

Comité de tesis

Director de tesis:

Dr. Gustavo Humberto Nigenda López. International Development Research Center, Canadá.

Asesores:

Dra. Gladys Faba Beaumont, Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Dr. Francisco Garrido Latorre, Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Dr. Jesús Alveano Hernández, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Contenido

<u>Introducción</u>	3
<u>Uso de evidencia y toma de decisiones: Análisis del Seguro Popular</u>	6
Resumen	6
Introducción	7
Metodología	9
Resultados	11
Discusión	14
Modelo del UEC en la toma de decisiones del Seguro Popular	18
Conclusiones	20
Recomendaciones	21
Referencias bibliográficas	23
<u>Toma de decisiones en acciones de promoción y prevención cubiertas por el Seguro Popular</u>	25
Resumen	25
Introducción	26
Metodología	28
Resultados	30
Discusión	38
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias bibliográficas	43
<u>Conclusiones</u>	45

Introducción

El uso de la evidencia científica en la toma de decisiones, tiene el propósito de aprovechar la mejor evidencia disponible. La evidencia científica es la que se genera a partir de la investigación, se puede visualizar como un medio para tomar decisiones racionales sobre dónde y cómo invertir recursos escasos. La evidencia de la investigación, no es el único tipo de información que se requiere para informar los juicios necesarios para la toma de decisiones, pero es clave fortalecer el uso de las mismas mejorando la capacidad de los responsables de la toma de decisiones en políticas y programas de salud para realizar juicios adecuados acerca de su relevancia y calidad, así como el acercamiento de las áreas generadoras de investigación y pertinencia de las investigaciones acorde a las necesidades en salud pública.

El proceso de toma de decisiones de las políticas y programas de salud se encuentran afectados por múltiples fuerzas además de la investigación, y el balance de estas fuerzas es lo que lo hace ser una actividad política. El contenido racional de la investigación no necesariamente tiene valor para el proceso de formulación de políticas. Es en este sentido que tomar a la investigación como una guía para la elaboración de políticas y programas resulta mucho más complejo de lo que se puede considerar en un primer momento. Pero el uso de la evidencia científica apoyará a mejorar la transparencia en la rendición de cuentas.

En la reforma a la LGS del 2003 se promulgó la constitución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) teniendo como brazo operativo el Seguro Popular (SP), el cual inició su operación como proyecto piloto durante el año 2001. El sistema se basa en el aseguramiento a la población sin seguridad social, para garantizar su acceso a los servicios de salud y protección financiera, a través de un número específico de intervenciones determinadas en el catálogo único de servicios en salud (CAUSES).

La prestación de los servicios del Seguro Popular (SP), en su estructura organizacional se encuentra a cargo de los servicios estatales de salud (SESA) apoyado en la red conformada por los servicios hospitalarios y de centros de salud(4, 5). Los estados se responsabilizan del manejo de los recursos financieros asignados por el gobierno federal mediante acuerdos anuales con cada una de las entidades federativas(6). El manejo financiero se realiza por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) quienes a su vez realizan convenios de colaboración con los SESA para la asignación de fondos(7). Debido a la diversidad en el uso de recursos entre estados, a partir del 2008 se

implementaron regulaciones para el uso de los recursos federales; los acuerdos anuales limitan los gastos por partida: hasta un 40% en personal, 30% en medicamentos, al menos 20% en acciones de promoción en salud, prevención y detección de enfermedades, 6% gastos de operación y asignación para Caravanas de la Salud(8).

En el marco de la política pública del SPSS, de acuerdo a la LGS, en la normatividad y lineamientos se describen las diferentes funciones del proceso administrativo de acuerdo a cada una de las áreas que se relacionan, se dividen por el nivel de planeación en la estructura organizacional, por una parte como el área normativa y estratégica al gobierno federal representado por el CNPSS y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) (9); por otro lado los estados representan el área estratégica, táctica y operativa del SPSS que tiene la función de implementar los lineamientos y normas determinados por el gobierno federal(10-13).

El SPSS es una política pública que ha sido ampliamente evaluada desde su implementación a través de su brazo operativo que es el programa del SP; dichas evaluaciones se han enfocado en proporcionar información orientada a la consolidación de los lineamientos y operatividad del programa desde la CNPSS y sus representaciones locales a través de los REPSS; conformando desde su inicio dos amplios espacios de decisión de acuerdo al área contextual, es decir el gobierno federal y el estatal, los cuales tienen funciones y grados de elección diferentes(14 – 15)

Los tópicos de los estudios se han basado en: el abasto de medicamentos, la afiliación y satisfacción de los usuarios, los gastos de operación del REPSS, el fortalecimiento de la infraestructura de servicios médicos, flujos financieros desde nivel federal a las entidades y la cobertura universal. Un ajuste importante, resultado de estas evaluaciones, fue la implantación de límites de gasto por partidas presupuestales para los estados a partir del 2008, donde se incorpora el rubro que indica que al menos el 20% del presupuesto federal debe destinarse en acciones de Promoción y Prevención(14, 16).

Para la determinación del límite de gasto, en el rubro específico de promoción y prevención, se cubre la promoción de la salud, la prevención primaria, la detección temprana, las campañas de vacunación, la vigilancia epidemiológica, y las actividades de control y protección de riesgos. Este financiamiento está sujeto a una negociación presupuestaria anual entre los espacios de decisión del gobierno federal a través del CNPSS y SPPS, y del gobierno estatal a través del REPSS y SESA; la negociación se basa en la normatividad y lineamientos que emite el gobierno federal, enfocando su universo de intervención en una lista estipulada en el CAUSES que se determina por el

Consejo de Salubridad General, la cual es revisada anualmente para reformulación de las intervenciones mediante las evidencias científicas disponibles(17, 18).

Es en este sentido que en la toma de decisiones para la planificación, ejecución y financiación en Promoción y Prevención se estudiaron los espacios de decisión y sus actores, así como los elementos que influyen en el uso de la evidencia en la toma de decisiones, además de identificar las principales capacidades que cuentan en el Gobierno Federal y Estatal del Seguro Popular.(19-21).

A continuación se presentan los resultados en dos artículos, el primero en relación al uso de la evidencia en la toma de decisiones en el Seguro Popular, y el segundo artículo se complementa con la caracterización de la toma de decisiones para las acciones de promoción y prevención.

Uso de evidencia y toma de decisiones: Análisis del Seguro Popular

Resumen

Objetivo: Caracterizar los factores que influyen en el uso de la evidencia científica (UEC) en la toma de decisiones (TD) para la planeación de acciones del Seguro Popular.

Material y métodos: estudio transversal, cualitativo, con entrevistas semiestructuradas a informantes clave involucrados en la TD del Sistema de Protección Social en Salud y revisión documental.

Resultados: 1. En las instituciones el UEC es consecuencia de la experiencia y formación académica de la persona que realiza TD. 2. Existen efectos diferenciales en los niveles de toma de decisiones federal y estatal. 3. El UEC representa una proporción menor con respecto a otros elementos que influyen en la TD, pero es mayor en el gobierno federal que en el estatal. 4. La evidencia científica (EC) la sitúan como factor externo que se genera y surge de los intereses de las comunidades académicas y de investigación, quienes presionan a los tomadores de decisiones para difundir EC y sea considerada en TD. **Conclusiones:** El UEC es muy escaso, no es un recurso utilizado de manera sistemática en procesos cotidianos de TD en los diversos niveles de decisión. La EC es un recurso difícil de incorporar, por que demanda profesionales con perfil en investigación con competencias específicas.

Palabras clave: toma de decisión, uso de evidencia científica, protección social en salud.

Introducción

El uso de la evidencia científica (UEC) en la toma de decisiones (TD) es un enfoque en el contexto de programas y políticas públicas, cuyo propósito es garantizar que la toma de decisiones esté bien informada por la mejor evidencia de investigación disponible. Se caracteriza por el acceso sistemático y transparente de la evidencia, lo que conlleva un aporte a la rigurosidad del proceso de toma de decisiones en políticas. Este enfoque permite a los responsables de la TD: 1. Formular preguntas acerca de la evidencia de la investigación para respaldar las políticas recomendadas, 2. Demostrar que usan información confiable para basar sus decisiones, 3. Avalar que las evaluaciones de sus iniciativas son apropiadas y que los resultados que se miden son esperados y acordados con anticipación.(1)

Se considera *evidencia científica* (EC) a aquel tipo de información que se genera a partir de la investigación, constituida por el proceso estructurado y sistematizado de la recolección, análisis, síntesis e interpretación de datos con intenciones de explicar o describir el fenómeno estudiado. La combinación o confrontación de planteamientos teóricos con los datos es lo que hace que la investigación se distinga del monitoreo o seguimiento por parte de los sistemas de información establecidos en una organización(2). La EC no solamente deriva de la cuantificación de los resultados de los programas y políticas en salud que por naturaleza es estructurada y sistemática, sino que también es posible establecer EC a través de la generación de información cualitativa (3).

El proceso de TD en los *programas y políticas de salud* (PPS) es complejo, ya que puede ser producto de una acción individual o colectiva, la cual es influida por múltiples factores, entre ellos se incluyen: Los *Institucionales*, que abarcan los factores de la estructura gubernamental, sus redes políticas y cultura organizacional; los *Intereses* de los grupos o asociaciones civiles y académicos; las *Ideas* como resultado de la capacidad de los actores en la TD en sistematizar su experiencia y conocimiento previo, y su influencia en los valores institucionales; *otros factores* que influyen en este proceso como son los cambios políticos, económicos, tecnológicos del contexto estatal, regional y/o nacional y los medios masivos de comunicación (4-7). La *toma de decisiones* se entiende como una acción humana derivada de la elección entre diversas alternativas, basada en la combinación de las facultades analíticas, de observación, conocimiento, intuición y experiencia (4).

La *nueva gestión pública*, es un modelo administrativo de la toma de decisiones referente a la manera de estructurar y administrar el servicio público. Este modelo constituye el cambio paradigmático más reciente de cómo el sector público se rige, ha tenido influencia en la gestión de las reformas de las políticas públicas a nivel mundial. En México este modelo también ha tenido una influencia importante. En él se determina la rendición de cuentas por resultado como un elemento fundamental de las instituciones gubernamentales (8). En la base de este modelo se encuentran diversas teorías sobre cómo las decisiones deben ser tomadas en los ámbitos de la política pública para maximizar su efecto. Una de estas teorías, la racionalista, se fundamenta en el uso de la evidencia científica, promueve su uso pues se puede apoyar en ella para justificar y comprobar la efectividad de las políticas y programas (4, 9).

La EC no es el único tipo de información que se necesita para formular los juicios necesarios en la toma de decisiones, pero con su uso se pueden abordar los problemas comunes a través de procesos sistemáticos que facilitarán decisiones bien informadas(4, 9-11).

Este trabajo se ha propuesto identificar los factores que influyen en el UEC para apoyar la TD de las acciones del Seguro Popular (SP). En la Reforma de la Ley General de Salud (LGS) del 2003 en México se promulgó la integración del *Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) teniendo como brazo operativo el SP con el propósito de garantizar a la población el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de acceder a los servicios. Esto se realizó mediante un mecanismo de aseguramiento público dirigido a la población del país que no cuenta con seguridad social, con el cual se brinda un paquete de servicios de salud integrados en el catálogo universal de servicios en salud (CAUSES). Para la operatividad al interior del país, el SPSS define como su representante en los estados al Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) con la tarea específica de asignar los fondos disponibles en la compra de servicios de salud a nombre de los usuarios del sistema. (12)

La LGS, la normatividad y los diversos lineamientos describen las funciones del proceso administrativo para la implementación de esta política pública en el país. Las funciones se dividen por el nivel jerárquico en la estructura organizacional. El tipo de decisiones que se llevan a cabo dependen del nivel o área que se sitúen los responsables de la toma de decisiones. El SP utiliza un modelo gerencial con lineamientos generales con lo que

dejan descubiertas varias áreas de decisión no establecidas, por ello los tomadores de decisiones tienen que usar sus propios criterios. Es por ello que en la TD para la planificación, ejecución y financiación de las acciones del SP se deben considerar y estudiar esta diferencia entre las áreas y sus actores (15-18).

