	Software	1	0.00	
Elaboración de informes	Impresión de documentos	Tóner	1	1,100.00	
Elaboración de reporte ejecutivo del proceso	Impresión de resultados	Hojas	400	400.00	
Presentación del material	Legajos de trabajo	Engargolados, discos y Encuadernado	8	3,000.00	
Viáticos del personal	Traslados	Financiero y combustible	10	8,000.00	
Total	-----	-----	-----	20587.00	

El recurso humano que participará en el estudio, pertenece a los Servicios Estatales de Salud, por lo tanto, no se generan costos extras para pago de honorarios por servicios profesionales. Sin embargo, el costo estimado hoy en día de este recurso, más las

asesorías generadas por el presente trabajo es de \$220,587.00 (SON: DOSCIENTOS VEINTE MIL, QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 00/MN).

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía B. Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. 5ta. ed. Bogotá Col: ECOE Ediciones; 2007. p. 3-50
2. Robbins S, Decenzo D. Fundamentos de Administración. Conceptos esenciales y aplicaciones. 3ra. ed. México: Pearson Educación; 2002. p. 1-45, 79, 153, 255, 411
3. Dollar D. ¿Es la globalización buena para la salud?. Bull World Health Organization 2001; 79 (9): 827-833
4. WHO. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010
5. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Servicios Estatales de Salud. Misión, visión. [Internet] Quintana Roo, México [consultado: 2013 feb 20]
Disponible en: http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=10
6. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Caminando a la Excelencia. Boletín cierre 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 y 2006 [Internet] México [consultado: 2013 ene 12] Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/caminando-a-la-excelencia-resultados-2011.html>.
7. Secretaría de la Función Pública. Guía de la Prueba de Conocimientos y Habilidades de la Capacidad Gerencial de Visión Estratégica. [Internet] México P. 1-4 [consultado: 2013 mar 02] Disponible en: <http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/ceneval/guias/GUIA%20%20Visión%20Estratégica%20Sep%2006.pdf>
8. Fortuny B. La Gestión de la Excelencia en los Centros Sanitarios. [Internet] Palma de Mallorca: EGRAF, S. A; 2009. p. 161-195. [consultado: 2013 mar 02] Disponible en: http://www.fundacionpfizer.org/docs/pdf/catedra_pfizer/publicaciones/Gestion_excelencia_centros_sanitarios.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate (Publicación Científica No. 540) Washington, D. C. 1992. 273p.
10. Bernain A. Habilidades gerenciales: Análisis de una muestra de administradores en Chile. Rev ABANTE 1998; 1 (2): 213-233.
11. Pedraja L, Rodríguez E, Rodríguez J. Gestión del conocimiento, eficacia organizacional en pequeñas y medianas empresas. Rev. Venezolana de Gerencia 2009; 14(48): 495-506. [consultado: 2013 jul 10]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvg/v14n48/art02.pdf>.
12. Arias J, Calderón G. Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. Rev. Gerencia y Políticas de Salud 2008; 7 (15): 131-154 [consultado: 2013 abr 02]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol7_n_15/estudios_5.pdf
13. Giraldo L, Grisales L, Ortiz P. Relación entre el nivel de desarrollo de las competencias en los gerentes de las IPS y la calidad institucional, Antioquia, 2005. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. 2008; 26(2): 153-164. [consultado: 2013 jul 09] Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/855>
14. Pacheco L. Perfil gerencial para las instituciones prestadoras de salud en Barranquilla. Rev. Pensamiento y Gestión 2008; 25(7): 139-160.
15. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico de Salud 2012. Quintana Roo 2013
16. Moore M. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Barcelona: E. Paidós Ibérica S. A; 1998. p. 37-58
17. Knaul, F, González E, Gómez O, García D, Arreola H, Barraza M. et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública de México. 2013; 55(2): 207-235 [consultado: 2013 jul 10]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%202%20Marzo%20Abril/8Lancet.pdf
18. Ortiz M, Frenk J. Cruzada por la calidad de la atención. En: Ortiz M, Frenk J. eds. Camino y destino: una visión personal de las políticas públicas de salud. México: Cuadernos de Quiró 2009: 67-90.
19. Frenk J, Gómez-Dantés O. Health security and disease control: lessons from Mexico. Vaccine 2011;295: D149-D151.
20. Frenk J. Mexico's fast diagnosis. New York Times [consultado: 2013 feb 27]. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2009/05/01/opinion/01frenk.html>
21. Francia R, Ramos M, Quintero M. El liderazgo de los gerentes de las pymes de Tamaulipas, México, mediante el inventario de prácticas de liderazgo. Cuad. Adm. Bogotá 2008; 21 (37): 293- 310.
22. Ruelas M, Pelcastre B. Perfil gerencial de los directivos de los servicios de salud. Rev. de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010;15(2): 59-64. [consultado: 2013 feb 27]. Disponible en: http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades_mq/2010/abril-junio2010/EMQ%202.5%20PERFIL.pdf
23. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Consejo Estatal de Población. [Internet] Quintana Roo, México. [consultado: 2013 mar 20]. Disponible en: <http://coespo.qroo.gob.mx/portal/>

24. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Plan Quintana Roo 2011-2016. [Internet] Quintana Roo, México. [consultado: 2013 mar 01]. Disponible en: http://vocero.qroo.gob.mx/uv/index.php?option=com_content&view=article&id=2009:plan-quintana-roo-2011-2016&catid=63:gobernador&Itemid=122
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Internet]. [consultado: 2013 mar 19]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
26. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Anuario Estadístico edición 2010. Quintana Roo. Fuente de Salud: IMSS, Delegación en el Estado. Jefatura de Prestaciones Médicas; Coordinación de Planeación e Información Médica. ISSSTE, Delegación en el Estado. Subdelegación Médica. Oficina de Bioestadística. SEDENA, Jefatura de la 34a. Zona Militar. SEMAR, Quinta Región y Décima Primera Zona Naval Militar; Hospital Naval de Chetumal. Servicios Estatales de Salud. Dirección de Planeación; Departamento de Estadística.
27. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Servicios Estatales de Salud. Historia. [Internet] Quintana Roo, México. [consultado: 2013 mar 14]. Disponible en: http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=8
28. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Servicios Estatales de Salud. Dirección de Infraestructura en Salud [Internet] Quintana Roo, México [consultado: 2013 mar 14]. Disponible en: http://www.saludqr.gob.mx/web/contenido/infraestructura_en_salud.html
29. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Servicios Estatales de Salud. Laboratorio Estatal de Salud Pública [Internet] Quintana Roo, México [consultado: 2013 mar 14]. Disponible en: <http://www.saludqr.gob.mx/web/sitios/lesqroo.html>
30. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Perspectiva-Quintana Roo [Internet] México [consultado: 2013 mar 14]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-qr.pdf>
31. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Secretaría de Hacienda. Sistema Electrónico para la Integración de los Programas Operativos Anuales (SEIPOA). Lineamientos generales. [Internet] Quintana Roo, México. P. 1-2. [consultado: 2013 abr 12]. Disponible en: <http://www.sh.qroo.gob.mx/poa2011/docs/2012/lineamientos2final.pdf>
32. Molina JF, Vértiz JJ y Sánchez MS. Guía para el taller Formación técnica y gerencial para coordinadores de servicios del sector público y OSC. Proyecto MEX-910-GO1-H Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS, y UDI de ambos sexos. En prensa.
33. Dwyer J, Paskavitz M, Vriesendorp S, Johnson S. Un llamado urgente para profesionalizar el liderazgo y la gerencia en los servicios de salud a nivel mundial. Management Sciences for Health. Agency International Development United States. 2006; (4). p. 36
34. Secretaría de Salud. Manual de implementación UNEME enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. 2ª Ed. México 2011. p.48
35. Instituto Nacional de Salud Pública. Diplomado de Salud Global. Gerencia en los Servicios de Salud. Cuernavaca, Mor. Agosto de 2010
36. Secretaría de Salud. Programa de acción: Capacitación gerencial (versión preliminar). México. 2002 P. 4
37. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Ley del Servicio Público de Carrera del Estado de Quintana Roo. Periódico Oficial del Gobierno del Estado. [Internet] Quintana Roo, México. 06 de Febrero de 2002 [consultado: 2013 mar 4]. Disponible en: <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/quintana-roo/ley-del-servicio-publico-de-carrera-del-estado-de-quintana-roo.pdf>
38. Mintzberg H. Mintzberg y la Dirección. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S. A. 1991. P. 112-113, 354-355.
39. Stoner J, Freeman L, Gilbert D. Administración. Sexta edición. México: Pearson Educación. 1996
40. Koontz H, Wehrich H. Administración: una perspectiva de global. 1999.
41. Newman W, Summer C. The process of Management. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice_Hall, Inc.1976
42. Instituto Nacional de Salud Pública. Unidad: Administración en Salud. Principios básicos. México, D. F. 2010
43. Wortman J, Luthans F, Emerging Concepts in Management. Process Behavioral, Quantitative and Systems. Londres: Collier-Macmillan. 1969 p. 28-29
44. Instituto Nacional de Salud Pública. Administración en Salud. Proceso Administrativo. México, D. F. 2009
45. Münch L. Fundamentos de Administración. Casos y prácticas. 2da. ed. México: Trillas. 1997 (reimp. 2006)
46. Instituto Nacional de Salud Pública. Colegio de profesores. Programa de actualización en salud pública y epidemiología 2010. Unidad didáctica: Gerencia en Servicios de Salud. Cuernavaca, Morelos 2010.
47. Pineault R. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. 2da. ed. Barcelona, España: Editorial Masson. 1995. p. 331
48. Documento extraído del texto "Autoexploración y Desarrollo de Habilidades de Liderazgo". De Magaly Cháves Mundaca y Patricia Legües Slavic. Facultad de Administración. Universidad Diego Portales. Santiago – Chile. 2001. [consultado: 2013 abr 2]. Disponible en: http://cursos.puc.cl/vil30111/almacen/1123618946_usalazar_sec4_pos0.doc
49. Lohr K. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press.1990
50. Secretaría de Salud. Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006. México 2002
51. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Manual de Organización Específico de la Dirección General de Evaluación del Desempeño. [Internet] México. Junio de 2012. p.4 [consultado: 2013 mar 4]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/MOE_2012.pdf
52. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción Específico 2007-2011 Evaluación del Desempeño [Internet] México 2008 P.19. [consultado: 2013 mar 4]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/paeed2007_2012.pdf
53. Gutiérrez J. Evaluación integral de programas de salud y sociales: evidencia orientada a la equidad social. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. 2012
54. Majone G. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. 1997

