

# PLANEACIÓN PARTICIPATIVA Y LA INFLUENCIA DE LA ÉLITE EMPRESARIAL: SISTEMA DE INDICADORES PARA EL MEJORAMIENTO DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD<sup>1,2</sup>

Participatory Planning and the Influence of the business elite:  
Indicators system for improving health services management

Recibido: 9 de octubre de 2021  
Aceptado: 22 de noviembre de 2021

1- Autor: Edgar Omar Lara Enríquez\*. Grado académico: Estudiante de Doctorado en Administración y Alta Dirección. Adscripción: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Correo electrónico: eolara@uacj.mx. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8336-9927>. \*autor de correspondencia

2- Co-Autor 1: Alejandra Olvera Willes. Grado académico: Doctorado en Administración. Adscripción: Universidad Autónoma de Coahuila. Correo electrónico: aolverawilles@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0737-7244>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional.  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

## RESUMEN

*El objetivo de este estudio está enfocado en la elaboración de un sistema de indicadores de gestión para la atención y servicio al derechohabiente de salud, con la participación e influencia de la élite empresarial en Ciudad Juárez, México, con enfoque de investigación acción. El proceso de planeación participativa fue la conformación de mesas de trabajo con directivos, autoridades de salud y líderes empresariales. Se desarrollaron herramientas de planeación participativa con el método mixto con la finalidad de lograr detectar objetivos específicos e indicadores que permitieran lograr una implementación. Se lograron determinar 25 objetivos en las mesas de trabajo entre el gremio empresarial y el personal de organismo de salud de los cuales se desprendieron 80 indicadores logrando obtener un sistema de gestión y evaluación de los servicios de salud, con la participación de la élite empresarial de la localidad.*

**Palabras clave:** Sistema de Indicadores; Planeación Participativa; Servicios de Salud; Élite Empresarial.

## ABSTRACT

*This study is focused on the elaboration of a management indicators system for the attention and service of health beneficiary, with the participation and influence of the business elite in Ciudad Juárez, Mexico with an action research focus. The participatory planning process was the creation of working groups with managers, health authorities and business leaders. Participatory planning tools were developed through a mixed method to detect specific objectives and indicators that would allow implementation. 25 objectives were determined in the work groups between business union and health agency staff, from which 80 indicators were derived, achieving a management and evaluation system for health services, with the participation of the business elite of the location.*

**Keywords:** Indicators System; Participatory Planning; Health Services; Business Elite.

**Clasificación JEL:** M10, O21, I18

## Introducción

Este estudio está enfocado en la elaboración de un sistema de indicadores de gestión para la atención y servicio al derechohabiente de salud con la participación e influencia de la élite empresarial en Ciudad Juárez, México con enfoque en una investigación acción. El proyecto inicio en 2017 y concluyó en una primera fase en el 2019 en la cual se realizaron varias mesas de trabajo con directivos, autoridades de salud y líderes empresariales.

La coordinación del proyecto, así como la planeación y seguimiento de las acciones fueron promovidas e implementadas desde el gremio empresarial sumando los avances internos de la autoridad de salud a través del organismo público del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) delegación Chihuahua, México. La unidad de gestión del proyecto para el desarrollo e implementación fue a través de la formación de mesas de trabajo colaborativas entre la autoridad y el gremio empresarial con la finalidad de lograr la articulación de las acciones. El desempeño y compromiso de los líderes empresariales fue fundamental para lograr la apertura de la planeación participativa. El objetivo general consistió en establecer un sistema de indicadores de gestión de la situación del servicio y atención de la salud al derechohabiente. Se desarrollaron herramientas de planeación participativa con la finalidad de lograr construir los indicadores que permitieran lograr una implementación.

El estudio está estructurado en cuatro apartados. El primero se refiere a la introducción sobre el proceso de integración de ambos sectores para llevar a cabo el proceso de planeación participativa. El segundo, se concentra en el marco conceptual donde se establecen los aspectos de referencia del estudio. El tercer apartado se enfoca en los aspectos metodológicos en las que se basó el proyecto desde el punto de vista operativo, incluyendo elementos técnicos para la construcción de un sistema de indicadores de gestión. El cuarto incluye los resultados y conclusiones generales del estudio obtenidas del proceso de planeación participativa.

## 1. Problemática

La problemática de los servicios de salud es un tema que afecta de manera notable a la fuerza laboral (Leiner, Ortiz y Ávila, 2008) es por ello por lo que el gremio empresarial está atento sobre dicha problemática y exigente con la autoridad para mejorar los servicios al derechohabiente (Comunicación personal, 12 de agosto del 2021). Los reportes constantes del gremio empresarial sobre esta problemática a la cúpula de la élite del poder privado obligaron a los grupos empresariales “hegemónicos” (Valdez, 1988, p. 9) a cambiar su rol de monitor y de señalamiento de las acciones u omisiones de Instituciones públicas (Lara, Contreras y Caballero, 2020) a la generación de la propuesta y la colaboración de la autoridad en materia de salud promoviendo espacios de integración y corresponsabilidad.

## 2. Marco conceptual

Las organizaciones empresariales son entes cupulares de representación de los dueños del capital de naturaleza activa y en constante cambio (Robles, 2014), situación que pone de manifiesto que la élite

empresarial tiene la tendencia de estar cerca de las “decisiones de las políticas públicas” (Briz, 2002, p. 23). El estudio de las organizaciones empresariales es diverso y de diferentes enfoques y teorías, resaltando la necesidad de comprender el papel de este en las decisiones y acciones de la iniciativa privada en el quehacer público (Lara *et al.*, 2020a). Los abordajes de las organizaciones muestran una amplitud y enfoques de diversa naturaleza, es decir; se han abordado desde la teoría de la organización, del nuevo institucionalismo, de la contingencia, racionalista, de la incertidumbre, de la complejidad, las cuales han planteado diferentes soluciones al estudio de las organizaciones (Lara, Urrutia y González, 2020).

En base a lo anterior, es importante comprender que la élite empresarial ejerce una influencia a través de diferentes estrategias, principalmente en base a la interlocución de sus líderes para lograr impulsar iniciativas de desarrollo (Salas-Porras, 2014). El liderazgo dentro de las organizaciones es clave para el éxito de los proyectos ya que su visión y sensibilidad hacen posible que se logren los resultados propuestos en base a sus competencias (Cleveland y Cleveland, 2019).