Además la reforma constituye en sí misma, un ejemplo del uso de la evidencia en políticas públicas ya que desde su origen utilizó el enfoque informado con el propósito de incrementar la cobertura en salud y evaluar sus efectos. Se manejó la evidencia en tres etapas decisivas de formulación de la política: 1. Identificación del problema al mostrar que el viejo sistema de salud en México era financiado en gran parte a través de las contribuciones de bolsillo privadas; 2. Uso de la evidencia para fundamentar las propuestas de solución, y 3. Incorporación de la intervención propuesta a la LGS (13, 14). Así mismo la evidencia ha jugado un papel importante en la evaluación de la implementación del programa, mediante estas evidencias se han definido nuevas acciones o reestructurado estrategias no efectivas (15).

El propósito de este trabajo es la caracterización del uso de la evidencia científica en la toma de decisión para determinar las acciones de intervención del REPSS en el estado de Michoacán. Corresponde a una publicación en serie, este documento es la primera parte de la serie.

Metodología

Tipo de estudio. Se realizó un estudio cualitativo con enfoque en la teoría fundamentada que permitió la obtención de conocimientos y experiencias de los informantes clave (19, 20). El estudio se realizó durante el año 2012 en el espacio de trabajo de cada uno de los informantes, previa autorización de las autoridades correspondientes.

Población y muestra. Se seleccionó por criterio de conveniencia el análisis de caso de una entidad federativa (Michoacán) para la representación del gobierno estatal (GE) en las áreas de los servicios estatales de salud (SESA) y REPSS. En el gobierno federal (GF) fue representado por la CNPSS.

En cada una de las instituciones se determinó el número de participantes de acuerdo con la técnica cualitativa denominada bola de nieve, que consiste en elegir a una persona que cuenta con el perfil de informante en la organización y a partir de ella se solicita a cada entrevistado información de otra persona que pueda incluirse en la lista de entrevistados

con conocimiento especial sobre el objeto de estudio. Al listado de informantes ingresan nuevas personas de acuerdo con la información recibida por los entrevistados iniciales hasta llegar a la saturación teórica en cada una de las instituciones. La saturación teórica es el criterio que se utilizó para cesar el muestreo de los diferentes grupos pertenecientes a cada una de las categorías, se aplicó cuando ya no se encontró información adicional para la descripción de las categorías en estudio ni para la formulación de nuevas categorías. (20)

Se realizaron 34 entrevistas semiestructuradas a personal gerencial involucrado en la TD de nivel normativo, estratégico y táctico de acuerdo a la clasificación de Pineault de los niveles de decisión y planificación en los sistemas de salud, por ser los responsables de la planificación de las acciones del SP (18) .

La mayoría de los informantes clave (68.8%) son hombres, porcentaje que no representan la totalidad del personal directivo, aunque existe en la plantilla laboral más hombres que mujeres en estos niveles de toma de decisiones. La edad de los informantes comprende entre los 40 a 55 años, sólo un informante con puesto de subdirector manifestó tener 26 años de edad. De acuerdo al grado académico, el 21% contaba con licenciatura, el 12% con estudios de especialidad, 61% con maestría y 6% con doctorado.

10

Técnica de recolección de información. El estudio utilizó el análisis documental de los siguientes escritos y las entrevistas semiestructuradas. La revisión se centró en documentos oficiales, entre ellos, la Ley General de Salud, lineamientos oficiales para la asignación del recurso financiero en acciones de promoción y prevención, reglas de operación del SP, Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), informes financieros del REPSS, acuerdos anuales de CNPSS – REPSS Michoacán, los 21 programas prioritarios de salud de la entidad y del gobierno federal. Estos escritos se utilizaron en la contextualización y apoyo documental de la descripción del UEC en la planeación y programación.

Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron a informantes claves de las diferentes áreas del gobierno estatal y del gobierno federal.

La guía de entrevista incluyó preguntas que ayudaron a identificar las características que influyen en el UEC en los PPS de las acciones del SPSS descritos desde la perspectiva

de la institución, de los intereses de otras organizaciones, las ideas de los actores claves en este proceso, así como otros factores que condicionan la toma de decisión. Esta guía fue explorada a través de una prueba piloto con 3 funcionarios públicos para evaluar el flujo de las preguntas y comprensión por parte de los entrevistados (21).

Sistematización y análisis. Las entrevistas fueron grabadas en audio digital, previo consentimiento informado de los participantes. Cada grabación se registró mediante un número de folio único para su identificación posterior. Los datos obtenidos en la entrevistas fueron vaciados en el programa informático para el análisis cualitativo Atlas Ti v.6.2, que sirvió de herramienta para la segmentación de los datos en unidades de significado, codificación, relación de conceptos, categorías y temas. En la fase de análisis se realizó triangulación de los datos entre las fuentes de información utilizada para contrastar las diversas opiniones en relación a temáticas similares(22). El proyecto fue aprobado por las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública.

Resultados

Las entrevistas generaron los siguientes datos que influyen en el uso de la evidencia científica para la TD:

1. Los funcionarios entrevistados manifestaron que un factor determinante en el UEC es el perfil académico y experiencia por parte de los actores que realizan TD en programas y políticas en salud, es decir, el interés personal que el individuo tenga para el fomento, generación y uso de EC se relaciona y es consecuencia de su formación académica. En la institución donde se promueve el UEC, está determinada por la persona que lo está fomentando, donde influye su nivel jerárquico en la estructura y su liderazgo en la institución.
2. Se observaron diferencias en el UEC entre dos áreas: el gobierno federal y estatal, así como el tipo de decisiones que realizan de acuerdo al nivel de planeación en el que se desempeña el decisor. En el nivel de el **gobierno federal** se localiza en el área normativa y estratégica, representado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud (SPPS) donde se emiten y supervisan el cumplimiento de las normas y lineamientos. Por otro lado, en el **gobierno estatal** está representado por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y

REPSS son el área estratégica, táctica y operativa del SPSS con la función de implementar los lineamientos y normas determinados por el gobierno federal.

3. La definición de evidencia es heterogénea y en consecuencia, también su uso para la TD. La definición de evidencia que expresaron los funcionarios del **gobierno federal (GF) y gobierno estatal** es que son “...elementos y datos que apoyan en la toma de decisiones de la planificación...” (SSM-SD-04). Los tipos de evidencia que se utilizan son diversos e influyen de diferente manera dependiendo de la problemática o la necesidad en salud que se esté estudiando. No distinguen la diferencia entre la evidencia científica y otros tipos de evidencia, por ejemplo identifican como evidencia a los elementos que brindan sustento para la toma de decisión como el análisis epidemiológico basado en los sistemas oficiales de información y los resultados del monitoreo de indicadores de resultado y proceso de programas de salud.

Se identifica el UEC en **GF** en las intervenciones del CAUSES y del fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC), donde se enlista el paquete de servicios de salud que se les brindará a la población beneficiaria del SP, lo cual se determina con el UEC al identificar intervenciones que cubren las patologías de mayor trascendencia y magnitud para la salud pública y con una ponderación de beneficios potenciales a la población contra costos económicos; es el caso de la atención al embarazo, parto y puerperio para el CAUSES, y de Cáncer de mama en el FPGC.

En el **GE** en los programas estatales de salud (arranque parejo en la vida, cáncer en la mujer, planificación familiar, enfermedades transmitidas por vectores, etc) se registró el UEC en la identificación del problema (100%), pero sólo en 10% de la formulación de acciones o intervenciones basadas en evidencia de probada eficacia/efectividad, y sin información de EC para la implementación y evaluación de las estrategias en programas de salud. Aunque la EC identificada fue proporcionada por GF determinada en los programas de acción estratégicos nacionales.

Estos elementos se sintetizan en el Cuadro 1, en donde se clasifica por área y nivel de decisión y de acuerdo a la necesidad de la institución, el tipo de evidencia utilizada y los productos que se obtienen de cada área.

CUADRO 1 Evidencias para la TD de acuerdo a área y nivel de decisión. 2012

Área	Nivel de decisión	Actores / Instituciones	Necesidades	Evidencias		Productos
				Inicial	Revisiones subsiguientes	
Gobierno Federal (GF)	Normativo	Secretaría de Salud	I. Intervenciones de salud pública y servicios a la comunidad	Programa Ampliado de Vacunación	Carga de la enfermedad	CAUSES
		Consejo de Salubridad General		Programa Básico de Servicios a la Comunidad	Estudios costo - efectividad	
		CNPSS	II. Intervenciones de baja y mediana complejidad	Programa Ampliación de Cobertura	Sistemas oficiales de información	
				Gasto de bolsillo	Estudios costo - efectividad	
	Estratégico	SPPS	II. Intervenciones de atención médica de alta complejidad	Carga de la enfermedad	Estudios costo - efectividad	FPGC
				Políticos, sociales y éticos		
		CNPSS	CAUSES	Evaluación de indicadores de proceso y resultado	Acuerdos anuales de coordinación	
				FPGC	Diversos resultados de investigación	Programas de acción estratégicos
SPPS	Evaluación de indicadores de desempeño programas de salud	Indicadores de proceso y resultado	Sistemas oficiales de información			
		Sistemas oficiales de información				
Gobierno Estatal (GE)	Estratégico	REPSS	Acuerdos Anuales de Coordinación	CAUSES	Acuerdos anuales de gestión	
				FPGC	Programas operativos	
		SESA	Programas de acción estratégicos	Indicadores de proceso y resultado	Programas estatales de salud	
				Sistemas oficiales de información		
	Táctico	SESA	Programas estatales de salud	Indicadores de proceso y resultado	Programas jurisdiccionales y hospitalarios	
				Sistemas oficiales de información		
	Operativo	SESA	Programas jurisdiccionales y hospitalarios	Indicadores de proceso y resultado	Acciones específicas en la población	
				Sistemas oficiales de información		

Fuente: Elaboración propia

4. Existen dependencias, institutos, universidades públicas y privadas, investigadores, asesores y consultores, que son generadoras de EC, que tienen acercamiento para difundir sus resultados de investigación, muestran interés para ser tomados en cuenta en la formulación de programas y políticas públicas en salud. Los entrevistados mencionan que este grupo define la EC como un factor clave que presiona, impulsa y fomenta el UEC para toma de decisiones en las instituciones; por lo que utilizan la EC como un medio para conseguir un fin determinado en programas y políticas públicas, que puede ser para beneficio de algunas personas o un grupo determinado de la población.

