



Instituto
Europeo
de Posgrado

Modelo digital para la detección y canalización temprana en consumo de sustancias – CECA Querétaro

Trabajo fin de estudio presentado por:	ADOLFO RIOS MÉNDEZ JEISSON AUGUSTO MORA VANEGAS
Tipo de trabajo:	INVESTIGACIÓN- ACCIÓN
Director/a:	HELGA OFELIA DWORACZEK CONDE
Fecha:	MARZO DE 2026

Índice

1	Resumen	4
2	Abstract	4
3	Introducción	4
4	Marco Teórico	8
4.1	Conceptos Básicos.....	8
4.1.1	Consumo de sustancias psicoactivas	8
4.1.2	Política Publica de prevención y atención de adicciones	8
4.1.3	Gestión pública basada en datos.....	8
4.1.4	Trazabilidad en los sistemas de atención.....	9
4.1.5	Tamizaje e intervención breve	9
4.2	Antecedentes históricos	9
4.2.1	Evolución del abordaje del consumo de drogas	9
4.2.2	Desarrollo institucional en Mexico	9
4.2.3	Surgimiento de los sistemas de información en salud.....	9
4.3	Objetivo General.....	10
4.4	Objetivos Específicos.....	10
4.5	Metodología	11
4.5.1	Identificación y Análisis del Problema	12
4.5.2	Planificación de la Solución.....	12
5	Identificación y descripción un problema al interior de la organización	13
5.1	Descripción de la empresa a intervenir.....	14
5.1.1	Visión	15
5.1.2	Misión	15
5.1.3	Mapa de procesos	15
5.1.4	Descripción del proceso a intervenir	16
5.1.5	Descripción del problema que presenta el proceso	21
6	Establecimiento de planes de acción para la solución del problema	23
6.1	Establecimiento de objetivos.....	24
6.2	Descripción de la solución	24
6.3	Secuencia de actividades para ejecución de la solución	24
6.4	Descripción de recursos necesarios para la ejecución de la solución	25
7	Definición del alcance de la solución, partes interesadas, cronograma y presupuestos.....	25
7.1	Alcance final de la solución	26
7.2	Identificación de responsables de las actividades para ejecución....	26
7.3	Cronograma de ejecución.....	26

7.4	Presupuesto	27
8	Referencias bibliográficas	28

Instituto Europeo de Posgrado ©

INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO®

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.

1 Resumen

Este proyecto de investigación-acción propone una intervención aplicada dentro del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) del Estado de Querétaro, para resolver una problemática operativa: la baja trazabilidad y continuidad en el proceso de detección temprana (tamizaje), registro, canalización y seguimiento de personas en riesgo por consumo de sustancias. Se construyó un caso hipotético realista, basado en buenas prácticas de salud pública y transformación digital: un alto porcentaje de tamizajes queda sin seguimiento documentado, existe duplicidad de registros y los tiempos de canalización son variables y prolongados.

La solución diseñada, denominada Modelo Integral Digital de Detección y Canalización (MIDDC-CECA), integra: (a) estandarización del proceso, (b) adopción del tamizaje ASSIST como instrumento base y reglas de decisión, (c) un expediente único digital con interoperabilidad mínima, (d) seguimiento activo y, (e) tablero de control con indicadores para toma de decisiones. El proyecto se alinea con recomendaciones internacionales sobre detección temprana (OMS/OPS, 2011), organización de sistemas de tratamiento (UNODC/OMS, 2020) y uso estratégico de datos en el sector público (OECD, 2019).

Palabras clave: investigación-acción, CECA, adicciones, detección temprana, ASSIST, canalización, transformación digital, tablero de control

2 Abstract

This action-research project designs an applied intervention for the State Council Against Addictions (CECA) of Querétaro to address a core operational problem: low case traceability and continuity across early detection (screening), registration, referral, and follow-up for people at risk of substance use disorders. The proposed solution—Integrated Digital Detection and Referral Model (MIDDC-CECA)—combines process standardization, adoption of the ASSIST screening tool, a unique digital case file, active follow-up, and a management dashboard. The project aligns with international guidance on early screening (WHO/PAHO, 2011), treatment system standards (UNODC/WHO, 2020), and data-driven public sector transformation (OECD, 2019).

Keywords: action research, addictions, screening, ASSIST, referral, digital transformation, dashboard..

3 Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es un elemento que afecta a todos los gobiernos, dado que no solo afecta la salud del consumidor, sino que afecta su entorno cercano y estableciendo dinámicas sociales que afectan la estabilidad, el desarrollo y la gobernabilidad de los países impactando la salud pública, la economía, seguridad, cohesión social y carga institucional.