Los líderes empresariales ejercen la influencia para lograr objetivos en base a las relaciones de poder (Foucault, 2012) que regularmente son el beneficio de un grupo específico (Badía, 1966) situación que genera resistencia asociada al conflicto institucional (García, 2009). La integración de los actores en los procesos de planeación para la formulación de proyectos toma de decisiones y/o acuerdos generan disensos donde las relaciones de poder regularmente son asimétricas (Barrera y Pacheco, 2013). Por el lado de la planeación estratégica, existen diversos factores que inciden de manera positiva el éxito de la implementación de los proyectos, las afectaciones de los factores provocan la necesidad que las organizaciones implementen readecuaciones a su proceso administrativo para el logro de sus objetivos (Lara *et al.*, 2020b).

La planeación participativa es una metodología que integra a diferentes actores y/o grupos específicos con la finalidad de lograr la decisión de iniciativas proyectadas en el futuro (Terrones-Cordero, 2013) y se entiende como “técnicas” o herramientas de “planificación” (Gómez, 2018, p. 1155). Si se toma en cuenta la relación y vinculación entre diferentes actores que se integran para formular planes y proyectos es una tarea complicada, el hecho de convocar a diferentes actores del ámbito empresarial y políticos mezclado con académicos es aún más difícil, por lo que es necesario aplicar “métodos de planeación” (Ziccardi, 2003, p. 10).

El proceso de planeación debe partir en todo momento de una realidad determinada por los diversos factores que la afectan o inciden en ella y formular acciones de solución que cumpla los objetivos planteados (Forster y Osterhaus, 1995). Para la CEPAL (1993) la planeación es un mecanismo dual que tiene que estructurarse desde participación ciudadana para formular y resolver la problemática local. La falta de representación social en los proyectos del estado y de las autoridades que ejercen una política pública, hace relevante que se implementen procesos donde se integre a la sociedad con sus diferentes actores con la finalidad de establecer planes a través de la participación ciudadana con el objetivo de diseñar y ejecutar proyectos de impacto transversal de beneficio social (Terrones-Cordero y Sánchez, 2010). La formulación e implementación de la planeación estratégica debe considerar diversos tipos de factores tanto externos e internos que facilitan la puesta en marcha de los proyectos y cumplir con los objetivos, sin embargo, los factores pueden variar según el sector y el enfoque de su estudio, pero según Lara *et al.* (2020b) la comunicación y la visión juegan un papel determinante para éxito de la implementación de la planeación.

Desde el punto de vista de los factores de salud, Mercado (2017) realiza un estudio para detectar los factores asociados a la insatisfacción de asegurados y beneficiarios en consulta externa en un hospital,

sus hallazgos demuestran que la falta de empatía, calidad y calidez en el trato y servicio, la capacidad de respuesta en la atención médica y seguridad son determinantes para mejorar la calidad de atención en la salud. Desde la perspectiva de Riveros y Berné (2007) la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos en Chile es clave para analizar el servicio. Utilizaron el método del análisis factorial a una muestra representativa de 200 usuarios para determinar 6 factores que afectan la percepción del servicio de calidad resaltando el trato prestado por el personal del hospital al usuario.

De acuerdo con Morón (2020) los factores limitantes y gestión de los servicios de salud están asociados al personal médico y/o especialistas, infraestructura médica, eficiencia hospitalaria y gobernanza interna. Sus resultados presentan una correlación alta en la gestión de los servicios de salud en Brasil. Tomando en cuenta a Zamora (2016) la infraestructura juega un papel relevante. Realiza un estudio observacional no experimental sobre la satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de gineco-obstetricia de un establecimiento de atención primaria en Perú realizando una encuesta a 249 pacientes. Los hallazgos muestran una consistencia clara en la infraestructura hospitalaria como condicionantes para mejorar los servicios de salud.

Benites, Castillo, Rosales, Salas y Reyes (2021) sostiene que los factores que están asociados a la calidad de servicio en los hospitales públicos peruanos presentan rasgos en las relaciones humanas. Lo comprueba realizando un estudio de enfoque descriptivo correlacional con un instrumento de 22 *items* a 210 pacientes. Los resultados concluyen que la empatía, respeto (calidad), cortesía, buen trato (calidez) son factores claves para mejorar la calidad de servicio. Desde el punto de vista de Puebla, Ramos, Ramírez y Moreno (2009), la percepción del paciente, positiva o negativa, por el personal de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social Tijuana, Baja California, México impacta directamente en la calidad del servicio. Implementan un instrumento a 92 derechohabientes y los resultados muestran una ineficiencia en el trato del personal en base a los siguientes factores: 1.-Forma como se dirigen a ellos, 2.-Aclaración de dudas, 3.-Trato deshumanizado. Impactando de manera directa en la calidad de servicio del personal de salud. La correcta definición de las dimensiones de gestión apunta a la generación de un sistema de indicadores que mida el desempeño de forma adecuada, por lo que resulta clave establecer los métricos pertinentes.

DeGroff, Schooley, Chapel y Poister (2010, p. 365) aseguran que la medición del desempeño en la gestión de salud está generalmente aceptada, sin embargo; la correcta medición presenta desafíos ya que la literatura ha estado basada únicamente en el “rendimiento”. Resaltan la importancia del desarrollo de fuentes de datos, así como la gestión de la administración para la recopilación de estos. AbuJbara y Worley (2019) encontraron en su revisión a más de 23 artículos sobre el desempeño del personal de salud, logrando clasificar las dimensiones de análisis tales como medición del desempeño sistemas, evaluación y desarrollo de herramientas de medición y problemas para medir el desempeño de los médicos. Los hallazgos revelan que no existe un enfoque sistémico para la evaluación del desempeño del personal de salud y sus impactos en la gestión de este. Haciendo énfasis en la necesidad de identificar y desarrollar las habilidades blandas para mejorar la percepción de la gestión.