Discusión

La toma de decisiones en los *programas y políticas de salud* (PPS) es compleja ya que es influida por diversos factores y no tiene un resultado definido con alta certeza, puede ser producto de una acción individual y/o colectiva, por lo que se analizan los elementos que influyen en la misma. Para el análisis de los factores que influyen el UEC en la TD, la autora los agrupó en las siguientes categorías de acuerdo al modelo de análisis de programas y políticas públicas en salud de J. Lavis: a) Los *Institucionales*; b) las *ideas* de los actores en la TD; c) Los *Intereses* de los grupos externos ; y d) otros *factores o del contexto* que influyen en este proceso. En cada uno de estos factores se analiza la capacidad que se tiene para la adquisición, análisis, adaptación y aplicación de la EC, ya que al existir estas capacidades entonces se reconoce la necesidad de la EC para la toma de decisiones.

1. Instituciones

Es un factor que influye tanto en el tipo de decisiones que se realizan, como en el tipo de EC utilizada, ya que sitúan a las personas que toman decisiones en el contexto al que dan respuesta de acuerdo con las condiciones políticas y organizacionales de la institución.

Gobierno Federal. La estructura gubernamental (*GF*) cuenta con áreas que analizan de manera sistemática la información de los sistemas oficiales que es generada en el gobierno estatal para orientar la TD. Los objetivos organizacionales no incluyen la generación de evidencia científica, pero a pesar de ello la institución cuenta con capacidad para obtener EC principalmente de dos formas: 1. Generación de evidencia científica través de investigaciones que realiza la misma institución, 2. Contratación de investigadores externos para analizar temas o problemas específicos que definen en la agenda de trabajo institucional. No existen áreas en la estructura organizacional que se encarguen específicamente del análisis de la EC, más bien se incorporan al quehacer cotidiano de algunas áreas que están interesadas en ello, lo cual también se refleja en la adaptación de la EC en la identificación de un problema, la formulación de una intervención o acción, su implementación y evaluación.

Hay dos elementos que influyen en la forma en que se utiliza la EC: el *legado* y la *red política*. El *legado* consiste en el establecimiento formal de que las normas y lineamientos oficiales están basados en EC y que deben ser revisados por un equipo de expertos en el tema en una temporalidad determinada.

Por su parte, en la *red de políticas* en salud se ha consolidado con expertos, investigadores y académicos en materia de salud pública para la definición de las intervenciones del CAUSES y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). El GF es el responsable de incluir o retirar las intervenciones que se consideran en el CAUSES y el FPGC, basados en EC que determinan el grupo de trabajo de expertos, representando la función normativa de esta área contextual. No se identificó el trabajo en conjunto con el GE para estipular estas intervenciones, a través de la generación de evidencia científica determinada previamente por las necesidades de la región. Ningún informante del GF mencionó esta retroalimentación entre las dos áreas.

Gobierno Estatal. No se cuenta con la estructura organizacional y presupuestal para generación de EC, aunque éste no es uno de los objetivos y funciones de la institución. Uno de los determinantes de la limitada capacidad de la búsqueda y generación de EC es debido a que se circunscribe al interés del individuo y no tanto de la institución para respaldar la toma de decisiones con el UEC. De igual forma ocurre en el análisis, adaptación y aplicación de la EC.

2. Ideas

Las ideas, entendida como resultado de la capacidad de los actores en la TD para sistematizar su experiencia y conocimiento previo y su influencia en los valores institucionales, es decir las experiencias en el ejercicio de su profesión, el conocimiento conceptual y empírico que tenga sobre el problema, su capacidad de interpretar dicha información y los intereses personales sobre un tema en específico. Estos elementos son usados para orientar la decisiones sobre las agendas de la política pública en salud.

GF. A pesar de que la estructura no tiene la función de ser generadora de EC, se identifica en áreas específicas personal con habilidades y conocimientos para la adquisición, análisis, adaptación y aplicación de la EC.

GE. Se identifica personal con las competencias necesarias para localizar la EC mediante la generación o utilización de los resultados de revisiones sistemáticas así como capacidad para analizar la validez interna y externa de las investigaciones (es decir el grado de confianza en los resultados y la posibilidad de generalizar los resultados de un medio experimental o controlado a otras personas y poblaciones), adaptarla a las condiciones regionales y su aplicación. Sin embargo, el personal se encuentra disperso

en los diversos niveles estructurales del GE, y las acciones que pueden realizar respecto al UEC son esfuerzos aislados y no coordinados, lo que resulta en el desgaste del personal y pérdida de motivación.

3. Intereses

En este apartado se identifican los intereses de grupos de la sociedad civil, académicos y de investigación en el UEC.

GF. Existen dependencias, institutos, universidades públicas y privadas que son generadoras de EC, que tienen acercamiento para difundir sus resultados de investigación, muestran interés y presionan para ser tomados en cuenta en la formulación de programas y políticas públicas en salud. Los informantes mencionan que a falta de una agenda de investigación específica y coordinada, muchas veces los temas de investigación presentados no son los que necesita la institución, o las intervenciones que sugieren no son aplicables en materia de salud pública. Además, la difusión de la EC contiene terminología técnico-científico, lo cual complica su interpretación por los tomadores de decisiones.

Por parte de la sociedad civil hay investigadores, asesores y consultores en materia de salud pública que también son generadores de EC, como es el caso de investigaciones evaluativas que se han realizado al SP. En las entrevistas mencionan que este grupo define la EC como un factor que presiona, impulsa y fomenta el UEC para toma de decisiones en las instituciones; por lo que utilizan la EC como un medio para conseguir un fin determinado en programas y políticas públicas. Un ejemplo de esto lo refieren 3 informantes en relación a las intervenciones que se ingresan al fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC), donde la TD de la institución se ve afectada por la influencia social, política y económica que tienen algunos grupos sociales como en el caso de la inclusión de la hemofilia, esta patología afecta a una proporción reducida de la población, los medicamentos para su atención son costosos, por lo que su inversión no se representa en la reducción de carga de la enfermedad en una proporción justificable. Su inclusión en las intervenciones del FPGC no justifica la prioridad que obtiene por encima de otras patologías en las que se demuestra la magnitud en el perfil epidemiológico, la

contribución para reducir la carga de la enfermedad y en el gasto de bolsillo de la población, elementos que definen las intervenciones costo - efectivas.

“...se decidió meter un par de patologías en el FPGC por presión social, existe un grupo o asociación social que desde el sexenio pasado presionó mucho por diferentes mecanismos para que se hiciera un manifiesto a través del Congreso de la Unión para que exhortara a la Secretaría, al Consejo de Salubridad General y a la CNPSS, para que metieran estas patologías, la presión política pudo más que la decisión técnica médica y financiera...” (CNPSS-DA-6)

GE. Se cuentan con menos grupos de la sociedad civil que generen y difundan EC en comparación al gobierno federal. Se identifican diversas universidades públicas y privadas, una dependencia estatal, y algunas organizaciones civiles y de investigadores que se interesan en brindar EC para implementar intervenciones. En muchas ocasiones los temas de investigación no son pertinentes ni relevantes para dar respuesta a las necesidades en salud pública de la población.

4. Otros factores

Considerar a la EC dentro del contexto es crucial para la efectividad de la política y programa de salud que se pretenda desarrollar. Por ello es clave incorporar el análisis de elementos que no dependen directamente de la institución y sus actores, pero que tienen influencia sobre las directrices del UEC en la TD, como es la disponibilidad de internet y suscripciones a buscadores de información para adquisición de la EC.

GF. En cada administración nueva del gobierno federal hay rotación del personal directivo responsable de la toma de decisiones en los diferentes niveles jerárquicos. En consecuencia la forma en que se entienda el UEC dependerá de la persona que se encuentre en el puesto y sus competencias académicas. Si bien identifican los beneficios del UEC como elemento para mejorar la transparencia presupuestal y rendición de cuentas, el acceso a los sitios de internet específicos en difusión de EC están limitados a los que son gratuitos.

GE. Una de las formas de acceder a la EC es a través de publicaciones que comúnmente se encuentran en Internet pero las limitaciones presupuestales del gobierno estatal condujeron a reducción de pagos de internet, tampoco está contemplado en el presupuesto financiero el pago de suscripciones a sitios que difundan EC.

Modelo del UEC en la toma de decisiones del Seguro Popular

Las decisiones organizacionales son el resultado de diversas formas de interacción social entre grupos e individuos(31). El poder, los valores y los intereses de los decisores juegan un papel crítico para facilitar u obstaculizar el UEC en la TD. A pesar de la sofisticación de técnicas en la investigación y el aumento de EC disponible, se esperaría que el modelo racional en la TD brindara una descripción de cómo debe realizarse, lo cual no se prueba en el presente estudio ya que existen otras fuerzas o factores que influyen en la TD, como los aspectos políticos, sociales, económicos, partidistas.

Un ejemplo de las fuerzas que interactúan en la TD son las intervenciones que se definen en el FPGC, que cubre los tratamientos de ciertas enfermedades menos frecuentes pero cuyo tratamiento es empobrecedor ya que supera la capacidad de pago al momento del servicio. En la selección de las intervenciones se utilizaron los criterios biomédicos como la carga de la enfermedad y estudios de costo efectividad que son basados en EC, pero al reconocer la existencia de otras fuerzas que influyen en la TD como las fundaciones privadas interesadas en apoyar ciertas patologías así como organizaciones civiles de pacientes demandantes de atención, se determina una visión pragmática con enfoque ético para incluir todas las recomendaciones. Para ello la entidad encargada de la selección, el Consejo de Salubridad General (CSG), estableció la creación de 4 grupos de análisis para incluir todas estas visiones: económico, clínico, ético y de aceptabilidad social; el balance analítico de las recomendaciones de los cuatro grupos es el comunicado que emite el CSG para la incorporación o separación de intervenciones del FPGC. Es decir la EC fue utilizada para resolver un problema y aplicada al proceso de políticas públicas ante un riesgo político, acorde al modelo de solución de problemas de Weiss.

En general, la EC se sitúa como un factor externo que puede surgir de los Intereses de las comunidades académicas y de investigación, ejercen presión a las Instituciones y a los tomadores de decisión para abrir la posibilidad de que los resultados de investigación sean considerados en la TD.

En la Ilustración 1, se representa el modelo que explica el UEC en la toma de decisiones de acuerdo con la información obtenida de las entrevistas realizadas. Este modelo considera las 4 categorías enunciadas previamente. La intersección que se observa en la

para la formulación de políticas y programas. Es decir, la EC es utilizada por el decisor dependiendo de la situación en que se encuentre, ya que con ella puede justificar intervenciones, definir problemas que por su naturaleza tienen un costo político y económico o para respaldar una inacción; ya que es usada como una herramienta en la TD, que por su naturaleza sistemática le da validez y sustento a la decisión.

Por otra parte, además de considerar que la toma de decisiones depende de varios factores que la impulsan o la inhiben para realizar una acción u otra, los informantes claves identifican que algunas investigaciones son muy deficientes y de poca o nula influencia, mientras que otras justifican o recomiendan cambios cuya realización resulta imposible o poco factible. Esto se aplicaría a aquellas estrategias que tienen un alto grado de eficacia (la intervención propuesta produce el efecto deseado en un alto porcentaje de casos en un medio controlado), pero un grado bajo o moderado de efectividad (una vez que se pone a escala en condiciones reales, la intervención propuesta no produce el cambio deseado, o si lo produce resulta incosteable en términos de fondos, tiempo u otros recursos)(32). Aun los estudios rigurosos pueden tener un uso limitado por lo cual es importante especificar de qué tipo de investigación se trata, por ejemplo los resultados del seguimiento o del análisis estratégico pueden resultar más útiles para las políticas y programas administrativos, los resultados de los estudios de daños/riesgos a la salud pueden ser más útiles en programas epidemiológicos y de prevención de enfermedad.