En América, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2026), 17.7 millones de personas viven con trastornos por consumo de drogas, generando 78,000 muertes anuales, cuatro veces más que el promedio mundial, en el caso de México, según la Comisión Nacional contra las Adicciones en 2023 se registraron 179,342 atenciones por consumo de sustancias, evidenciando la necesidad de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en su población, lo que se evidencia en sus planes programas y proyectos de política pública que responden a esta necesidad, a continuación se señala el normograma de prevención y atención al consumo de sustancias Psicoactivas en México

Tabla 1

INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO*

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.

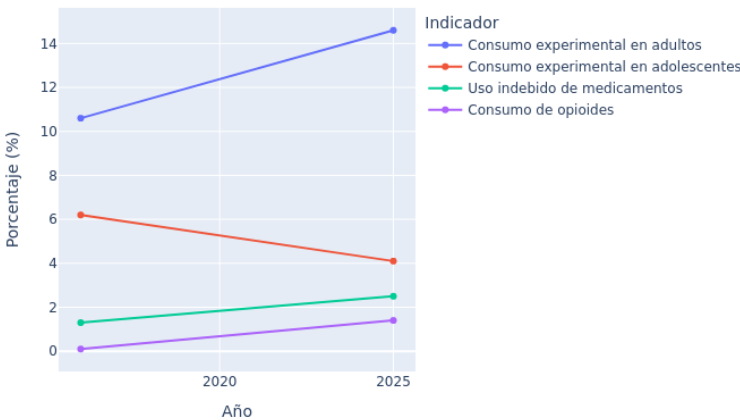
Normograma de prevención del consumo de sustancias en Mexico

Nivel	Instrumento	Alcance
Constitucional	Artículo 4º CPEUM	Derecho a la salud
Ley Federal	Ley General de Salud	Base legal del control de adicciones
Norma	NOM-028-SSA2-2009	Prevención y tratamiento de adicciones
Política Nacional	ENPA – Juntos por la Paz	Prevención y reducción de demanda
Programa	PAE Salud Mental y Adicciones 2020–2024	Acciones sectoriales
Modelo de Servicios	CECOSAMA / CAPA	Atención comunitaria y primaria
Sistema de Información	RENASME / Observatorio	Monitoreo nacional de adicciones
Instancia Estatal	CECA	Coordinación estatal
Regulación	Lineamientos Conasama–CESMA	Supervisión de centros
Herramienta Técnica	Prueba ASSIST / GPC	Tamizaje y atención clínica

Nota. Elaboración propia con normas de prevención de Mexico

Como se evidencia en la tabla anterior, Mexico por medio de instrumentos de política pública, pretende la mitigación de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, en este sentido según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco del 2025, (ENCODAT 2025), realiza una comparación entre el 2016 y el 2025 arrojando los siguientes resultados

Figura 1. : Tendencias de consumo de sustancias psicoactivas en México, 2016–2025