Mendonça, Musetti y Mendonça (2020) aseguran que es necesario que la gestión de la salud debe estar basado en un sistema de indicadores que incentive la eficiencia y la eficacia (Mendonça *et al.* 2020, p. 2) y que estos estén enfocados a una mejora toma de decisiones internas de gestión. La complejidad de un sistema de indicadores para la gestión de la salud está más allá de la identificación del esquema de medición. Es necesario considerar factores externos que afectan el desempeño de la percepción de la calidad

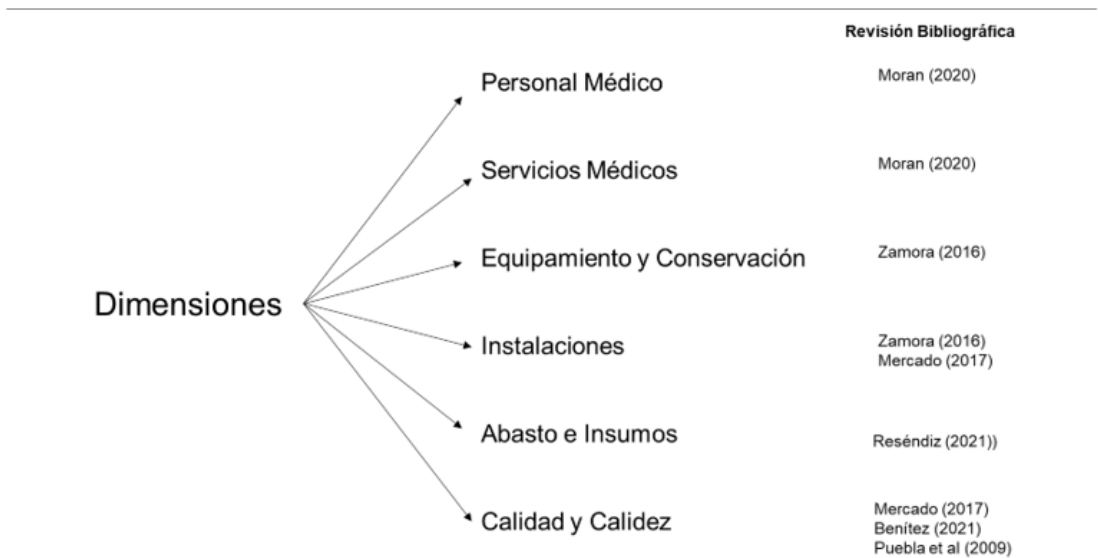
en los servicios de salud. Yuan (2021) demostró que el número de médicos especialistas disponibles, así como las camas disponibles para la atención médica, afecta la percepción de la calidad del servicio, sin embargo, esto está asociado a la disponibilidad y asignación de “financiamiento público” (Yuan, 2021, p. 4) en la política de salud en los países.

### 3. Metodología

Se utilizó el método mixto en la planeación participativa en diferentes etapas del proceso, dándole un mayor peso a la integración de la discusión para una mayor “comprensión del fenómeno” (Hernández-Sampieri y Torres, 2018, p. 613). Se convocaron a presidentes y directores de los organismos empresariales de la localidad y directivos del organismo público de salud de la entidad federativa. Para la construcción de la problemática, se partió de la determinación de las dimensiones de atención e impacto dentro de la institución, el cual establecieron la base para la elaboración del diagnóstico. EL personal y autoridades de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Chihuahua, determinaron sus lineamientos y normatividad interna como punto de partida para identificar las dimensiones en base a su planeación de desarrollo (Ver Figura1).

Se puede observar en la Figura 1 que los lineamientos internos del organismo de salud son congruentes con la revisión conceptual en la detección de los factores que inhiben o facilitan el mejoramiento de los servicios de salud en hospitales. De las dimensiones establecidas fue necesario determinar los temas y acciones, así como la conceptualización de este para evitar la dispersión en el diagnóstico con el objetivo de lograr una agrupación lógica y coherente que permita implementar el análisis correspondiente.

**Figura 1. Dimensiones detectadas para el enfoque del diagnóstico de los servicios de salud en la planeación participativa.**



Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión 1, se encuentra la variable **personal** y se refiere a la problemática para la contratación de médicos especialistas, así como la correcta administración de los recursos humanos referente a los médicos para la atención al derechohabiente. La dimensión 2 es **servicios médicos** y se refiere a las acciones para mejorar la calidad de atención al derechohabiente e incrementar la capacidad de respuesta a través de productividad y eficiencia en quirófanos, consultorio y atención médica en piso.

La dimensión 3 es **equipamiento y conservación** y se refiere a las acciones y programas enfocados al mantenimiento y conservación de equipos médicos, administrativos y operativos para el mantenimiento eficiente de la operación. La dimensión 4 es **instalaciones**, se refiere a las acciones y programas enfocados al mantenimiento de las instalaciones de los inmuebles, así como el equipamiento propio de los edificios.

Dimensión 5 es **calidad y calidez**, aborda las acciones y programas enfocados a incrementar la atención al derechohabiente con calidad y calidez con eficiencia administrativa y operativa. Dimensión 6 es **abasto e insumos** y se refiere a las acciones enfocadas al abastecimiento eficiente de medicamento e insumos relacionados al cuidado de la salud del derechohabiente (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Dimensiones de trabajo para el enfoque del diagnóstico**

No.	Dimensiones de trabajo	Temas y acciones	Conceptualización
1	Personal	Contratación de Médicos Especialistas, Cobertura de Plazas, Ausentismo de Médicos, Retención de Médicos (Local, Jubilados).	Se refiere a la problemática para la contratación de médicos especialistas, así como la correcta administración de los Recursos Humanos referente a los médicos para la atención al derechohabiente.
2	Servicios Médicos	Eficiencia del proceso hospitalario de atención médica, área de urgencias, quirúrgico y consulta externa con médicos especialistas	Se refiere a las acciones para mejorar la calidad de atención al derechohabiente e incrementar la capacidad de respuesta a través de productividad y eficiencia en quirófanos, consultorio y atención médica en piso.
3	Equipamiento y conservación	Eficiencia en los equipos médicos, mantenimiento y actualizaciones. Equipo administrativo, sustitución de equipo obsoleto, conservación de orden y limpieza de las áreas de atención.	Se refiere a las acciones y programadas enfocados al mantenimiento y conservación de equipos médicos, administrativos y operativos para el mantenimiento eficiente de la operación.
4	Instalaciones	Suministro e instalación de equipo de climas, planta de lavabo, materiales y refacciones	Se refiere a las acciones y programas enfocados al mantenimiento de las instalaciones de los inmuebles, así como el equipamiento propio de los edificios.
5	Calidad y calidez	Consultorios familiares, quejas, urgencias, atención y servicio, adscripción del derechohabiente	Se refiere a las acciones y programas enfocados a incrementar la atención al derechohabiente con calidad y calidez con eficiencia administrativa y operativa.
6	Abasto e Insumos	Abasto de medicinas, Consumo promedio, Medicinas más importantes, Prescripciones médicas, Eficiencia en la Farmacia	Se refiere a las acciones enfocadas al abastecimiento eficiente de medicamento e insumos relacionados al cuidado de la salud del derechohabiente.

Fuente: Elaboración propia.