Conclusiones

En este estudio se brinda la reflexión de que el UEC es muy escaso, ya que no es un recurso utilizado de manera sistemática en los procesos cotidianos de la TD y por lo tanto no se encuentra establecido explícitamente en la cultura organizacional.

La heterogeneidad de la composición de los actores del sistema de salud hacen que la EC sea un recurso o herramienta difícil de incorporar, ya que demanda profesionales con un perfil en investigación con competencias específicas; además exige tiempo lo que entra en conflicto con la TD habituales del sistema de salud que requiere respuestas rápidas para resolver problemas urgentes y emergentes, lo que representa la cotidianidad del sistema estatal de salud. En los niveles de decisión se manifiesta la necesidad del desarrollo institucional del fomento de las capacidades de adquisición, análisis, adaptación y aplicación de la EC; aunado a ello la identificación y establecimiento de prioridades de investigación por las áreas donde se toman decisiones en coordinación con las áreas generadoras de EC.

Se observa que cuando es demandada la EC es en niveles normativos y estratégicos (macro nivel) para dar solución a problemas con alto costo, alto riesgo político e impacto en diversos niveles políticos. En cambio en los procesos de gestión de nivel intermedio no se observa la práctica de utilizar la EC, sino más bien son los investigadores quienes difunden resultados de investigación para abrir opciones de una TD mejor fundamentada. Es ahí donde se realiza más investigación y se esmeran por difundir sus contribuciones para dar sentido a la misión de la investigación.

Es importante reconocer que no siempre el UEC garantiza la mejor decisión, pero sin duda contribuye a impulsar un proceso de decisiones basado en una mayor reflexión y cuidado, lo cual brindará mayor transparencia en la TD y en la rendición de cuentas.

Por las características de este estudio se utilizó un modelo de análisis del sistema político que influye en la toma de decisiones, el cual sirvió para identificar los elementos del macro nivel y nivel intermedio que determinan la TD en el Seguro Popular en las decisiones gerenciales, pero quedaron pendientes los elementos que constituyen la TD en el micro nivel, es decir a nivel operativo y como pueden influir en la TD de los niveles normativos y estratégicos.

Las limitaciones de este estudio están determinadas por su enfoque local (un solo estado) y en parte, por el modelo de análisis utilizado que si bien ayudó a identificar los factores que influyen en el UEC nos ofrece una visión parcial durante un momento determinado de una política pública en salud. Por ello, quedan preguntas abiertas para estudios posteriores dirigidos a la agenda de investigación en salud, de las investigaciones disponibles, la difusión de sus resultados y el acercamiento con los tomadores de decisión, así como estudios del perfil profesional y estudios de personalidad del tomador de decisiones.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos de la investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

- Ampliar este tipo de estudio a otras entidades federativas ya que cada entidad federativa tiene diferencias políticas, económicas y sociales que influirán de manera positiva o negativa en el UEC; además el SP es una política nacional que se verá beneficiada con la incorporación de esta herramienta.

- Incorporar un equipo de trabajo especializado para formar una unidad de análisis para la toma de decisión, y con vinculación directa a las áreas donde se realiza la TD gerencial.
- Mejorar las capacidades del UEC en los diferentes niveles de planificación de la estructura organizacional, a través de un programa continuo de fortalecimiento de competencias en el UEC para la TD.
- Crear un programa de incentivos al desempeño profesional para el fomento de la investigación y el UEC en las instituciones.
- Incorporar en la entidades federativas unidades gestoras de investigación para el sistema de salud.
- Difundir y promover el uso de EC que se genere en las entidades federativas y en el país.
- Crear agendas estatales de investigación en salud con la participación de la sociedad civil, áreas académicas y otras instituciones generadoras de investigación.

Agradecimientos

Agradezco el apoyo, asesoría y tutela del Dr. Gustavo Nigenda del Instituto Nacional de Salud Pública, para la elaboración de este trabajo de investigación. Así como los comentarios, observaciones y guía para la conformación de este documento de la Dra. Gladys Faba Beaumont, Dr. Francisco Garrido y Dr. Jesús Alveano. Especial agradecimiento al Dr. John N. Lavis de la Universidad de Mc Master por su asesoría en el análisis de los resultados. Así mismo al Programa de Salud Global del INSP ya que a través de Global Health Fellowship para estancias en el extranjero, recibí apoyo financiero para la culminación de este trabajo.

Conflicto de intereses.

La autora principal de este documento trabaja en la Secretaría de Salud de Michoacán, la investigación es producto del programa académico del Doctorado en Salud Pública en el INSP.

Referencias bibliográficas

1. Oxman A, Lavis J, Lewin S, Fretheim A, editors. SUPPORT Tools for evidence informed policymaking (STP): Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010.
2. Bronfman M, Langer A, Trostle J. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. Primera ed. México, Santafé de Bogotá: El Manual Moderno/Instituto Nacional de Salud Pública; 2000.
3. Ciliska D. *Introduction to evidence - informed decision making*. Canadian Institute of Health Research, 2005.
4. Curzio L. Toma de decisiones. In: Miklos T, editor. Las decisiones políticas; de la planeación a la acción. México: Siglo Veintiuno Editores; 2001. p. 142-208.
5. Lavis J, Røttingen J-A, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F. Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Linking Guidance Development to Policy Development. *PLoS Med*. 2012;9(3):e1001186.
6. Díaz-Duarte D. Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida en la organización moderna. *Acimed*. 2005;13(3).
8. Cabrero Mendoza E, Peña Ahumada JA. Instrumentos del *new public management* para construir una *new public governance*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2006.
9. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. First ed. Black N, Raine R, editors. England: Open University Press; 2005. 199 p.
10. González-Block M.A., Mercado F.J, Ochoa H., Rivera H., A I. Utilización de la investigación por gestores de salud en México: diagnóstico de la capacidad y propuestas de fortalecimiento. *Salud Pública de México*. 2008.
11. Foundation CHR. [cited 2011 25 de mayo]. Available from: www.chsrf.ca/other_documents/working_e.php.
12. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*. 2011;53 (2):220-32.
13. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Salud Pública de México*. 2006;368:954-61.
14. Frenk J., González Pier E., Gómez Dantés O., Lezana M.A., F.M. K. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. 2007;49 (1):23-36.
15. Nigenda G, González-Robledo LM, González-Robledo M, Serván E, Ruíz J, Bejarano R, et al. Componente gerencial. In: Lazcano-Ponce E, Gómez Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F, editors. Evaluación externa 2012 del Sistema de Protección Social en Salud. Primera edición ed. Cuernavaca, México: Instituto nacional de Salud Pública; 2013.
16. Salud Sd. Programa de Acción Específico: Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012. México D.F.2008.
17. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, (2004).
18. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategia. México: Masson; 1995.
19. Amezcua M, Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española Salud Pública*. 2002;76:423-36.
20. Alvarez-Gayou J. Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología. 2003.

21. Nigenda G, López R, González-Robledo LM, Duarte M, López Molina R, Arreola H, et al. Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2011. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
22. Muñoz Justicia J. Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti. In: Barcelona UAd, editor. España2005.
23. González-Robledo L, Nigenda G, González-Robledo M, Reich M. Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en Salud, México 2009: avances y retos. Salud Pública de México. 2011;53(4):416-24.
24. Salud CNdPSe. Informe de Resultados 2007,2008,2009, 2010, 2011, 2012. México: Secretaría de Salud.
25. Salud. CNdPSe. Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES. México D.F.2012.
26. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Salomon J, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Pública de México. 2007;49:37-52.
27. Garrido-Latorre F, Muradás M, Martínez H, Puentes E, Murillo-Zamora E, Ortega-Olvera C, et al. Evaluación de los efectos del fondo de protección contra gastos catastróficos en pacientes con cáncer de mama. Secretaría de Salud Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.
28. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-maker's perceptions of their use of evidence: a systematic review. Journal of Health Services Research & Policy. 2002;7:239-44.
29. Bowen S, Zwi A. Pathways to "evidence - informed policy and practice: A framework for action. Plos Med. 2005;2(7):e166.
30. Dever Alan GE. La epidemiología en la administración de los servicios de salud. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 1991. p. 51-75.
31. Rodríguez-Cruz Y, Pinto-Molina M. Evolución, particularidades y carácter informacional de la toma de decisiones organizacionales. Acimed. 2010;21(1):57-77.
32. Elliot H, Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making. Journal Epidemiology Community Health. 2000;54:461-8.

Toma de decisiones en acciones de promoción y prevención cubiertas por el Seguro Popular

Resumen

Objetivo: Caracterizar la toma de decisiones (TD) en las acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades cubiertas por el Seguro Popular de Salud.

Material y métodos: estudio transversal, cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a informantes clave involucrados en la toma de decisiones y revisión de lineamientos, normatividad, reportes, informes de gasto 2008-2012 y programas de salud.

Resultados: 1. No existe un marco conceptual sólido en aspectos de promoción y prevención. 2. Existen capacidades diferenciales en los niveles de toma de decisiones federal y estatal. 3. TD condicionada por la formación académica y experiencia del decisor. 4. Diferencia estructural en grado de influencia de TD en planeación, asignación y ejecución. **Conclusiones:** La TD es dirigida para dar respuestas a corto y mediano plazo. Se favorecen las acciones de prevención y detección ya que brindan resultados a corto plazo, en comparación a las acciones de promoción de la salud.

Palabras clave: *toma de decisiones, seguro popular, promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades.*

Introducción

El diseño y aplicación de políticas públicas que son fundamentales para el desarrollo de cualquier sociedad, se ejecutan a través de las instituciones gubernamentales donde se instauran las áreas de decisión (1, 2). Las áreas de decisión se entienden como el espacio donde se establecen las funciones y tipos de decisión que son transferidos de manera formal de un nivel a otro (1). En el campo de la salud, los resultados originados en un sistema de salud, están determinados en la definición de las políticas públicas y su implementación en los diferentes niveles de decisión. En México las decisiones sobre la transferencia del recurso financiero y la definición del marco normativo para su administración tienden a focalizarse en el ámbito del *gobierno federal* (GF). Por otro lado su implementación conlleva decisiones de las áreas ejecutantes, es decir del *gobierno estatal* (GE), que desarrolla funciones orientadas al cumplimiento de los objetivos definidos por el GF. De esta manera, la toma de decisiones está definida por las políticas de salud y la normatividad del GF; las resoluciones y acciones para operar dicha normatividad le corresponde al GE (3).

El *Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) es una política pública que tiene como finalidad ofrecer aseguramiento público a la población del país que no cuenta con seguridad social, con el propósito de garantizar el derecho a la protección social en salud como se estipuló en la reforma a la *Ley General de Salud* (LGS) en el 2003 (4). El GF plantea que para aspirar al cumplimiento de este derecho, el objetivo es llegar a la cobertura universal, mediante la afiliación y acceso a un paquete de servicios de salud financiados por un seguro público; el paquete de servicios incluye 284 intervenciones estipuladas en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) (5). El tipo de decisiones dependen del nivel o área en que se sitúan los responsables de la toma de decisiones (TD). En el marco legal y normativo del SPSS se describe el proceso administrativo de acuerdo con cada una de las áreas que se relacionan. Los actores públicos involucrados se dividen atendiendo al área de pertenencia: el GF representado por la *Comisión Nacional de Protección Social en Salud* (CNPSS) y la *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud* (SPPS); el GE representado por los servicios estatales de salud (SESA) y el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) (6-11). El SP utiliza un modelo gerencial con lineamientos generales que dejan descubiertos niveles de decisión no establecidos a nivel táctico y operativo, por ello los tomadores de decisiones tienen que usar sus propios criterios.