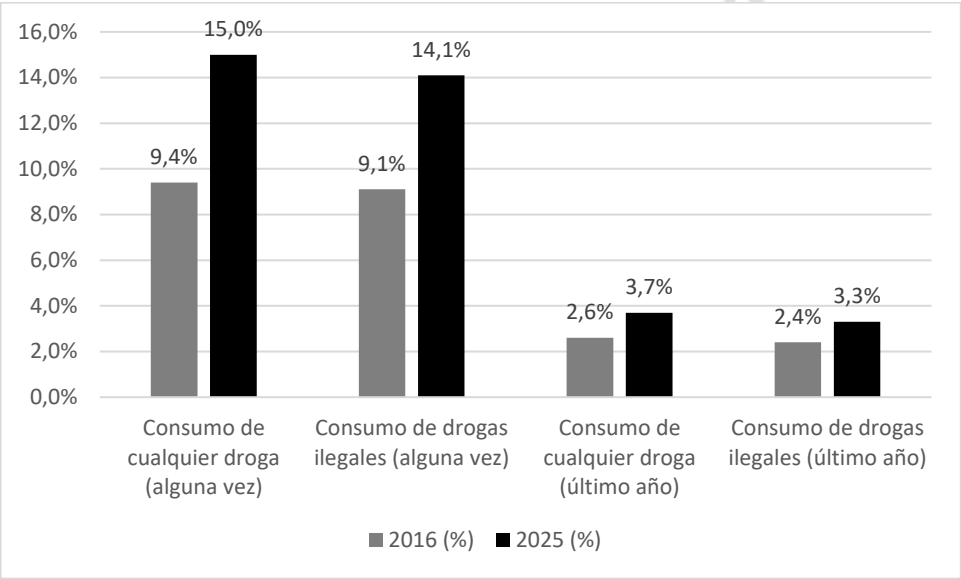


Fuente. Elaboración propia con datos de ENCODAT 2025

Como se evidencia en la gráfica 1, el consumo de sustancias ha incrementado año tras año, lo que exige respuestas de la administración para afrontar esta problemática social, en primera instancia, el sistema de atención de adicciones en Mexico presenta el modelo de Salud Mental y Adicciones, articulado por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama), cuyo propósito es acercar servicios integrales a la población y reducir las barreras históricas de acceso, este modelo permite que sus casi 341 centros a nivel Nacional brinden atención gratuita, equitativa y enfocada en derechos humanos. Estos centros cubren desde intervención breve y tamizaje hasta canalización y seguimiento especializado, convirtiéndose en la puerta de entrada para personas con problemas de salud mental y consumo de sustancias

Dado lo anterior, en la Ciudad de Santiago de Querétaro, ciudad ubicada en la zona centro de México, cuenta con aproximadamente 2,368,467 habitantes (INEGI,2020) y está compuesta por 18 municipios, el consumo de drogas a presentado un incremento del 5,6% en la población de 12 a 65 años en la última década, pasando de 9.4% en el 2016 al 15% en el 2025 (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones *et al.*, 2025), esta cifra es preocupante dado que a pesar de los esfuerzos gubernamentales para la prevención del consumo, no presenta la disminución de consumo esperada, a continuación se presenta los datos estadísticos que evidencian esta preocupación

Figura 2:
Consumo de Drogas en Santiago de Querétaro 2016-2025



Fuente: elaboración propia con datos de ENCODAT 2016–2025

En consecuencia, el aparato gubernamental a generado planes, programas y proyectos para la prevención del consumo de estupefacientes, con el fin de disminuir el incremento en la población, a continuación, se señala los principales programas:

Tabla 2
políticas de prevención y tratamiento de adicciones en Querétaro

Programa / Instrumento	Objetivo	Acciones principales
Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA Querétaro)	Órgano rector estatal en prevención y tratamiento de adicciones	Prevención comunitaria y escolar; coordinación interinstitucional; supervisión de centros
Programa Estatal de Prevención y Tratamiento Integral de Adicciones (PEPTIA)	Orientar la política estatal con enfoque biopsicosocial	Prevención universal, selectiva e indicada; tratamiento y reinserción social
CECOSAMA	Atención ambulatoria en salud mental y adicciones	Tamizaje, intervención breve, atención psicológica y psiquiátrica

Supervisión de Establecimientos Residenciales	Garantizar calidad y seguridad en centros de rehabilitación	Visitas de verificación, suspensión y clausura cuando aplica
Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco	Promoción de entornos saludables	Reconocimiento y certificación de edificios
Estrategia Estatal Interinstitucional de Prevención (2026)	Prevención integral en escuelas y comunidades	Talleres, campañas, plataformas digitales de orientación
ENCODAT 2025 (marco de referencia)	Diagnóstico epidemiológico nacional y regional	Medición de prevalencias, edad de inicio y tratamiento
Centros de Integración Juvenil (CIJ) – Querétaro	Prevención y tratamiento especializado (aliado)	Atención clínica y diagnósticos de población usuaria

Fuente. Elaboración propia con datos de ENPA

En este sentido, como parte de la respuesta Estatal, La política pública de atención a adicciones está guiada por la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), orientada a prevenir el consumo desde un enfoque biopsicosocial y comunitario. La estrategia ha articulado acciones con sectores como educación, cultura y seguridad, sumando millones de intervenciones preventivas y comunitarias en todo el país

Adicional a lo anterior el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) es un organismo público estatal que coordina acciones de prevención, atención y combate a las adicciones, como parte de esta prevención y atención. La CECA, sustentándose en evidencias internacionales que reconocen que el tamizaje sistemático y la intervención breve en servicios de primera línea mejoran la identificación de riesgos y facilitan la derivación a servicios adecuados (OMS/OPS, 2011).

CECA tiene el reto no solo de "crear programas", sino asegurar que los procesos críticos (tamizaje-registro-canalización-seguimiento) funcionen con estandarización, trazabilidad y datos útiles para decidir. La OCDE subraya que un sector público orientado por datos requiere gobernanza, capacidades y herramientas que conviertan información dispersa en valor público (OECD, 2019).