### 3.1 Proceso de la planeación participativa

La aplicación de la metodología de la planeación participativa con los líderes empresariales y personal del organismo público de salud fue el siguiente:

- 1.- Etapa de sensibilización. Debido a la complejidad del tema y de la necesidad de integrar al gremio empresarial en la colaboración en el mejoramiento de los servicios de salud, fue necesario llevar a cabo sesiones de sensibilización con la autoridad estatal de los servicios de salud y líderes empresariales con la finalidad de presentar las propuestas y el alcance, pero sobre todo lograr la apertura institucional de los responsables de ambos sectores en el diálogo y colaboración. En este sentido, los papeles de los líderes empresariales juegan un rol determinante para lograr influir en las decisiones de carácter político-social.
- 2.- Para realizar el correcto enfoque del proceso del diagnóstico, se partió de la información documental de las instituciones, reportes, planes y proyectos, así como las quejas sentidas que se recibían en los organismos empresariales para encontrar los puntos sensibles y los temas adecuados para la discusión.
- 3.- El diagnóstico participativo es de carácter social e incluyente por lo que se realizaron talleres y mesas de trabajo por cada uno de los temas determinados en las dimensiones señaladas en Tabla 1. En esta etapa, una vez que los diferentes grupos de trabajo tuvieran detectada la problemática por cada dimensión, se procedió a la determinación de criterios básicos a alcanzar en el afán de fijar objetivos de mejora.
- 4.- Una vez que fue posible realizar los talleres con la participación activa de los líderes empresariales y las autoridades de los servicios de salud, se procedió a la sistematización de la información para la detección real de la problemática por cada uno de los ejes temáticos.
- 5.- Para obtener una certeza que se ha logrado la alineación de acciones, se implementaron talleres para la validación de los objetivos con la participación de los responsables de área para encontrar el punto adecuado del proceso y factibilidad de implementación.
- 6.- Los resultados y acuerdos obtenidos en el proceso de la planeación participativa se recuperan en un reporte ejecutivo que incluye el diagnóstico, los objetivos de cada dimensión, el proceso de la validación de los objetivos, los obstáculos detectados y los indicadores establecidos.

La problemática detectada de los servicios de salud y atención al derechohabiente es multifactorial y obedece a una serie de situaciones de carácter institucional, presupuestal, social y voluntad política. El análisis de la información fue ordenada en un cuadro de mando estratégico (Kaplan y Norton, 2002) para la revisión de la alineación de los objetivos con los indicadores de seguimiento. Se lograron determinar 25 objetivos en las seis mesas de trabajo entre el gremio empresarial y el personal de organismo de salud de los cuales se desprendieron 80 indicadores logrando obtener un sistema de gestión y evaluación



de los servicios de salud con la participación de la élite empresarial de la localidad. El número de personas del gremio empresarial en las mesas de trabajo fue 29 participantes de los fueron se distribuyeron de la siguiente manera: nueve presidentes de organismos empresariales, diez directores de las cámaras y/o organismos del gremio empresarial y diez colaboradores expertos de las entidades del sector productivo. Del sector salud, el número de participantes fue de la siguiente manera: seis directores generales, cinco directores de unidades médicas y tres jefaturas de área.

En la mesa de personal, se realizaron tres mesas de trabajo, la primera fue para determinar la problemática y fijar objetivos. Los objetivos establecidos tuvieron el alcance de lograr la cobertura del déficit de las plazas de médicos especialistas que se detectó en el diagnóstico, elevar la calidad de la atención de las asistentes médicas en urgencias, reducir el ausentismo y lograr un programa de retención de los médicos especialistas en proceso de jubilación. Fue necesario llevar a cabo una segunda mesa de validación de objetivos con la finalidad de garantizar que las acciones impactarían de manera favorable en la problemática y la tercera mesa de trabajo fue con la intención de fijar los indicadores de evaluación y medición de los objetivos (ver Tabla 2).

**Tabla 2. Planeación Participativa del Gremio Empresarial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**  
**Mesa de Personal: Objetivos y validación**

Mesa	Objetivos	Validación de Objetivos
Mesa de Personal	1.-Cobertura de plaza de vacantes de médicos especialistas.	Validado
	2.-Elevar la calidad de la atención de las asistentes médicas de urgencias.	
	3.-Reducir el ausentismo al 3.4% del personal médico y enfermeras.	Validado
	4.-Retención de médicos especialistas después de su tiempo de Jubilación a través de un programa de estímulos especiales.	Validado

Fuente: Elaboración propia.

En cada una de las mesas se utilizó el mismo mecanismo. En el caso de abasto e insumos, la validación de los objetivos fue un reajuste en base a la retroalimentación de los líderes de campo en las áreas de salud que al momento de revisar en los departamentos correspondientes hacen la sugerencia de cambios para lograr un proceso de adaptación para el cumplimiento de los objetivos.

Se analizaron los consumos promedios mensuales de medicinas y su necesidad de inventario para garantizar el 96% de las recetas surtidas, la coordinación del personal médico y administrativo para la prescripción de medicamento, capacitación del personal de farmacia y el protocolo de atención a los derechohabientes con casos especiales (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Planeación Participativa del Gremio Empresarial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)  
Mesa de Abastos e Insumos: Objetivos y validación**

Mesa	Objetivos	Validación de Objetivos
Mesa de Abastos e insumos	1.-Analizar los consumos promedio mensuales reales por temporada para solicitar aumentar el inventario mínimo de los mismos. Así mismo para lograr el 96% de atención de recetas atendidas.	Validado. Revisión para juste de consumo promedio mensual
	2.-Coordinación entre personal médico y administrativo para que al prescribir los medicamentos se encuentren en inventario dentro del cuadro básico delegacional.	Validado. Se envió oficio al área médica para difundir la aplicación informática de exigencias en el módulo de receta electrónica, así mismo las pantallas e instructivos para elegir el medicamento existente
	3.-Capacitar al personal de farmacia para lograr la eficiencia y sensibilizar (Calidad y Calidez) en el trato a los derechohabientes.	Validado. Se estableció el programa de capacitación al personal de farmacia para mejorar el trato al derechohabiente
	4.-Reforzar el protocolo del trato a los derechohabientes especiales (VIH, cáncer) contribuyendo A mejorar la imagen institucional.	Replanteamiento: Establecer un programa de visitas a farmacia para supervisar los avances de los programas establecidos