De acuerdo con los lineamientos del SPSS, las funciones establecidas para cada área se resumen de la siguiente manera: los estados se responsabilizan del manejo de los recursos financieros asignados por el GF mediante acuerdos anuales, su manejo se realiza por el REPSS quien a su vez realiza convenios de colaboración con los *servicios estatales de salud* (SESA) para la asignación de fondos, debido a que la prestación de los servicios del *Seguro Popular* (SP) está a cargo de los SESA (12). En el diseño de la política, la diferencia de funciones en el SP determina el tipo de decisiones dependiendo del nivel en la jerarquía organizacional y del área canalizando las diferentes decisiones a los diversos ámbitos de competencia asignados al gobierno federal y estatal y a sus respectivas estructuras (13, 14) (15).

La toma de decisiones es compleja porque es influida por diversos factores y frecuentemente no tiene un resultado específico; es producto de una acción individual o colectiva donde el poder, los valores y los intereses de los decisores juegan un papel crítico como elementos que pueden facilitar u obstaculizar su desarrollo(16-19). En el proceso de TD se identifican múltiples elementos que la pueden modelar, entre ellos se incluyen: los *Institucionales*, que abarcan los factores de la estructura gubernamental, sus redes políticas y cultura organizacional; los *Intereses* de los grupos o asociaciones civiles y académicos; las *Ideas* de los actores en la TD como resultado de su capacidad de sistematizar y analizar su experiencia personal, conocimientos empíricos y su influencia en los valores institucionales. Por otro lado, es posible identificar otros *factores* como los cambios políticos, económicos, tecnológicos del contexto estatal, regional y/o nacional, y los medios masivos de comunicación, que utilizan la TD como foco de interés (20-23).

Este trabajo se ha propuesto identificar los elementos que influyen en la TD del proceso administrativo en las acciones de promoción y prevención que cubre el SP (2, 3, 24), ya que a partir del 2008 se acordó entre la Comisión Nacional y los REPSS, el uso de los recursos financieros con la definición de límites de gastos: hasta 40% en personal, 30% en medicamentos, 6% gastos de operación, al menos 20% en *acciones de promoción en salud, prevención y detección de enfermedades* (promoción y prevención), y además asignación para Caravanas de la Salud(25). El proceso administrativo que respalda la gestión de acciones de promoción y prevención requiere de una efectiva coordinación entre las áreas de decisión que inciden en el cumplimiento de los objetivos de esta política (26).

La promoción de la salud reúne un conjunto de acciones de gobierno dirigidas a fortalecer la conciencia en la población sobre la importancia de cuidar, proteger la salud y prevenir enfermedades; lo cual no siempre se logra porque es un proceso político y social que comprende acciones dirigidas a la incorporación de habilidades y capacidades de los individuos, a la modificación de sus condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de incrementar el impacto a la salud pública (27, 28). En cambio, la prevención y detección de la enfermedad son las acciones que están destinadas anticipar la aparición de la enfermedad, como la reducción de los factores de riesgo, además de detener su avance y atenuar las consecuencias cuando está establecida. La prevención de la enfermedad se utiliza en ocasiones como complemento de la promoción de la salud, pero la prevención considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar asociados a menudo a diferentes comportamientos de riesgo. En cambio la promoción de la salud se dirige a los individuos y poblaciones, su entorno social y ambiental con el objetivo de preservar su salud, es decir la promoción está enfocada a fomentar la salud y la prevención a reducir el riesgo de enfermedad (29).

Este trabajo corresponde al segundo documento de una publicación en serie (serie de 2 artículos), en este se caracteriza la toma de decisiones en el proceso administrativo de las acciones de promoción y prevención cubiertas por el seguro popular.

Metodología

Tipo de estudio. Se realizó un estudio cualitativo con enfoque en la teoría fundamentada que permitió la obtención de conocimientos y experiencias de los informantes clave (30, 31). El estudio se realizó durante el año 2012 en el lugar de trabajo de cada uno de los informantes clave, previa autorización de las autoridades correspondientes.

Población y muestra. Se seleccionó por criterio de conveniencia el análisis de caso de una entidad federativa (Michoacán) para la representación del espacio de decisión del GE en las áreas de los SESA y REPSS. El área de decisión del GF fue la CNPSS y SPPS.

En cada una de las instituciones se determinó el número de participantes de acuerdo con la técnica cualitativa denominada bola de nieve, que consiste en elegir a una persona que cuenta con el perfil de informante en la organización y a partir de ahí solicitar a cada entrevistado información de otra(s) persona(s) con

conocimiento específico del objeto de estudio para ser incluida en la lista de entrevistados. Al listado de informantes ingresan nuevas personas hasta llegar a la saturación teórica en cada una de las instituciones. La saturación teórica es el criterio que se utilizó para cesar el muestreo de los diferentes grupos pertenecientes a cada una de las categorías, se aplicó cuando ya no se encontró información adicional para la descripción de las categorías en estudio ni para la formulación de nuevas categorías. (30).

Se realizaron 34 entrevistas semiestructuradas a personal gerencial involucrado en la TD de nivel normativo, estratégico y táctico de acuerdo a la clasificación de Pineault de los niveles de decisión y planificación en los sistemas de salud, por ser los responsables de la planificación de las acciones del SP

La mayoría de los informantes clave (68.8%) son hombres, porcentaje que no representan la totalidad del personal directivo, aunque existe en la plantilla laboral más hombres que mujeres en estos niveles de toma de decisiones. La edad de los informantes comprende entre los 40 a 55 años. Sólo un informante con puesto de subdirector manifestó tener 26 años de edad. De acuerdo al grado académico, el 21% contaba con licenciatura, el 12% con estudios de especialidad, 61% con maestría y 6% con doctorado.

29

Técnica de recolección de información. La información secundaria se obtuvo a través de un análisis documental y la primaria a través de las entrevistas semiestructuradas. La revisión documental se centró en documentos oficiales, entre ellos, la Ley General de Salud, lineamientos oficiales para la asignación del recurso financiero en acciones de promoción y prevención, reglas de operación del SP, Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES), informes financieros del REPSS, acuerdos anuales de CNPSS – REPSS Michoacán, los 21 programas prioritarios de salud de la entidad y del gobierno federal incluidos en el CAUSES. Estos documentos se utilizaron para la contextualización y apoyo documental de la descripción de la toma de decisiones en la planeación, asignación y ejecución de acciones en promoción y prevención.

Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron a informantes claves de las diferentes áreas del gobierno estatal y del gobierno federal. (30-32).

La guía de entrevista incluyó preguntas que ayudaron a identificar las características que influyen en la toma de decisiones en las acciones de promoción y prevención del Seguro Popular descritos desde la perspectiva de la institución, de los intereses de otras organizaciones, las ideas de los actores claves en este proceso, así como factores externos que condicionan la toma de decisión. Esta guía fue explorada a través de una prueba piloto con 3 funcionarios públicos para evaluar el flujo de las preguntas y comprensión por parte de los entrevistados (20, 24) .

Sistematización y análisis. Las entrevistas fueron grabadas en audio digital, previo consentimiento informado de los participantes. Cada grabación se registró mediante un número de folio único para su identificación posterior. Los datos obtenidos en la entrevistas fueron vaciados en el programa informático para el análisis cualitativo Atlas Ti v.6.2, que sirvió de herramienta para la categorización de los datos en unidades de significado, codificación, relación de conceptos, categorías y temas. En la fase de análisis se realizó triangulación de los datos entre las fuentes de información utilizada para contrastar las diversas opiniones en relación a temáticas similares (20, 30, 33).

Resultados

Las entrevistas arrojaron los siguientes datos que influyen en la TD de las acciones de promoción y prevención en las áreas de decisión, divididos en: I. hallazgos generales y II. Categorías del modelo de análisis de programas y políticas públicas en salud :

I. Hallazgos generales

1. Los informantes tienen un manejo conceptual básico sobre conceptos de promoción, y prevención de la salud y la detección de enfermedades; la mayoría de los entrevistados utilizan promoción y prevención como sinónimos pero orientado a la prevención de la enfermedad.

Las intervenciones registradas en el CAUSES están orientadas fundamentalmente a la prevención y detección de las patologías. En la normatividad y lineamientos se definen las intervenciones de prevención primaria como aquellas que están orientadas a la eliminación o reducción de los factores de riesgo presentes en la comunidad, a través de la promoción de la salud y la protección específica. El CAUSES enlista 41 intervenciones orientadas a la prevención y detección de enfermedades y sólo una intervención

específica en promoción de la salud, (número 27. Otras acciones de promoción a la salud y prevención de riesgos) que tiene como finalidad disminuir las oportunidades perdidas para el ofrecimiento de consejería, detecciones tempranas o acciones comunitarias. En la prevención secundaria y terciaria se estipulan 79 intervenciones que cubren enfermedades infecciosas, crónicas, de salud mental, patologías y complicaciones del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido(34, 35).

2. Las áreas de decisión se conforman en el gobierno federal (GF) representado por la CNPSS y SPPS, y gobierno estatal (GE) representado por los SESA y REPSS. La separación de estos espacios definen los diversos escenarios en la toma de decisión para la asignación del recurso financiero. A pesar de que ambas áreas de decisión tienen como finalidad brindar salud a la población, el contexto jurídico, político, económico y geográfico en el que se encuentran brindan características diferenciales en los tipos de decisión. Por una parte se encuentra el nivel normativo y estratégico que es el gobierno federal, donde se emiten y supervisan el cumplimiento de las normas y lineamientos, determinan estrategias generales para su cumplimiento. Por otro lado, el gobierno estatal es el nivel estratégico, táctico y operativo del SPSS con la función de implementar los lineamientos y normas determinados por el gobierno federal. Se identifica el nivel estratégico en ambas áreas, ya que definen la orientación a largo plazo de los lineamientos y normas mediante objetivos específicos en el sistema de salud, pero el GF lo realiza a nivel nacional y GE solamente en el estado.

3. Los funcionarios entrevistados comentaron que la TD está condicionada por la formación académica y experiencia del decisor, sus valores éticos, ideales e intereses en temas específicos.

4. En las entrevistas se reconocen tres momentos del proceso administrativo definidos por los informantes clave: la planeación, la asignación y la ejecución del recurso financiero para las acciones en promoción y prevención. *“... realizamos tres ejercicios, primero planeamos lo ideal, lo que se requeriría para atender las necesidades reales de la población; después en la validación y negociación se corrige con lo que se puede atender las necesidades institucionales y se asigna un recurso específico, el tercer momento es lo que realmente se ejecuta que depende de la liberación del recurso financiero por parte de la Secretaría de Finanzas estatal, y ahí se hace para lo que alcance...”* (SSM-DG-H-8).

El GF influye predominantemente en la planeación y asignación del recurso financiero, como área emisora de normatividad y lineamientos, además es responsable de definir los programas prioritarios de salud con sus actividades y metas. En el GE, a pesar de la negociación anual con el GF donde participa en la planeación y asignación del recurso financiero, su función principal es ser el área ejecutora de las acciones comprometidas y validadas previamente por el GF. Es decir, se observa una estructura de TD altamente concentrada en las estructuras del GF. Estos elementos se resumen en el cuadro 1, se clasifican de acuerdo al área y nivel de decisión que influyen en la TD, se identifica etapa del proceso administrativo y su grado de influencia en la TD (** alto, * medio, *bajo).