Basándose en un caso hipotético realista del CECA Querétaro, este proyecto aplica investigación-acción para diagnosticar el problema y diseñar una solución operativa viable, alineada a estándares internacionales de sistemas de tratamiento (UNODC/OMS, 2020) y a la normatividad mexicana en adicciones (NOM-028-SSA2-2009).

Lo anterior, genera la pregunta ¿Cómo puede el diseño e implementación de un sistema integrado de gestión y análisis de datos fortalecer la trazabilidad de los procesos de tamizaje, registro, canalización y seguimiento en la política pública de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas del CECA Querétaro?, esto teniendo en cuenta que la situación actual señala una fragmentación de la información y una baja trazabilidad a pesar de contar con un robusto marco normativo, programático e institucional (ENPA, NOM-028, CECA, CECOSAMA, ENCODAT)

Lo anterior genera que el sistema estatal de atención en Querétaro presenta Procesos críticos (tamizaje, registro, canalización y seguimiento) desarticulados entre programas, centros y niveles de atención, al igual que Información dispersa, registrada en sistemas y formatos no interoperables y una baja trazabilidad de los usuarios, lo que dificulta conocer rutas de atención, resultados y continuidad del servicio, este escenario presenta un uso de datos

limitados para una adecuada toma de decisiones, una evaluación de programas efectivos y ajustes oportunos a las intervenciones preventivas

Esto genera, el incremento sostenido del consumo de sustancias (2016–2025) no se ha visto contrarrestado por una mejora proporcional en la efectividad de las acciones públicas, especialmente a nivel territorial.

el presente proyecto pretende un modelo en el que el CECA cuente con un sistema integrado de información que conecte tamizaje, atención, canalización y seguimiento. Con una trazabilidad completa del usuario, desde el primer contacto hasta la resolución o derivación especializada, con datos estables, oportunos confiables y a tiempo real, permitiendo una mejor toma de decisiones basadas en evidencias, priorizando la intervención según el riesgo y el territorio, permitiendo evaluar el impacto de los programas preventivos, permitiendo el fortalecimiento de las políticas públicas.

4 Marco Teórico

4.1 Conceptos Básicos

4.1.1 Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se refiere al uso de compuestos que en palabras de Ríos Flórez et al. (2023), alteran funciones del sistema nervioso central, pudiendo generar dependencia física, psicológica o social. La Organización Mundial de la Salud define este fenómeno como un problema de salud pública complejo, asociado no solo a daños individuales, sino también a impactos sociales, económicos e institucionales que trascienden el ámbito sanitario (OMS, 2016).

En el contexto latinoamericano, y particularmente en México, el consumo de SPA se ha configurado como una problemática estructural que afecta la seguridad, la cohesión social y la gobernabilidad, lo que exige respuestas estatales integrales desde la prevención, la atención y la reinserción social.

4.1.2 Política Pública de prevención y atención de adicciones

Las políticas públicas de prevención y atención de adicciones comprenden el conjunto de decisiones, programas, normas y acciones implementadas por el Estado para reducir la demanda de sustancias, mitigar daños asociados y garantizar el acceso a tratamiento oportuno y de calidad. Estas políticas se sustentan en enfoques biopsicosociales, de derechos humanos y de salud pública, integrando sectores como salud, educación, seguridad y desarrollo social.

En México, este marco se materializa en instrumentos como la Ley General de Salud, la NOM-028-SSA2-2009, la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) y los modelos comunitarios de atención como los CECOSAMA, coordinados por instancias como la CONASAMA y los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA).

4.1.3 Gestión pública basada en datos

La gestión pública basada en datos hace referencia al uso sistemático de información confiable, oportuna y relevante para la toma de decisiones, la formulación de políticas, el seguimiento de procesos y la evaluación de resultados. Según la OCDE, un Estado orientado por datos es aquel que transforma información dispersa en valor público mediante gobernanza, capacidades institucionales y herramientas tecnológicas adecuadas (OECD, 2019).

En el ámbito de las adicciones, este enfoque permite identificar patrones de consumo, focalizar intervenciones preventivas, mejorar la asignación de recursos y evaluar la efectividad de los programas implementados

4.1.4 Trazabilidad en los sistemas de atención

La trazabilidad se refiere a la posibilidad de seguir de manera continua y verificable el recorrido de una persona a través de las distintas etapas de atención: tamizaje, diagnóstico, intervención, canalización y seguimiento. En los sistemas de atención en adicciones, la falta de trazabilidad dificulta la continuidad del cuidado, la evaluación de resultados y la identificación de brechas en la prestación de servicios.