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de calidad y calidez, el alcance de los objetivos se centró en garantizar los procesos de adscripción del derechohabiente y sus familiares en los consultorios, disminuir en un 20% el uso del servicio de urgencias por alarmas sentidas, es decir, no presentar un cuadro clínico que amerite su inmediata atención y que puede ser tratado en los consultorios de manera normal y lograr disminuir el número de quejas por falta de atención sobre todo en las alarmas y/o urgencias sentidas por parte del derechohabiente. La sesión de validez de los objetivos recomendó el ajuste de los mismos en base a la retroalimentación que mostró el campo de trabajo de los expertos (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Planeación Participativa del Gremio Empresarial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)  
Mesa de calidad y calidez: Objetivos y validación**

Mesa	Objetivos	Validación de Objetivos
Mesa de Calidad y Calidez	1.- Garantizar la adscripción a consultorio del trabajador y su familia en un 5% mensual del Registro total de los derechohabientes en los 6 meses siguientes.	Validado realizar cursos de capacitación con organismos empresariales para llegar a más población.
	2.-Disminuir en un 20% mensual el uso del servicio de urgencias por urgencias sentidas en un lapso de 6 meses.	Validado Realizar una encuesta externa de satisfacción a los derechohabientes.
	3.-Disminuir en un 20% el número de quejas relacionadas con la falta de atención y orientación en un periodo de 3 meses.	Validado Realizar una encuesta externa de satisfacción a los derechohabientes

Fuente: Elaboración propia.

Para el caso de la mesa de instalaciones, los temas que surgieron del diagnóstico fueron el mantenimiento a las unidades de refrigeración, equipo de lavado y obsolescencia. Debido a la complejidad de las propias instalaciones por su relación directa con la programación presupuestal se obtuvieron modificaciones en la validación de los objetivos el cual repercutieron directamente en el incremento de los indicadores para su gestión y evaluación (ver Tabla 5).

**Tabla 5. Planeación Participativa del Gremio Empresarial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)  
Mesa de Instalaciones: Objetivos y validación**

Mesa	Objetivos	Validación de Objetivos
	<p><b>1.-Suministro e instalación de 2 equipo Schiller enfriados por aire en sustitución de 2 equipos que fueron retirados se requieren de 350 toneladas.</b></p> <p><b>2.-Reemplazar el equipo de la planta de lavado por obsoletos y difícil de reparar por disponibilidad de refacciones.</b></p> <p><b>3.-Resolver el problema de inundación en sótano y semisótano.</b></p>	<p><b>Validado</b> Que la delegación gestione a nivel central el apoyo financiero.</p> <p><b>Validado</b> Que la delegación gestione a nivel central el apoyo financiero.</p> <p><b>Validado</b> Continuar con gestión ante el municipio para la limpieza de pozos de absorción existentes y/o construcción de pozos nuevos.</p>
Mesa de Instalaciones	<p><b>4.-Suministro e instalación de unidades paquete en las unidades de medicina familiar (Dos unidades de 20 toneladas). De refrigeración frío-calor.</b></p> <p><b>5.-Reemplazo de manejadoras de aire del hospital general y suministro e instalación.</b></p>	<p><b>Validado</b> Gestionar ante la delegación reubique al centro de costo de la unidad.</p> <p><b>Validado</b> Continuar en comunicación con los proveedores y concluir la actualización del presupuesto.</p>

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados de la mesa de equipamiento y conservación, el cual está relacionada a las instalaciones, su diagnóstico fue enfocado a la necesidad de mantenimiento y el remplazo del equipo obsoleto. Se obtuvo la retroalimentación de un objetivo para la validación de este (ver Tabla 6).

**Tabla 6. Planeación Participativa del Gremio Empresarial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)  
Mesa de equipamiento y conservación: Objetivos y validación**

Mesa	Objetivos	Validación de Objetivos
Mesa de Equipamiento y conservación	1.-Lograr la certificación de los hospitales de segundo nivel por parte del consejo de salubridad General; cumpliendo con los estándares de evaluación dentro de los capítulos 3 y 4 sobre Infraestructura y equipamiento con un periodo no mayor a 4 años y con evaluaciones periódicas cada 6 meses.	La certificación se orientará hacia equipamiento médico y conservación de acuerdo con la guía de apoyo para la administración de equipo médico.
	2.-Asegurar que el equipo médico este en óptimas condiciones de funcionamiento, así como solicitar su modernización, estableciendo un programa anual de mantenimiento preventivo como consumibles necesarios para su adecuado funcionamiento.	Validado
	3.-Equipar y reemplazar equipo administrativo obsoleto (electrónico, mobiliario) en un plazo no mayor a 4 años y con evaluaciones periódicas de 6 meses.	Validado
	4.-Dar seguimiento administrativo para garantizar orden, limpieza y desinfección, con evaluaciones mensuales estableciendo una metodología donde se involucre a los usuarios y áreas de conservación.	Validado

Fuente: Elaboración propia.

La mesa de servicios médicos se concentró en lograr una eficiencia en el proceso hospitalario para dar mayor capacidad de respuesta, así mismo en el área de urgencias, el proceso quirúrgico y la consulta externa con factores claves de mejora (ver Tabla 7).

**Tabla 7. Planeación Participativa del Gremio Empresarial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Mesa de Servicios Médicos: Objetivos y validación**

Mesa	Objetivos	Validación de Objetivos
Servicios Médicos	1.-Eficientar el proceso hospitalario para mantener mayor capacidad de respuesta médico-administrativa en relación con la calidad de atención al derechohabiente y mayor oferta de camas a otros servicios.	Validado Falta de estandarización en atención médicas (proceso atención médico-administrativo), identificación de puntos críticos y causa raíz.
	2.-Eficientar el proceso de urgencias. Para mantener mayor capacidad de respuesta Medico-Administrativa, mejorar la Calidad de Atención al Derechohabiente y disminuir la atención de urgencias sentidas, así como disminuir el número de quejas de derechohabientes.	Validado
	3.-Eficientar el proceso quirúrgico para mantener mayor capacidad de respuesta médico-administrativa, mejorar la calidad de atención al derechohabiente y aumentar la productividad de los quirófanos.	Validado
	4.-Eficientar proceso de consulta externa de segundo nivel (especialistas) para mejorar la oportunidad de atención de primera vez en consulta externa, mejorar la calidad de atención al derechohabiente y aumentar la productividad de los consultorios.	Validado Capacidad instalada alternativa: Encuentros quirúrgicos, intercambio de servicios.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 8 se puede observar el resumen de los objetivos y el sistema de indicadores que se desarrolló para la gestión de los servicios de salud basados en los objetivos establecidos en las diferentes mesas temáticas de la planeación participativa.