CUADRO 1. Tipo de decisión y grado de influencia en el proceso administrativo

Área	Decisor/Institución	Nivel/Tipo Decisión	Etapas proceso administrativo	Grado de Influencia en TD
Gobierno Federal (GF)	CNPSS, SPPS	Normativo	Planeación	***
		Estratégico	Asignación	***
			Ejecución	*
Gobierno Estatal (GE)	REPSS, SESA	Estratégico	Planeación	*
		Táctico	Asignación	*
		Operativo	Ejecución	***

Fuente Elaboración propia

II. Categorías del modelo de análisis de programas y políticas públicas en salud

La toma de decisiones es compleja porque es influida por diversos factores y la mayoría de ellos no están bajo el control de quien decide. En el presente estudio se analizaron estos factores agrupándolos en las siguientes categorías de acuerdo al modelo de análisis de programas y políticas públicas en salud de Lavis (20): a) Los *Institucionales*; b) las *ideas* de los actores en la TD; c) Los *Intereses* de los grupos externos; y d) otros *factores o del contexto* que influyen en este proceso. Se analizan tres etapas del proceso administrativo: planeación, asignación y

ejecución. Además los resultados se distinguen en dos grandes áreas: el gobierno federal y estatal, ya que se identifican diferencias en la toma de decisiones de acuerdo al nivel institucional que se analice. (20, 32, 36).

1.1 Instituciones.

Las instituciones influyen en el tipo de decisiones que se realizan para responder a las condiciones políticas y organizacionales de la institución, sitúan contextualmente a las personas que toman decisiones en el gobierno federal y estatal. En el cuadro 2, se identifican los elementos institucionales de gobierno federal y estatal que determinan el proceso administrativo del recurso financiero.

En las **estructuras gubernamentales** se sitúa el rol normativo que tiene el gobierno federal. A través de la CNPSS se definen las intervenciones que se incorporarán o removerán del CAUSES basados en estudios epidemiológicos y de costo-efectividad. Además determinan los criterios y límites para la utilización del recurso financiero, los cuales han sido una medida de control para la reducción del desvío del recurso financiero en otras actividades diferentes al tema de salud por los gobiernos estatales, pero que en algunos casos siguen persistiendo:

“... es un punto de mejora que requiere reforzar, porque hemos observado que en las entidades todo el anexo 4, concerniente al 20% para acciones de promoción y prevención, se utilizaba como caja chica...” (CNPSS-DG-H-1)

La otra estructura gubernamental del GF que influye en la TD, es la SPPS ya que estipula las líneas de acción y metas de los programas prioritarios de salud que deben cumplirse cada año por parte de las entidades federativas, determinan las acciones que pueden realizar los SESA en una negociación anual lo que condiciona la cantidad de recurso financiero que se otorgara para dichas acciones.

Los informantes refieren que en el GE los SESA son los encargados de la planeación y operación de los programas de salud que se brindan a la población. El REPSS tiene la función de ser el vehículo financiero para la ejecución de dichas actividades así como área de validación de las intervenciones que programan los SESA. En la planificación se tiene que identificar primero que la intervención se estipule en el CAUSES, así como el tipo de partida presupuestal autorizada para dicha intervención. Pero comentan que estas

limitaciones juegan un doble rol, por una parte coadyuvan para que se garantice la atención de las intervenciones que se han declarado prioritarias a nivel nacional, se limita la incorporación de otras necesidades en salud específicas para cada estado que por su trascendencia y magnitud tienen un gran peso en la carga de enfermedad por lo que requieren ser abordadas.

Los **legados** normativos de mayor relevancia del gobierno federal es la reforma a la LGS en donde se estipula la creación del SPSS, se le confiere el rol normativo a la CNPSS sobre todas las entidades federativas. En el GE, en la década de los 90's se realizó el proceso de la descentralización administrativa de los estados lo que permite en teoría mayor autonomía en las políticas públicas de salud del gobierno estatal, pero sigue dependiendo del recurso financiero que ministra GF donde se determina a través de acuerdos anuales el destino de dichos recursos, aunque refieren los funcionarios entrevistados, que en ocasiones no se utiliza el recurso financiero para las acciones acordadas, sino para actividades ajenas al tema de salud, parte de ello explica el rezago en el GE en la comprobación de recurso financiero desde el año 2010.

La **red en política** representativa del GF es la conformada en el Consejo de Salubridad General, donde las instituciones que conforman el sector salud acuerdan compromisos en beneficio de la población respetando las diferencias organizacionales de cada institución para atender los objetivos del milenio, siendo uno de ellos la promoción de la salud.

CUADRO 2. Factores de las instituciones que influyen en la toma de decisiones del Seguro Popular. 2012

	Gobierno Federal	Gobierno Estatal
Estructuras gubernamentales	Criterios y límites de gasto del recurso financiero	Reuniones anuales de responsables de programas estatales y federales para negociar la planeación anual
	Planeación basada en 285 intervenciones del CAUSES	La planeación anual de cada programa de salud es validado por cuatro estructuras con diferentes ámbitos de competencia: 1. SESA, 2. REPSS, 3. SPPS y 4. CNPSS.
	Bases para asignar recurso financiero, 40 intervenciones son de prevención y detección de enfermedades, y solo una de promoción de la salud	Limitación en la planeación a 21 programas prioritarios contemplados en el CAUSES,
	SPPS determina las líneas de acción y metas anuales de los programas de salud para la entidad federativa	Convenio anual entre los SESA y Secretaría de Salud federal, de la programación anual de acciones, metas y recurso financiero

	Desarrollo del sistema informático SIAFFASPE para programación anual de actividades y metas por entidad federativa y programa de salud	Alineación del recurso financiero de las diferentes fuentes de financiamiento con apoyo de la herramienta SIAFFASPE
Legados	Reforma del 2003 a LGS estipula la creación del SPSS para la población carente de servicios de salud	La descentralización administrativa de los SESA desde la década de los 90's permite a GE autonomía en la determinación de las políticas públicas estatales
	Financiamiento tripartita del cual la mayor proporción es otorgado por gobierno federal	Recursos financieros se destinan a la Secretaría Estatal de Finanzas, como medida de mejora de la transparencia y rendición de cuentas, Procesos burocráticos complejos conducen inoportunidad de la distribución del recurso financiero.
Redes en políticas	Consejo de Salubridad General plantea compromisos para cumplir objetivos del milenio, incluyendo acciones de promoción y prevención.	
SIAFFASPE: Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas		

1.2 Ideas. Las ideas son entendidas como resultado de la capacidad de los actores en la TD para sistematizar su experiencia y conocimiento previo, y su influencia en los valores institucionales; es decir las experiencias en el ejercicio de su profesión, el conocimiento conceptual y empírico que tenga sobre el problema, su capacidad de interpretar dicha información y los intereses personales sobre un tema en específico. En el cuadro 3 se enlistan las ideas que influyen en el proceso administrativo de la TD.

En el GF la experiencia personal y conocimiento de los tomadores de decisiones del CNPSS y SPPS determinan la planeación de los 21 programas prioritarios en salud que son considerados en el CAUSES. En el GE, las diferencias en la formación académica entre los responsables de los programas de los SESA y el REPSS ocasionan dificultades para el ejercicio de aprobación y validación de las acciones definidas para cada intervención.

El gobierno federal puntualiza que la evidencia en la que sustentan las decisiones es a partir del diagnóstico de necesidades locales que elaboran las entidades federativas. Por su parte el gobierno estatal sustenta los antecedentes y planteamiento del problema con elementos que les brinda la Secretaría de Salud del gobierno federal; por ello en los programas estatales de salud se identifica que la evidencia científica que se utilizan es la que brinda el gobierno federal, así mismo el GF determina las acciones que deben de planearse para cumplir las metas nacionales.

Los tipos de evidencia que se utilizan para la toma de decisión son diversos e influyen de diferente manera, dependiendo de la problemática que se esté manejando; se

identificaron principalmente los siguientes tipos de evidencias que se utilizan en la toma de decisión: de investigaciones epidemiológicas, de evaluación, de las experiencias personales en el ejercicio de su profesión, el conocimiento académico que existe sobre el problema, así como los aspectos económicos donde se busca realizar intervenciones costo-efectivas. *“...Respecto al uso de la evidencia... por ejemplo existe suficiente evidencia científica para la prevención de la muerte neonatal por problemas respiratorios asociados con la prematurez, hay alternativas para reducir el riesgo de dificultad respiratoria con el uso de esteroides prenatales y es algo que no está en los documentos oficiales para la atención de mujeres con amenaza de parto prematuro... los que tienen los controles de las intervenciones no lo difunden ni lo programan ni lo consideran en el CAUSES... así en muchas otras áreas, en mi consideración la evidencia científica avanza más rápido que la evidencia que se maneja en la burocracia...”*(SSM-RP-8).

CUADRO 3. Ideas que influyen en la toma de decisiones del Seguro Popular. 2012

	Gobierno Federal	Gobierno Estatal
Experiencia personal	Planeación de acuerdo a la experiencia y conocimiento de los tomadores de decisión en los 21 programas prioritarios que son considerados en el CAUSES	Diferencias en la formación académica de los responsables de los programas de salud en los SESA y los responsables de la validación de los programas en el REPSS ocasionan dificultades en la planeación, asignación y ejecución de acciones
	Traslape en la conceptualización entre las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades	
Evidencia científica	Análisis de diagnóstico de necesidades elaborado por las entidades federativas	Diagnóstico de necesidades basado en seguimiento de registros oficiales de información
	Intervenciones del CAUSES determinadas a partir del consenso con expertos, académicos e investigadores	Evaluación y seguimiento de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto determinados por el GF. Los cuales son utilizados para la planeación
	Capacidad institucional y de tomadores de decisiones para la adquisición, análisis, adaptación y aplicación de evidencia científica	Evidencia científica que se utiliza es otorgada por GF. Escaso personal para la toma de decisiones con capacidad para el uso de la evidencia científica
	Falta difusión de investigaciones locales y regionales para incluir intervenciones en el CAUSES	Débil soporte de decisiones en salud pública estatal con investigaciones regionales o locales

1.3 Intereses. Respecto a los intereses que influyen en la asignación del recurso del SPSS, se dividen en dos subgrupos los grupos de interés y la sociedad civil. En relación a los grupos de interés, la Secretaría de Hacienda vigila el adecuado manejo del recurso financiero para la operatividad del Seguro Popular en las entidades federativas, por otro lado se tiene al Sindicato de Trabajadores de Salud expectantes y demandantes de la contratación del personal de salud para las acciones de Promoción y Prevención.

Los entrevistados refieren que desde la sociedad civil se han llevado a cabo evaluaciones del SP, algunas se han considerado en el panel de expertos para definición del CAUSES; además existen grupos organizados de apoyo a ciertos padecimientos como cáncer de mama, VIH/SIDA, mortalidad materna que pugnan para que se incorporen acciones de prevención a dichas patologías.

En el GE se estableció la licenciatura de salud pública con competencias profesionales específicas para dar respuesta a la población en acciones de Promoción y Prevención, quienes egresan con el perfil académico acorde a las necesidades, son sujetos potenciales para contratación por parte del SP para estas acciones, requieren y demandan campo laboral para aplicar sus conocimientos y habilidades. (Cuadro 4).