Un sistema con alta trazabilidad permite integrar información clínica, administrativa y epidemiológica, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y la rendición de cuentas.

4.1.5 Tamizaje e intervención breve

El tamizaje es un proceso sistemático para identificar de manera temprana patrones de consumo de riesgo, mientras que la intervención breve consiste en acciones estructuradas de corta duración orientadas a reducir el consumo y prevenir la progresión hacia la dependencia. Herramientas como la prueba ASSIST, recomendada por la OMS, han demostrado ser eficaces cuando se aplican de forma estandarizada y acompañadas de sistemas de registro y seguimiento adecuados (OMS/OPS, 2011).

4.2 Antecedentes históricos

4.2.1 Evolución del abordaje del consumo de drogas

históricamente, el abordaje del consumo de drogas se ha trasladado desde enfoques punitivos y de control social hacia modelos de salud pública centrados en la prevención, el tratamiento y la reducción de daños. A partir de la segunda mitad del siglo XX, organismos internacionales comenzaron a reconocer que la criminalización del consumo resultaba insuficiente para disminuir su prevalencia y sus efectos sociales.

En América Latina, este cambio se consolidó con la adopción de políticas integrales que incorporan la participación comunitaria, la atención primaria y la evidencia científica como pilares centrales.

4.2.2 Desarrollo institucional en México

En México, la política de adicciones ha atravesado un proceso de institucionalización progresiva. Desde la creación de marcos normativos básicos hasta el establecimiento de sistemas nacionales de salud mental y adicciones, el Estado ha buscado responder al crecimiento del consumo mediante estructuras especializadas como la CONASAMA y los CECA.

La implementación de modelos como los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) representa un avance hacia la descentralización y la atención comunitaria. No obstante, la expansión institucional no siempre ha estado acompañada de sistemas de información integrados, lo que ha limitado su impacto efectivo

4.2.3 Surgimiento de los sistemas de información en salud

Los sistemas de información en salud surgen como respuesta a la necesidad de monitorear enfermedades, evaluar programas y orientar decisiones

de política pública. En el campo de las adicciones, instrumentos como ENCODAT, RENASME y los observatorios epidemiológicos han permitido generar diagnósticos nacionales y regionales, aunque su integración con la gestión operativa local sigue siendo un desafío pendiente.

4.3 Objetivo General

Desarrollar un modelo operativo para optimizar el proceso de detección temprana, registro, canalización y seguimiento de personas con consumo de sustancias en el CECA Querétaro, mediante estandarización del flujo y una solución digital de trazabilidad (MIDDC-CECA).

El objetivo planteado no se limita al diseño conceptual del modelo, sino que implica un enfoque de investigación aplicada con intervención organizacional, ya que contempla no solo el desarrollo del modelo operativo, sino también su implementación en un entorno real y la evaluación de resultados. En este sentido, el proyecto abarca cuatro momentos clave: el diagnóstico y diseño del modelo (análisis de procesos actuales y propuesta optimizada), el desarrollo técnico de la solución digital de trazabilidad, la implementación piloto en unidades seleccionadas del CECA, y finalmente la medición de su impacto en indicadores como la continuidad del seguimiento, tiempos de canalización. Reducción de duplicidades.

El alcance temporal del proyecto se estima entre seis y nueve meses, distribuidos en fases que permiten garantizar su viabilidad. Operativamente, el modelo no se plantea para una implementación estatal total, sino como un piloto controlado en una o dos unidades o municipios, lo que permite validar su funcionalidad sin comprometer la operación general del sistema. Asimismo, el alcance se centra específicamente en los procesos de detección, registro, canalización y seguimiento, excluyendo aspectos como el tratamiento clínico completo o reformas estructurales a nivel institucional.

4.4 Objetivos Específicos

Los objetivos específicos se formulan con un enfoque operativo para asegurar su alineación directa con la metodología y la implementación del modelo. En primer lugar, se plantea analizar detalladamente el proceso actual (AS-IS) de detección, registro, canalización y seguimiento dentro del CECA Querétaro, mediante técnicas como análisis documental, entrevistas y mapeo de procesos, con el fin de identificar cuellos de botella, duplicidades, tiempos críticos y puntos de pérdida de seguimiento. Este análisis se complementa con la identificación de causas estructurales del problema, utilizando herramientas de análisis causa-raíz como Ishikawa y los 5 porqués, lo que permitirá comprender las fallas no solo operativas, sino también organizacionales, tecnológicas y de gobernanza (Lewin, 1946; Stringer, 2014).