**Tabla 8. Planeación Participativa del Gremio Empresarial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Sistema de Indicadores**

No.	Mesa	Objetivos	Indicadores
1	Personal	<p>1.-Cobertura de plazas vacantes de médicos especialistas.</p> <p>2.-Eleva la calidad de la atención de las asistentes médicas de urgencias.</p> <p>3.-Reducir el ausentismo al 3.4% del personal médico y enfermeras.</p> <p>4.-Retención de médicos especialistas después de su tiempo de jubilación a través de un programa de estímulos especiales.</p>	<p>Número de médicos especialistas por hospital.</p> <p>Número de vacantes disponibles.</p> <p>Número de vacantes cubiertas.</p> <p>Número de asistentes médicas que laboran en el hospital.</p> <p>Número de cursos otorgados en el mes.</p> <p>Número de asistentes por cursos al mes.</p> <p>Número promedio de las asistentes médicas al mes.</p> <p>Número de personal médico y enfermeras por hospital.</p> <p>Tasa de asistencia del personal al mes.</p> <p>Tasa de ausentismo del personal al mes.</p> <p>Número de especialistas médicos en proceso de jubilación en el mes corriente.</p> <p>Número de médicos especialistas que solicitan su cambio de residencia.</p> <p>Tasa de retención del personal médico al mes.</p>
2	Servicios Médicos	<p>1.-Eficientar el proceso hospitalario para mantener mayor capacidad de respuesta médico-administrativa en relación a la calidad de atención al derechohabiente y mayor oferta de camas a otros servicios.</p> <p>2.-Eficientar el proceso de urgencias. Para mantener mayor capacidad de respuesta médico-administrativa, mejorar la Calidad de Atención al Derechohabiente y disminuir la atención de urgencias sentidas, así como disminuir el número de quejas de derechohabientes.</p> <p>3.-Eficientar el proceso quirúrgico para mantener mayor capacidad de respuesta médico-administrativa, mejorar la calidad de atención al derechohabiente y aumentar la productividad de los quirófanos.</p> <p>4.-Eficientar proceso de consulta externa de segundo nivel (especialistas) para mejorar la oportunidad de atención de primera vez en consulta externa, mejorar la calidad de atención al derechohabiente y aumentar la productividad de los consultorios.</p>	<p>Número de camas por hospital</p> <p>Tasa promedio de uso de camas ocupadas.</p> <p>Número de camas con obsolescencia.</p> <p>Número total de quejas por hospital.</p> <p>Número total de quejas sentidas por hospital.</p> <p>Número de personal de atención al derechohabiente.</p> <p>Número de cursos ofertados al mes de atención y servicio al derechohabiente.</p> <p>Número de quirófanos por hospital.</p> <p>Horas promedio de uso por quirófano ocupado.</p> <p>Número de cirugías por mes.</p> <p>Duración promedio de cirugías en quirófano ocupado.</p> <p>Número de convenios celebrados o disponibles para subrogación.</p> <p>Número de cirugías programadas al mes en subrogación.</p> <p>Número de consultorios por hospital.</p> <p>Número de consultorios promedio.</p> <p>Número de derechohabientes promedio por consultorio.</p> <p>Número de consultas médicas diarias por consultorio.</p> <p>Número de promedio por consulta con el derechohabiente por consultorio.</p>

Continúa...



No.	Mesa	Objetivos	Indicadores
3	Equipamiento y conservación	<p>1.-Lograr la certificación de los hospitales de segundo nivel por parte del consejo de salubridad General; cumpliendo con los estándares de evaluación dentro de los capítulos 3 y 4 sobre Infraestructura y equipamiento con un periodo no mayor a 4 años y con evaluaciones periódicas cada 6 meses.</p> <p>2.-Asegurar que el equipo médico este en óptimas condiciones de funcionamiento, así como solicitar su modernización, estableciendo un programa anual de mantenimiento preventivo como consumibles necesarios para su adecuado funcionamiento.</p> <p>3.-Equipar y reemplazar equipo administrativo obsoleto (electrónico, mobiliario) en un plazo no mayor a 4 años y con evaluaciones periódicas de 6 meses.</p> <p>4.-Dar seguimiento administrativo para garantizar orden, limpieza y desinfección, con evaluaciones mensuales estableciendo una metodología donde se involucre a los usuarios y áreas de conservación.</p>	<p>Número de hospitales a certificar.</p> <p>Número de equipo sujeto a verificación para la certificación.</p> <p>Número de inspecciones de salubridad por mes para el proceso de certificación</p> <p>Número de equipo por hospital y por categoría.</p> <p>Número de equipo en proceso de impacción mensual.</p> <p>Número de equipo en obsolescencia.</p> <p>Tasa de obsolescencia por categorías al mes.</p> <p>Número de equipo por hospital y por categoría.</p> <p>Número de equipo en proceso de inspección mensual.</p> <p>Número de equipo en obsolescencia.</p> <p>Tasa de obsolescencia por categorías al mes.</p> <p>Número de personal designado para el orden, limpieza y desinfección.</p> <p>Número de espacios programados para orden, limpieza y desinfección.</p> <p>Indicador de satisfacción de la comunidad en orden, limpieza y desinfección de las áreas.</p>
4	Instalaciones	<p>1.-Suministro e instalación de 2 equipo Schiller enfriados por aire en sustitución de 2 equipos que fueron retirados se requieren de 350 toneladas.</p> <p>2.-Reemplazar el equipo de la planta de lavado por obsoletos y difícil de reparar por disponibilidad de refacciones.</p> <p>3.-Resolver el problema de inundación en sótano y semisótano del hospital 6 y 66 respectivamente.</p> <p>4.-Suministro e instalación de unidades paquete en las unidades de medicina familiar (Dos unidades de 20 toneladas). De refrigeración frío-calor.</p> <p>5.-Reemplazo de manejadoras de aire del hospital general y suministro e instalación.</p>	<p>Número de equipos Schiller en los hospitales.</p> <p>Número de equipos Schiller en mantenimiento por mes.</p> <p>Tasa de mantenimiento preventivo de los equipos Schiller.</p> <p>Número de equipo de planta de lavado por hospital.</p> <p>Número de equipo con obsolescencia.</p> <p>Número de equipos programados para mantenimiento por mes.</p> <p>Número de equipo en programación de sustitución por obsolescencia.</p> <p>Número de incidentes por inundación o cuestión extraordinaria al mes.</p> <p>Número de casos programados para atender al mes.</p> <p>Número de equipos en los hospitales.</p> <p>Número de equipos en mantenimiento por mes.</p> <p>Tasa de mantenimiento preventivo de los equipos.</p> <p>Número de equipos en los hospitales.</p> <p>Número de equipos en mantenimiento por mes.</p> <p>Tasa de mantenimiento preventivo de los equipos</p> <p>Número de equipo en programación de sustitución por obsolescencia.</p>

Continúa...