CUADRO 4. Intereses que influyen en la toma de decisiones del Seguro Popular. 2012

	Gobierno Federal	Gobierno Estatal
Grupos de interés	La Secretaría de Hacienda interesada en manejo adecuado del recurso financiero para operatividad del Seguro Popular	Sindicato de Trabajadores de Salud vigilantes de la contratación del personal de salud
	El Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Salud, interesado en la ejecución del recurso respecto a la contratación del personal	
	La OPS da seguimiento de los objetivos de milenio, parte de estos se encuentran en las intervenciones del CAUSES	
Sociedad Civil	Aportaciones de asociaciones y consultores que llevan a cabo investigación y evaluaciones del Seguro Popular de manera independiente se toman en cuenta en el panel de expertos que definen las intervenciones del CAUSES.	Creciente interés de la medicina privada en acciones preventivas
	Grupos de apoyo a padecimientos específicos como cáncer de mama, VIH/SIDA, mortalidad materna, hemofilia entre otros, pugnan para que se incorporen acciones de prevención de las enfermedades	Organizaciones no gubernamentales exigentes del cumplimiento de las intervenciones del CAUSES Creación de la licenciatura en salud pública, con competencias profesionales para realizar acciones de promoción a la salud, prevención y detección de enfermedades
OPS: Organización Panamericana de la Salud		

1.4 Otros factores que intervienen en el proceso administrativo en acciones de salud están determinadas por los cambios políticos, uno de ellos es el cambio de directivos, ya que posiciona la visión de los tomadores de decisión en turno “... los diferentes cambios

en la Dirección... nos lleva a atrasarnos ya que cada uno cambia al responsable de la validación del presupuesto y no se le da seguimiento, cada uno antepone su criterio...”(SSM-RP-6).

El decremento de presupuesto brindado a los SESA de otras fuentes de financiamiento para la prestación de los servicios de salud, condiciona que se apoyen del recurso financiero del SP, el cual está limitado por las intervenciones del CAUSES y sus partidas presupuestales. Se documentan reportes anuales que influyen en la toma de decisión. En el 2009 se tuvo la pandemia de la Influenza H1N1 con lo cual se incorporaron acciones de prevención y detección dirigidas a esta patología. Otros elementos que influyen se describen en el cuadro 5.

CUADRO 5. Otros factores que influyen en la asignación del recurso financiero del Seguro Popular 2012

	Gobierno Federal	Gobierno Estatal
Cambios políticos	Cambio de directivos de la administración pública del gobierno federal lo que posiciona la visión de los tomadores de decisión en turno	La rotación de diferentes actores en los puestos de decisión define diversas posturas de la toma de decisión estratégica en el REPESS
Cambios económicos	Decremento del presupuesto otorgado por otras fuentes de financiamiento del gobierno federal a las entidades federativas en programas prioritarios de salud, por lo que se apoyan del recurso financiero del SP	Crisis económica regional que se refleja en la falta de recursos financieros en las unidades operativas para atender las intervenciones del CAUSES
Reportes anuales	Evaluación anual del Seguro Popular como guía para cambios estructurales y de proceso. Evaluaciones externas por grupos de investigadores independientes del Seguro Popular como el INSP, Funsalud, Universidad de Harvard	Documentación de los avances de los programas de salud en el Estado a través de reportes anuales, seguimiento de los indicadores por entidades gubernamentales fiscalizadoras.
Nuevas enfermedades	Con la epidemia de la influenza se incorporan acciones principalmente de prevención y detección de la patología, destinando parte del recurso hacia ellas	A partir de la epidemia de Influenza se incorporan acciones de prevención y detección dirigidas a esta patología
Cobertura de medios	Foros académicos y publicaciones en medios de comunicación de las deficiencias en la operatividad del programa.	Publicaciones locales sobre las intervenciones que no se incluyen en el Seguro Popular y de la deficiencia en su operatividad
INSP: Instituto Nacional de Salud Pública.		

Discusión

Modelo de las áreas de decisión y elementos que influyen en la TD

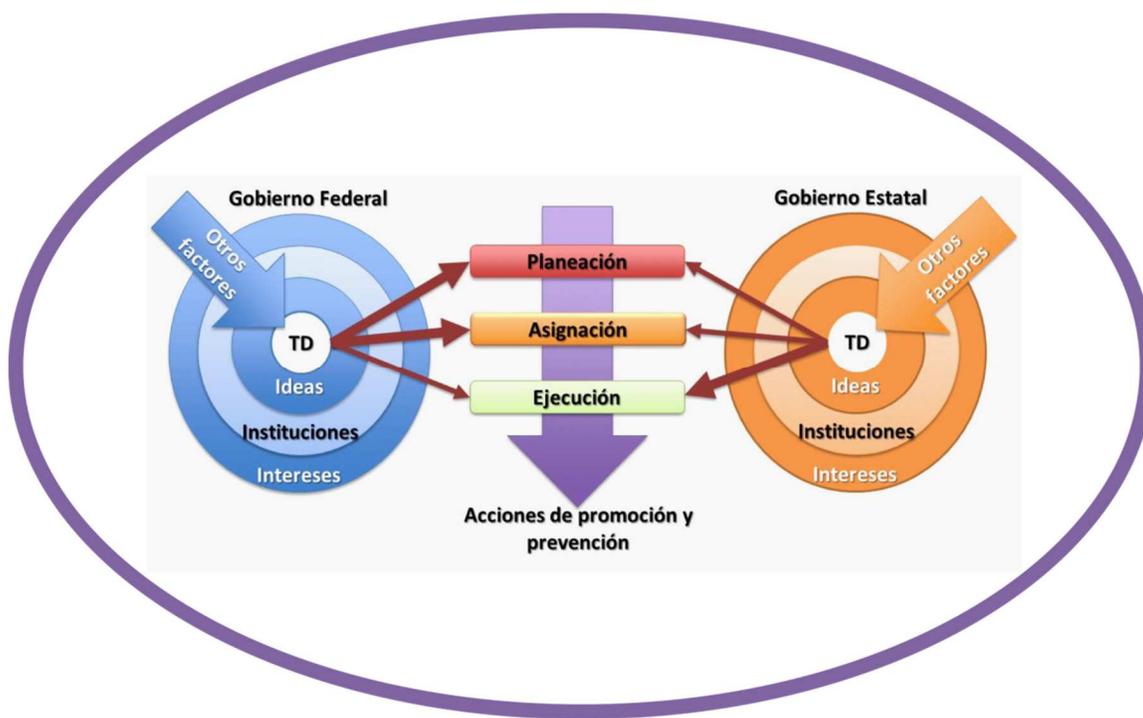
Las decisiones que se toman de acuerdo al nivel o capacidad de solución de los decisores o actores dentro de la institución dan forma a los resultados que genera la organización,

en el caso del sector salud se traducen en los servicios. La institución es donde las personas conjuntan sus esfuerzos para lograr objetivos comunes, a través de tareas complejas. Para estas actividades organizadas, se plantea la división del trabajo y la coordinación de las diferentes áreas para obtener un resultado. Mintzberg (21) considera que la estructura que se conforma en las instituciones son el conjunto de formas en que se da la división del trabajo en las diversas áreas, teniendo como eje rector la coordinación entre las mismas. En el presente estudio se identificaron dichas áreas divididas entre el gobierno federal y estatal. La manera como se relacionan los individuos y moldean la TD entre estas áreas se define a partir de la complejidad estructural y la centralización o descentralización del poder. Curzio (21) define que la estructura se divide en dos tipos según el tipo de complejidad: la horizontal que es orientada a los actores de la institución, a la naturaleza de las actividades que realizan, su formación académica y capacitación; la que se determina al interior de cada área, es decir en el GF entre el CNPSS y SPPS, en el GE entre el REPSS y SESA. En la vertical, la diferenciación de la estructura está dada por los niveles de la jerarquía. Estos aspectos moldean la toma de decisión del actor de acuerdo al área y nivel jerárquico que ocupen en la institución.

Otro elemento que se considera es la centralización o descentralización del poder lo que influye en la TD y el alcance de las decisiones. En estructuras institucionales descentralizadas las decisiones son tomadas por los actores distribuidos verticalmente en la estructura quedando las decisiones normativas y estratégicas en los altos niveles, y las decisiones táctica y operativa en los niveles intermedios y bajos. Las intervenciones que se determinan en el CAUSES son definidas por el CNPSS, es decir por el gobierno federal. El CAUSES da la pauta para la planeación de las intervenciones en salud en el gobierno estatal. Se condiciona el recurso financiero al gobierno estatal, para proveer los servicios determinados en los programas prioritarios que define el GF. No se verifica el supuesto de que la descentralización de los SESA les brinda mayor autonomía en la toma de decisiones para la implementación de programas y políticas en salud pública. Pero tampoco se observa que el GE respete los acuerdos anuales ya que suelen utilizar este recurso financiero para otras intervenciones no incluidas en dichos documentos o inclusive ajenas a los programas de salud, lo que conlleva a cumplir parcialmente las metas estipuladas en los acuerdos anuales con el escaso recurso disponible (37, 38).

En la ilustración 1 se esquematiza el modelo explicativo de la TD en el proceso administrativo del SP. Se representan las áreas del GF y GE, y las 4 categorías mencionadas previamente que influyen en la TD. El grosor de las flechas rojas representa el grado de influencia que tiene cada área en las etapas del proceso administrativo. El GF predomina en la planeación y asignación, en cambio el GE predomina en la ejecución. El GF predomina en la planeación y asignación, en cambio el GE predomina en la ejecución.

Ilustración 1. Modelo explicativo de la TD en promoción y prevención del SP



Fuente: Elaboración propia

En las áreas de decisión se contextualiza y caracteriza de diferente manera el objeto de estudio, estos espacios deben de estar con apertura, comunicación y diálogo bidireccional. Simon (16) menciona que la estructura y funcionalidad de la institución se basa en el complejo diseño de comunicaciones y demás relaciones existentes dentro del grupo de decisores. En las entrevistas se identifican brechas en la comunicación y diálogo en la institución entre las áreas de decisión federal y estatal para la planificación de los programas de salud. Los informantes comentaron como consecuencia de la carente comunicación y diálogo entre las áreas y niveles de decisión, la falta de respuesta a las necesidades locales de la población; así como el uso, fomento y difusión

de investigaciones en el estado respecto a intervenciones en Promoción y Prevención como experiencias exitosas. Al interior de cada área de decisión, se encuentra también una brecha de comunicación y difusión en la información, lineamientos y normatividad que son fundamentales para la toma de decisión.

Las flechas gruesas de la figura, correspondientes a “otros factores”, señalan la propia vulnerabilidad de todo el sistema de decisiones en este programa, ya que los que toman las más altas decisiones podrían estar condicionados por una dinámica poco racional y algo pernicioso determinada por las condiciones políticas, económicas y sociales.

Conclusiones

De este estudio se desprende que la TD en las instituciones no responde a un modelo racional, donde la toma de decisión es guiada por el resultado que se espera de la acción con conocimiento exhaustivo de todas las opciones. El resultado de la planeación para cumplir los objetivos del SP, está determinado por la disponibilidad del recurso financiero en el GE para la ejecución de las acciones.

En México, por la inestabilidad económica y política, el cambio continuo de directivos en las instituciones, es común que se identifique un modelo gerencial que da respuesta a políticas de solución de corto y mediano plazo, pero se requiere adoptar un modelo que incorpore respuestas de largo alcance. En este mismo tenor es que se favorecen las intervenciones de prevención y detección ya que la medición de resultados es en corto y mediano plazo. En cambio las intervenciones de promoción de la salud tendrán resultados a largo plazo, por lo que no habrá impacto político y social en un breve periodo.