Este análisis se complementará con la identificación de causas estructurales de las fallas detectadas, utilizando herramientas de análisis causa-raíz como el diagrama de Ishikawa y la técnica de los 5 porqués, aplicadas a cada cuello de botella crítico identificado, con el objetivo de clasificar las causas en dimensiones operativas, organizacionales, tecnológicas y de gobernanza.

En segundo lugar, se establece como objetivo diseñar y desarrollar el modelo operativo optimizado (TO-BE), integrando la estandarización del flujo de atención, la definición clara de roles y responsabilidades, y la construcción de una solución digital de trazabilidad (MIDDC-CECA). Este objetivo incluye la definición de un sistema de indicadores clave de desempeño (KPIs) para el seguimiento del proceso, tales como tasa de trazabilidad, tiempos de canalización, porcentaje de

abandono y nivel de duplicidad, permitiendo medir de manera objetiva la mejora operativa y facilitando la toma de decisiones basada en datos (PMI, 2021).

El objetivo incluye la definición y operacionalización de un sistema de indicadores clave de desempeño (KPIs), tales como tasa de trazabilidad, tiempo promedio de canalización, porcentaje de abandono del proceso y nivel de duplicidad de registros o actividades, permitiendo medir objetivamente la mejora operativa generada por el modelo propuesto y facilitar la toma de decisiones basada en datos durante su implementación y seguimiento (PMI, 2021).

Finalmente, se propone estructurar la implementación piloto del modelo, definiendo con precisión el alcance operativo, las unidades de aplicación, los actores involucrados, así como el cronograma, recursos y presupuesto necesarios. Este objetivo también contempla el diseño de un esquema de seguimiento y evaluación del piloto, que permita comparar los resultados antes y después de la intervención, asegurando la viabilidad, y potencial escalamiento del modelo dentro del sistema institucional.

Este objetivo contempla el diseño de un esquema de seguimiento y evaluación del piloto, basado en la comparación de indicadores antes y después de la intervención, que permita determinar de forma objetiva la efectividad del modelo, la sostenibilidad de la solución digital MIDDC-CECA y su alineación con las capacidades organizacionales existentes.

4.5 Metodología

El proyecto se desarrolló mediante la metodología de investigación-acción, la cual facilitó la colaboración continua entre el equipo de estudiantes y docente asesor. Esta metodología permitió un enfoque sistemático para identificar problemas, formular hipótesis y aplicar soluciones en un contexto real, ajustando las estrategias conforme se avanzaba en el proyecto. La investigación-acción proporcionó un marco flexible y participativo para ejecutar el proyecto de manera estructurada, generando una intervención bien fundamentada y con alto potencial de impacto.

Para la presente investigación, se implementa la metodología Investigación – acción la cual es una metodología que integra la investigación sistemática con la acción práctica, permitiendo a los participantes reflexionar críticamente sobre sus procesos para generar cambios significativos en diversos contextos; Este enfoque se caracteriza por ser participativo y reflexivo, uniendo la producción de conocimiento con la implementación de mejoras directas en escenarios específicos

Este método se fundamenta en varios pilares que aseguran su efectividad: Enfoque Colaborativo: Involucra activamente a los participantes como co-investigadores que aportan su propia experiencia y perspectiva al proceso

Naturaleza Cíclica e Iterativa: Se estructura en fases repetitivas de planificación, acción, observación y reflexión, lo que permite una mejora continua

Propósito Práctico: Busca resolver problemas reales y optimizar las prácticas dentro de una organización o comunidad

Empoderamiento: Promueve la participación activa para que los involucrados se conviertan en agentes de cambio con capacidad de decisión

En este sentido el proceso no es lineal, sino que funciona como una espiral de aprendizaje y acción:

- Diagnóstico y Planificación: Se identifican y priorizan los problemas mediante técnicas como el análisis FODA, entrevistas u observación directa, para luego diseñar un plan de acción con objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales)
- Acción e Implementación: Se ejecutan las estrategias y actividades diseñadas para transformar la realidad identificada

- Observación: Se recopila información y evidencia sobre los efectos de las acciones en tiempo real y en sus contextos naturales