No.	Mesa	Objetivos	Indicadores
5	Calidad y calidez	1.-Garantizar la adscripción a consultorio del trabajador y su familia en un 5% mensual del registro total de los derechohabientes en los 6 meses siguientes. 2.-Disminuir en un 20% mensual el uso del servicio de urgencias por urgencias sentidas en un lapso de 6 meses. 3.-Disminuir en un 20% el número de quejas relacionadas con la falta de atención y orientación en un periodo de 3 meses.	Número de derechohabientes registrados por hospital. Tasa de incremento de derechohabientes registrados por mes. Número de cursos en organismos empresariales. Número de asistentes a los cursos en los organismos empresariales. Número de urgencias sentidas por mes. Número de total de urgencias atendidas en urgencias al mes. Tasa de respuesta de urgencias sentidas al mes. Número de quejas por falta de atención y orientación por hospital. Número total de quejas al mes.
6	Abasto e Insumos	1.-Analizar los consumos promedio mensuales reales por temporada para solicitar aumentar el inventario mínimo de los mismos. Así mismo, lograr el 96% de atención de recetas atendidas. 2.-Coordinación entre personal médico y administrativo para que al prescribir los medicamentos se encuentren en inventario dentro del cuadro básico delegacional. 3.-Capacitar al personal de farmacia para lograr la eficiencia y sensibilizar (calidad y calidez) en el trato a los derechohabientes. 4.-Reforzar el protocolo del trato a los derechohabientes especiales (VIH, cáncer) contribuyendo a mejorar la imagen institucional.	Número de recetas médicas surtidas en promedio al mes. Número de inventario mínimo requerido en base a la demanda mensual. Número de inventario máximo requerido en base a la demanda mensual. Número de medicamento caduco al mes. Número de reuniones de coordinación del personal médico y administrativo al mes. Número de personal asignado a farmacia. Número de personal capacitado por mes. Número de cursos ofertados al mes. Número de farmacias adheridas al programa de supervisión del protocolo. Número de farmacias con la aplicación del protocolo de manera satisfactoria.

Fuente: Elaboración propia.

## Conclusiones

El proceso de planeación participativa entre los líderes empresariales de la región y las autoridades de los servicios de salud en la entidad federativa en México manifiesta la necesidad de seguir promoviendo la interlocución y el trabajo colaborativo entre los diferentes sectores de la sociedad.

Existe un poder e influencia de los líderes empresariales en las decisiones de la política pública a través de la interlocución y la organización que les genera el poder corporativo de los organismos a través de su conducta estratégica, el cual a su vez es una manifestación de las relaciones de poder. La manera de cómo se utiliza ese poder e influencia es lo que determina el papel o el rol de un gremio empresarial sensible y con visión social asociado con liderazgos con competencias para el ejercicio del poder para el beneficio social.

El proceso de la planeación participativa logró obtener un diagnóstico general de la problemática que enfrentaban los servicios de salud en la región y crear los mecanismos de participación a través de la

colaboración y la visión compartida entre todos los actores a través de las seis dimensiones que afectan o inciden en la calidad de los servicios de salud.

El ejercicio de colaboración entre ambos sectores permitió generar un sistema de indicadores que se distribuyeron en las diferentes dimensiones del estudio, el cual puede servir de base para futuras investigaciones y/o evaluaciones, así mismo apoyar a directivos y administradores de los centros de salud y/o gremio empresarial para impulsar iniciativas y proyectos de mejora que impacten favorablemente en un sistema de gestión. El sistema de indicadores detectado puede servir de base para la formulación y evaluación de los sistemas de gestión en las ciencias administrativas desde el punto de vista de la planeación estratégica en las organizaciones como un aporte a la búsqueda de la construcción de organizaciones más estructuradas hacia los objetivos de la visión.

La gestión de la planeación participativa debe ser incentivada desde los líderes empresariales con el objetivo de lograr incidir en la apertura de la política pública en materia de salud y atención al derechohabiente.

La falta del establecimiento de un sistema de indicadores claves de gestión dificultó la construcción de organizaciones enfocadas al cumplimiento de los objetivos y ante la ausencia de los mismos, la organización tiende a una administración deficiente y toma de decisiones con criterios errados en un ambiente de incertidumbre.

La identificación de las dimensiones estratégicas de gestión en una unidad administrativa en el sector salud, incentiva la correcta gestión en la toma de decisiones y una administración eficiente enfocada en el cliente y/o usuario estableciendo las bases para la construcción de organizaciones enfocadas a una profesionalización de los servicios y procesos administrativos. En este sentido, la relación del sistema de indicadores entre las dimensiones detectadas deberá coadyuvar en el cumplimiento de las metas estratégicas. La ausencia de la gestión coordinada de las dimensiones incentivó una organización deficiente, burocrática y obsoleta incapaz de cumplir su naturaleza de su constitución y mandato.

Los limitantes de la planeación e implementación del sistema de indicadores debe ser institucionalizado bajo una figura de seguimiento de colaboración bipartida entre el gremio empresarial y las autoridades de salud ya que los cambios de gobierno impiden el seguimiento a los logros obtenidos provocando un desfase y en muchas ocasiones el abandono de los esfuerzos colectivos perjudicando el mejoramiento de los servicios de salud e impidiendo lograr estructurar un esquema de rendición de cuentas de ambos sectores.

Se debe hacer un esfuerzo colectivo para que el sistema de indicadores sea democratizado en su establecimiento y seguimiento para la correcta gestión de los servicios de salud, pero, sobre todo; lograr un adecuado sistema de rendición de cuentas, privilegiando la participación activa de los diferentes actores a través de un sistema de gestión compartido.

En la medida de la ausencia de esfuerzos colectivos de la planeación participativa y compromisos conjuntos de impulso de las visiones compartidas entre los diferentes actores, será una condicionante para una sociedad con poco incentivo para lograr cohesionar un trabajo de colaboración en el diseño e implementación de políticas públicas que impulsen un beneficio social transversal.

## Referencias

AbuJbara, N. K. y Worley, J. A. (2019). Performance measurement indicators in the health-care industry: a systematic review. *Global Business and Economics Review*, 21(1), 43-68.