Se observa que en las instituciones se encuentran áreas críticas, donde hay barreras de comunicación entre los altos niveles encargados de determinar los lineamientos y normas, y los niveles intermedios que ejecutan estos lineamientos. La relevancia de la comunicación como parte de los mecanismos, procedimientos, herramientas y sistemas de supervisión para la transferencia efectiva de los lineamientos y normas, que tienen el propósito de incrementar la vigilancia de la ejecución del recurso financiero para las intervenciones en promoción y prevención.

Por las características de este estudio se utilizó un modelo de análisis del sistema político que influye en la toma de decisiones, el cual sirvió para identificar los elementos del macro nivel y nivel intermedio que determinan la TD en el Seguro Popular en las

decisiones gerenciales del proceso administrativo. Este modelo se enfoca principalmente en el estudio de las estructuras que conforman la Secretaría de Salud del gobierno federal y estatal, quedan pendientes incluir otras instituciones que influyen en la TD.

Las limitaciones de este estudio están determinadas por su enfoque local (un solo estado) y en parte, por el modelo de análisis utilizado que si bien ayudó a identificar los factores que influyen en la TD, nos ofrece una visión parcial del proceso administrativo de una política pública de la Secretaría de Salud. Por esta razón este estudio amerita más que una descripción estricta de procesos, sino una reflexión teórica que nos ayude a aplicar los aspectos conceptuales de los modelos utilizados, en los hallazgos relevantes del estudio. Por lo cual, quedan preguntas pendientes para estudios posteriores de la toma de decisiones en el sector salud, del contexto político, económico y social del sistema de asignación de recursos, la difusión y fomento de intervenciones en promoción de la salud, la propuesta de modelo gerencial para países en desarrollo.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos del estudio se realizan las siguientes recomendaciones:

- Programa de fortalecimiento de habilidades y conocimientos gerenciales en los tomadores de decisión de los diferentes niveles de planificación.
- Fomento de investigación en las entidades federativas que den respuesta al panorama epidemiológico y necesidades locales.
- Difusión, adaptación y aplicación de la evidencia científica que se genere a nivel nacional y global en acciones de Promoción y Prevención.
- Disposición de espacios de diálogo entre gobierno federal y estatal, así como al interior de cada uno de los espacios de decisión, mediante una estructura colaborativa.

Agradecimientos

Agradezco el apoyo, asesoría y tutela del Dr. Gustavo Nigenda del Instituto Nacional de Salud Pública, para la elaboración de este trabajo de investigación. Así como los comentarios, observaciones y guía para la conformación de este documento de la Dra. Gladys Faba Beaumont, Dr. Francisco Garrido y Dr. Jesús Alveano. Especial agradecimiento al Dr. Jonh N. Lavis de la Universidad de McMaster por su asesoría en el análisis de los resultados. Agradezco al Programa de Salud Global del INSP ya que a

través de Global Health Fellowship para estancias cortas en el extranjero, recibí apoyo financiero para la culminación de este trabajo.

Conflicto de intereses.

La autora principal de este documento trabaja en la Secretaría de Salud de Michoacán, la investigación es producto del programa académico del Doctorado en Salud Pública en el INSP.

Referencias bibliográficas

1. Bossert T. La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. EE.UU.A.: 2000.
2. Nigenda-López G, et-al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud. México D.F.: 2009.
3. Orozco E, González-Block M, Rouvier M, Arredondo A, Bossert T. Evaluación, retos e innovaciones de la gestión de los regímenes estatales de protección social en salud para la cobertura universal. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
4. Salud Sd. Sistema de protección social en salud: elementos conceptuales, financieros y operativos. México D.F.2005.
5. Bravo ML, Rincón K. Sistema de Protección Social en Salud, Evaluación financiera,. México: Secretaría de Salud; 2006.
6. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategia. México: Masson; 1995.
7. Salud Sd. Programa de Acción Específico: Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012. México D.F.2008.
8. Salud Sd. Criterios Generales para la Programación del Gasto e Integración de la Información estatal relativa al manejo financiero del SPSS. México2003.
9. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, (2004).
10. Frenk J., González Pier E., Gómez Dantés O., Lezana M.A., F.M. K. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Pública de México. 2007;49 (1):23-36.
11. Frenk J, González-Pier E, Goméz-Dantés O, Lezana M, Knaul F. Health System Reform in Mexico 1: Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Salud Pública de México. 2006;368:1524-34.
12. Fineberg HV. Reforma de salud en México: un trabajo que avanza. Salud Pública de México. 2007;49(1):10-1.
13. Homedes Berger N, Ugalde A. 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. Revista de Gerencia y Políticas en Salud. 2008;7(15):26-43.
14. González-Robledo L, Nigenda G, González-Robledo M, Reich M. Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en Salud, México 2009: avances y retos. Salud Pública de México. 2011;53(4):416-24.
15. G. N-L, López-Ridaura R, González-Robledo LM, Duarte M, López Molina R, Arreola H, et al. Evaluación externa de Sistema de Protección Social em Salud 2011. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud, 2011.

16. Baker G, Ginsburg L, Langley A. An organizational science perspective on information, knowledge, evidence, and organizational decision-making. University of Toronto Press. 2004:86-114.
17. Bowen S, Zwi A. Pathways to "evidence - informed policy and practice: A framework for action. Plos Med. 2005;2(7):e166.
18. Ciliska D. *Introduction to evidence - informed decision making*. Canadian Institute of Health Research, 2005.
19. Oxman A, Lavis J, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking? Health Research Policy and Systems.7 (1).
20. Lavis J, Røttingen J-A, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F. Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Linking Guidance Development to Policy Development. PLoS Med. 2012;9(3):e1001186.
21. Curzio L. Toma de decisiones. In: Miklos T, editor. Las decisiones políticas; de la planeación a la acción. México: Siglo Veintiuno Editores; 2001. p. 142-208.
22. Díaz-Duarte D. Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida en la organización moderna. Acimed. 2005;13(3).
23. . !!! INVALID CITATION !!!
24. Nigenda G, López R, González-Robledo LM, Duarte M, López Molina R, Arreola H, et al. Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2011. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
25. Salud CNdPSe. Reportes del Presupuesto de Egresos de la Federación. 2008 - 2012.
26. Dever Alan GE. La epidemiología en la administración de los servicios de salud. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 1991. p. 51-75.
27. Salud. OM. Promoción de la salud, glosario. 1998,(Ginebra).
28. Ziglio E, Hagard S, McMahon L, Harvey S, Levin L. Inversión a favor de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
29. Blanco Restrepo JH, Maya Mejía JH. Fundamentos de Salud Pública. Salud Pública. I. Segunda ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2005. p. 138-43.
30. Amezcua M, Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española Salud Pública. 2002;76:423-36.
31. Castro R, Bronfman M. Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. In: Salud INdSPFIdCSy, editor. Salud, cambio y política Perspectivas desde América Latina. México D.F.1999. p. 49-64.
32. Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. Health Policy and Planning. 1999;14(2):103-14.
33. Muñoz Justicia J. Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti. In: Barcelona UAd, editor. España2005.
34. Salud. CNPS. Bases para asignar recursos a las acciones de promoción, prevención y detección de enfermedades. 2012. p. 1-8.
35. Salud. CNdPSe. Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES. México D.F.2012.
36. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. First ed. Black N, Raine R, editors. England: Open University Press; 2005. 199 p.
37. Merino G. Descentralización del Sistema de Salud en el Contexto del Federalismo. 2002.
38. Pérez-Núñez R, Arredondo-López A, Pelcastre B. Mechanisms for allocating financial resources after decentralization in the state of Jalisco. Salud Pública de México. 2006;48(2):127-40.

Conclusiones

En este estudio se brinda la reflexión de que el UEC es muy escaso, ya que no es un recurso utilizado de manera sistemática en los procesos cotidianos de la TD y por lo tanto no se encuentra establecido explícitamente en la cultura organizacional.

La heterogeneidad de la composición de los actores del sistema de salud hacen que la EC sea un recurso o herramienta difícil de incorporar, ya que demanda profesionales con un perfil en investigación con competencias específicas; además exige tiempo lo que entra en conflicto con la TD habituales del sistema de salud que requiere respuestas rápidas para resolver problemas urgentes y emergentes, lo que representa la cotidianidad del sistema estatal de salud. En los niveles de decisión se manifiesta la necesidad del desarrollo institucional del fomento de las capacidades de adquisición, análisis, adaptación y aplicación de la EC; aunado a ello la identificación y establecimiento de prioridades de investigación por las áreas donde se toman decisiones en coordinación con las áreas generadoras de EC.

Se observa que cuando es demandada la EC es en niveles normativos y estratégicos (macro nivel) para dar solución a problemas con alto costo, alto riesgo político e impacto en diversos niveles políticos. En cambio en los procesos de gestión de nivel intermedio no se observa la práctica de utilizar la EC, sino más bien son los investigadores quienes difunden resultados de investigación para abrir opciones de una TD mejor fundamentada. Es ahí donde se realiza más investigación y se esmeran por difundir sus contribuciones para dar sentido a la misión de la investigación.

Es importante reconocer que no siempre el UEC garantiza la mejor decisión, pero sin duda contribuye a impulsar un proceso de decisiones basado en una mayor reflexión y cuidado, lo cual brindará mayor transparencia en la TD y en la rendición de cuentas.

De este estudio se desprende que la TD en las instituciones no responde a un modelo racional, donde la toma de decisión es guiada por el resultado que se espera de la acción con conocimiento exhaustivo de todas las opciones. El resultado de la planeación para cumplir los objetivos del SP, está determinado por la disponibilidad del recurso financiero en el GE para la ejecución de las acciones.

En México, por la inestabilidad económica y política, el cambio continuo de directivos en las instituciones, es común que se identifique un modelo gerencial que da respuesta a políticas de solución de corto y mediano plazo, pero se requiere adoptar un modelo que incorpore respuestas de largo alcance. En este mismo tenor es que se favorecen las intervenciones de prevención y detección ya que la medición de resultados es en corto y mediano plazo. En cambio las intervenciones de promoción de la salud tendrán resultados a largo plazo, por lo que no habrá impacto político y social en un breve periodo.

Se observa que en las instituciones se encuentran áreas críticas, donde hay barreras de comunicación entre los altos niveles encargados de determinar los lineamientos y normas, y los niveles intermedios que ejecutan estos lineamientos. La relevancia de la comunicación como parte de los mecanismos, procedimientos, herramientas y sistemas de supervisión para la transferencia efectiva de los lineamientos y normas, que tienen el propósito de incrementar la vigilancia de la ejecución del recurso financiero para las intervenciones en promoción y prevención.

Por las características de este estudio se utilizó un modelo de análisis del sistema político que influye en la toma de decisiones, el cual sirvió para identificar los elementos del macro nivel y nivel intermedio que determinan la TD en el Seguro Popular en las decisiones gerenciales, pero quedaron pendientes los elementos que constituyen la TD en el micro nivel, es decir a nivel operativo y como pueden influir en la TD de los niveles normativos y estratégicos.

Las limitaciones de este estudio están determinadas por su enfoque local (un solo estado) y en parte, por el modelo de análisis utilizado que si bien ayudó a identificar los factores que influyen en el UEC nos ofrece una visión parcial durante un momento determinado de una política pública en salud. Por ello, quedan preguntas abiertas para estudios posteriores dirigidos a la agenda de investigación en salud, de las investigaciones disponibles, la difusión de sus resultados y el acercamiento con los tomadores de decisión, así como estudios del perfil profesional y estudios de personalidad del tomador de decisiones.