La investigación-acción ofrece ventajas significativas, entre ellas una colaboración fortalecida, la generación de soluciones prácticas de aplicación inmediata y una alta capacidad de adaptación a entornos dinámicos. En el presente documento se analizan de manera crítica los resultados obtenidos en la implementación del tamizaje en Querétaro, con el propósito de fomentar un aprendizaje reflexivo que permita realizar ajustes y responder a nuevos desafíos. Este proceso es posible gracias a su enfoque iterativo —diagnóstico → acción → evaluación → ajuste— y al énfasis en la participación activa de los actores internos para abordar problemas reales del proceso (Lewin, 1946; Stringer, 2014). De esta manera, la metodología no solo produce conocimiento académico, sino que construye soluciones usables y sostenibles para la organización. recomendación teoría

4.5.1 Identificación y Análisis del Problema

- Métodos del diagnóstico (triangulación):
- Análisis documental: revisión de formatos de tamizaje existentes, bitácoras, reportes mensuales y lineamientos internos; contraste con recomendaciones de ASSIST y estándares de tratamiento.
- Entrevistas semiestructuradas (hipotéticas, pero plausibles) a personal de prevención, psicología, coordinación municipal y enlace con centros de tratamiento.
- Mapeo del proceso (AS-IS): identificación de pasos, tiempos, puntos de decisión.
- Causa-raíz (Ishikawa + 5 porqués): categorización en Personas/Proceso/Tecnología/Datos/Gobernanza.
- Línea base operativa (escenario hipotético cuantificado): estimación de tasas de seguimiento y tiempos.

Nota metodológica: los porcentajes y tiempos que se presentan son hipotéticos para fines académicos, pero consistentes con patrones reportados en modernización de servicios (OECD, 2019) y retos de continuidad en sistemas de tratamiento (UNODC/OMS, 2020).

4.5.2 Planificación de la Solución

La planificación se diseña como un proyecto de 9 meses, con fases, entregables, indicadores y responsables. Se adoptan prácticas de gestión de proyectos (definición de alcance, cronograma, presupuesto, riesgos e interesados) conforme a guías de referencia (PMI, 2021) y se prioriza la creación de valor público basado en datos (OECD, 2019).

La planificación de la solución bajo enfoque PMI se utiliza como una traducción directa del diagnóstico organizacional previamente realizado. En este sentido, los hallazgos clave son: baja trazabilidad de los casos, duplicidad de registros, tiempos prolongados de canalización y ausencia de seguimiento estructurado evidenciaron un problema sistémico más que operativo, lo que orientó el diseño hacia una solución integral y no solo correctiva.

A partir de este diagnóstico, se definió que la solución debía centrarse en tres ejes: estandarización del proceso, integración tecnológica y control mediante indicadores. La falta de un protocolo único derivó en el diseño de un flujo operativo homologado de atención (detección–canalización–seguimiento–cierre), mientras que la fragmentación de sistemas justificó la creación de un expediente

digital único. Asimismo, la ausencia de datos en tiempo real y métricas claras se tradujo en la incorporación de un sistema de indicadores de desempeño (KPIs) alineados a cada etapa del proceso.

De esta manera, la planificación tipo PMI se estructura como la operación del diagnóstico: se establecen entregables concretos, responsables definidos, cronograma de implementación y recursos necesarios, asegurando que cada componente de la solución responda directamente a una causa raíz identificada. Esto permite garantizar coherencia entre problema, diseño e implementación, aumentando la viabilidad y el impacto del proyecto.

4.5.2.1 Definición de Alcance y Recursos

La tercera etapa se enfocó en delimitar el alcance de la intervención y los recursos necesarios. Se establecieron responsables para cada actividad, y se elaboró un cronograma de ejecución para controlar el avance de la implementación. Asimismo, se desarrolló un presupuesto que detalló los costos asociados a cada fase, permitiendo optimizar la asignación de recursos. Esta fase aseguró que todas las variables críticas estuvieran alineadas para una ejecución sin interrupciones.

5 Identificación y descripción un problema al interior de la organización

Uno de los problemas organizacionales que se pudo identificar en el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) Querétaro, se relaciona con la fragmentación en la gestión, integración y uso de la información sobre prevención, tratamiento y seguimiento de las adicciones. Aunque el CECA coordina diversas acciones institucionales como, campañas preventivas, capacitaciones, coordinación con centros de rehabilitación y programas comunitarios. La información generada por estas actividades suele encontrarse dispersa entre diferentes áreas administrativas, dependencias gubernamentales y organización civiles, lo que dificulta contar con un diagnóstico integral actualizado de la problemática de adicciones en el Estado.

En muchos casos, los datos sobre consumo de sustancias, perfiles de usuarios, seguimiento de tratamientos o resultados de intervenciones preventivas se registran mediante sistemas administrativos independientes, bases de datos no interoperables o incluso registros manuales, lo cual limita la capacidad institucional para consolidar información estratégica. Esta situación provoca que la toma de decisiones se base, en ocasiones, en información parcial o desactualizada, reduciendo la eficacia de las políticas públicas orientadas a la prevención y tratamiento de las adicciones (Secretaría de Salud, 2023).