- DOI: <https://doi.org/10.1504/GBER.2019.096857>.
- Badía, F.J. (1966). Los grupos de presión. *Revista de Estudios Políticos*, 146, 101-138. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2079747>.
- Barrera, H. M. y Pacheco, S. (2013). Planeación participativa como una alternativa de desarrollo. *Ciencia y Agricultura*, 10(2), 29-36. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5600/560058657005.pdf>.
- Benites, Á. D., Castillo, E. F., Rosales, C., Salas, R. M. y Reyes, C. E. (2021). Factores asociados a la calidad del servicio en hospitales públicos peruanos. *MediSur*, 19(2), 236-244. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068639007/180068639007.pdf>.
- Briz, M. (2002). *El consejo mexicano de hombres de negocios: surgimiento y consolidación* (1ª Ed.) Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <https://www.posgrado.unam.mx/es/el-consejo-mexicano-de-hombres-de-negocios-surgimiento-y-consolidacion>.
- CEPAL (1993). *La Micro planificación: Un método de planificación local con participación ciudadana*. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/19084?show=full&locale-attribute=es>.
- Cleveland, S. y Cleveland, M. (2019). Leadership Competencies for Sustained Project Success. *International Journal of Applied Management Theory and Research*, 2(1), 35-47. DOI: <https://doi.org/10.4018/ijamtr.2020010103>.
- DeGroff, A., Schooley, M., Chapel, T. y Poister, T. H. (2010). Challenges and strategies in applying performance measurement to federal public health programs. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 365-372. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprog-plan.2010.02.003>.
- Forster, R. y Osterhaus, J. (1995). Marco orientativo para la ejecución de proyectos. Cooperación Técnica Alemana.
- Foucault, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica: Sobre el poder, la prisión y la vida*. Siglo XXI Editores.
- García, O. H. (2009). El concepto de poder y su interpretación desde la perspectiva del poder en las organizaciones. *Estudios Gerenciales*, 25(110), 63-83. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0123-5923\(09\)70062-2](https://doi.org/10.1016/S0123-5923(09)70062-2).
- Gómez, C. A. (2018). Los planes de desarrollo municipal en México y la participación ciudadana. Un análisis del marco jurídico. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 50(150), 1149-1177. DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2017.150.11836>.
- Hernández-Sampieri, R. y Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Kaplan, R. y Norton, D. (2002). *Cuadro de Mando Integral*. Harvard Business School Press.
- Lara, E., Contreras, J. G. y Caballero, J. F. (2020). Dimensiones y acciones del Consejo Coordinador Empresarial de Ciudad Juárez, México. 2016-2019. *Ciencia Administrativa*, 8(2), 1-10. Recuperado de: <https://www.uv.mx/iiesca/files/2021/03/01CA2020-02.pdf>.
- Lara, E., Urrutia, J. A. y Gonzalez, C. J. (2020). Factores Asociados Con La Falta De Éxito En La Implementación De La Planeación Estratégica (IPE) En Empresarios Y Directivos Del Centro Empresarial Ciudad Juarez, Chihuahua, Mexico. 2014-2015. *European Scientific Journal*, 16(1), 23-37. DOI: <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n1p23>.

- Leiner, M., Ortiz, J. y Ávila Maese, C. (2008). A New Paradigm for Corporate Social Responsibility: The Increasing Prevalence of Chronic Diseases in the Workforce. *Contaduría y Administración*, 225, 105-119. Recuperado de: <http://www.cya.unam.mx/index.php/cya/article/view/701>.
- Mendonca, M. G. M., Musetti, M. A. y Mendonça, M. C. (2020). Performance management in hospital organizations from the perspective of Principal Component Analysis and Data Envelopment Analysis: the case of Federal University Hospitals in Brazil. *Computers and Industrial Engineering*, 150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cie.2020.106873>.
- Mercado, J. (2020). *Factores asociados a la insatisfacción de asegurados y beneficiarios, consulta externa, Hospital Petrolero Obrajes, 2017*. Universidad Mayor de San Andrés. Recuperado de: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/25077/TM-1736.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Morón, J. (2020). *Señales y sistemas*. Sultana del Lago Editores.
- Puebla, D., Ramos, P., Ramírez, A. y Moreno, M. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 17(2), 97-102. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092g.pdf>.
- Riveros, J. y Berné, C. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista médica de Chile*, 135(7), 862-870. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000700006>.
- Robles, V. (2014). Una introducción al nuevo institucionalismo empresarial. *Revista de Economía*, 1(1), 31-40. Recuperado de: [http://www.usfx.bo/nueva/areas/Economicas,%20Financieras/Revista%20de%20Economia/6\\_Revista%20de%20Economia%20vol%20I%20n1/Eco\\_Art%203.pdf](http://www.usfx.bo/nueva/areas/Economicas,%20Financieras/Revista%20de%20Economia/6_Revista%20de%20Economia%20vol%20I%20n1/Eco_Art%203.pdf).
- Salas-Porras, A. (2014). Las élites neoliberales en México: ¿cómo se construye un campo de poder que transforma las prácticas sociales de las élites políticas? *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, LIX(222), 279-312. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v59n222/v59n222a12.pdf>.
- Terrones-Cordero, A. (2013). Planeación participativa para elaborar un plan de desarrollo municipal: el caso de Acaxochitlán, Hidalgo. *Economía Sociedad y Territorio*, XIII, 521-559. DOI: <https://doi.org/10.22136/est00201358>.
- Terrones-Cordero, A. y Sánchez, Y. (2010). *Planeación participativa: Teoría y práctica*, Plaza y Valdés.
- Valdés, F. (1988). Los empresarios, la política y el Estado. *Cuadernos Políticos*, (53), 47-70. Recuperado de: <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos//contenido/CP.53/Cp.53.6.Valdes.pdf>.
- Yuan, Y. (2021). Public satisfaction with health care system in 30 countries: The effects of individual characteristics and social contexts. *Health Policy*, 125(10), 1359-1366 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.005>.
- Zamora, S. C. (2016). Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horizonte*

*Médico*, 16(1), 38-47. DOI: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2016.v16n1.06>.  
Ziccardi, A. (2003). Planeación participativa en el espacio local. Cinco programas parciales de desarrollo urbano en el Distrito Federal. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.librosoa.unam.mx/handle/123456789/2448>.

## Comunicaciones personales:

12 de agosto del 2021. Sr. Manuel Sotelo Suárez, Ex Presidente del Consejo Coordinador Empresarial de Ciudad Juárez, periodo abril-junio 2017.