55. Organización Panamericana de la Salud. Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, Proyecto de Servicios Integrados de Salud. Metodología de Gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Washington, D. C: OPS; 2010.
56. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990
57. Secretaría de Salud. Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE). Manual del usuario [Internet] México D. F. 2010. p. 3. [consultado: 2013 abr 12]. Disponible en: https://siaffaspe.gob.mx/Account/SIAFASPE_Manual-Usuario-registro.pdf
58. Salinas J, Rosales E. Servicio Civil de Carrera. Centro de Producción Editorial. México. 2004. p. 14 -15. [consultado: 2013 mar 2]. Disponible en: <http://www.inap.org.mx/portal/images/RAP/servicio%20civil%20de%20carrera%20en%20mexico.pdf>
59. Secretaría de la Función Pública. Guía de la Prueba de Conocimientos y Habilidades de la Capacidad Gerencial de Visión Estratégica. [Internet] México P. 1-4 [consultado: 2013 mar 2]. Disponible en: <http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/ceneval/guias/GUIA%20%20Visión%20Estratégica%20Sep%2006.pdf>
60. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de la Función Pública. Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación publicado el 10 de abril de 2003. *Reformada*: Mediante Decreto por el que se reformó su artículo 8, publicado el 1 de septiembre de 2005 en el Diario Oficial de la Federación. Reformada y adicionada por Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2006. [Internet] México. [consultado: 2013 mar 4]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/260.pdf>
61. Instituto Mexicano del Seguro Social. La Administración de la Calidad. México 2012. p. 125-139.
62. Bertrand J, Magnani R, Rutenberg N. Evaluación de Programas de Planificación Familiar. The Evaluation Project. 1996 USAID Contrato Número: DPE-3060-C-00-1054-00. p. 7
63. Zecchino F. Toma de decisiones. Instituto de Administración Pública de Quintana Roo. 2012
64. Unidad Técnica de Family Planning Management Development Management Sciences for Health. La caja de herramientas gerenciales del administrador de programas de salud. Inventario de auto-evaluación de la competencia del supervisor. 1998
65. Policy Maker 4 Software. Computer-Assisted. [consultado: 2013 feb 2]. Disponible en: <http://polimap.books.officelive.com/default.aspx> Political Analysis.
66. Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Rev. Colombiana de Psiquiatría, 1998; 27(2)
67. Ruelas M, Pelcastre B. Perfil gerencial de los directivos de los servicios de salud. Rev. de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010; 15(2): 59-64. [consultado: 2013 jun 14]. Disponible en: http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades_mq/2010/abril-junio2010/EMQ%202.5%20PERFIL.pdf
68. Secretaría de Salud. Manual de implementación UNEME enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. 2da. ed. México 2011. P.48
69. Instituto Nacional de Salud Pública. Comité de Ética en Investigación. Consentimiento informado. [Internet] Cuernavaca, México. [consultado: 2013 jun 30]. Disponible en: <http://www.insp.mx/informacion-relevante/investigacion-y-vinculacion/comites-evaluacion/comites/insp-cei/consentimiento-informado.html>

XV. ANEXOS

- I. Organigrama de los SESA (primer archivo)
- II. Mapa: Unidades de salud de los SESA (segundo archivo)
- III. Plantillas de indicadores (tercer archivo)
- IV. Carta de consentimiento informado (cuarto archivo)⁶⁹
- V. Hoja de datos del contacto (quinto archivo)⁶⁹

Gráficos

1. Cobertura de servicios de salud en Quintana Roo

Tablas

- I. Indicadores de los programas sustantivos
- II. Desempeño de los programas de salud
- III. Definiciones operacionales de las variables independientes
- IV. Encuadre de variables
- V. Instrumentos para medir las variables (quinto archivo)

Figuras

- I. Los programas de salud en los SESA de Quintana Roo
- II. Habilidades gerenciales y los niveles organizativos