La literatura especializada en administración pública y gestión de políticas de salud señala que la fragmentación de información y la falta de interoperabilidad entre sistemas institucionales es un problema recurrente en organismos encargados de coordinar políticas públicas complejas, especialmente en áreas que involucren múltiples actores como salud, educación, seguridad pública y organizaciones de la sociedad civil (Criado, Guevara-Gómez & Villorde, 2020). En el caso de las políticas de prevención de adicciones, esta problemática adquiere mayor relevancia debido a que el fenómeno del consumo de sustancias está influenciado por factores sociales, familiares, económicos y culturales que requieren ser analizados de forma integral.

Además, el CECA Querétaro interactúa con diferentes instituciones del sistema de salud, centros de tratamiento y programas comunitarios que generan información relevante para la prevención y atención de las adicciones. Sin embargo, la ausencia de mecanismos tecnológicos y metodológicos que permitan integrar, analizar y aprovechar estos datos de manera sistemática dificulta la

construcción de indicadores confiables sobre prevalencia de consumo, efectividad de los programas o evolución de los factores de riesgo en distintas regiones del estado.

Este problema organizacional tiene implicaciones directas en la planificación estratégica, la asignación de recursos y la evaluación de resultados, ya que sin información consolidada resulta más complejo identificar zonas prioritarias de intervención, diseñar programas preventivos focalizados o medir el impacto real de las políticas públicas implementadas. De acuerdo con el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, el fortalecimiento de los sistemas de información es una condición fundamental para mejorar la gestión y efectividad de las políticas de prevención y atención del consumo de sustancias en México (Secretaría de Salud, 2023).

En este contexto, el problema identificado puede sintetizarse como la ausencia de un sistema integral de gestión y análisis de información sobre adicciones que permita al CECA consolidar datos provenientes de diferentes fuentes y utilizarlos de manera estratégica para la toma de decisiones institucionales. Abordar esta problemática resulta fundamental para fortalecer la capacidad del organismo en el diseño de políticas públicas basadas en evidencia, mejorar la coordinación interinstitucional y aumentar la efectividad de las acciones preventivas y de tratamiento en el estado de Querétaro.

5.1 Descripción de la empresa a intervenir

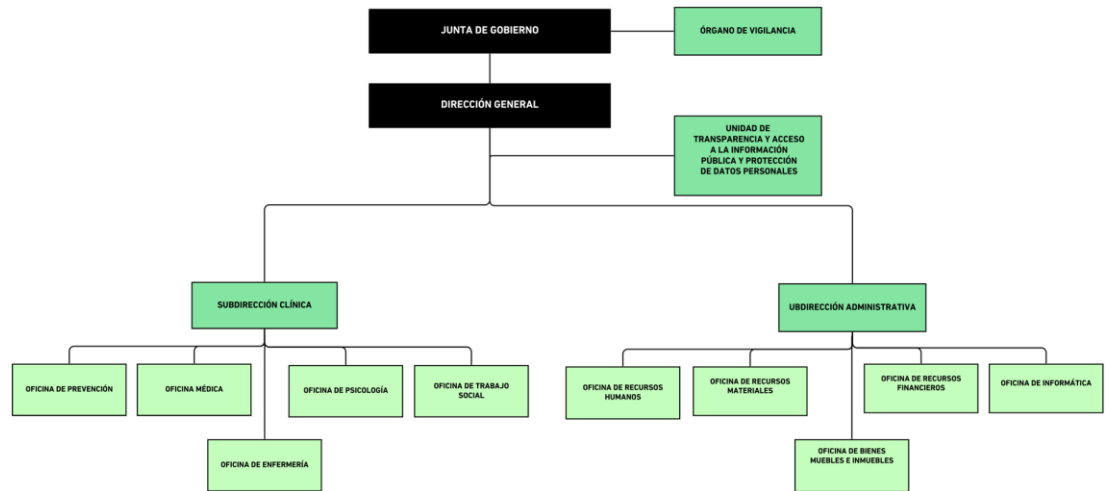
A continuación, se presenta la organización a intervenir, para una mejor comprensión se describe la naturaleza, estructura organizacional básica, Programas principales de prevención y tratamiento y por último su cobertura territorial:

Naturaleza:

El Consejo Estatal Contra las Adicciones CECA, es un órgano público estatal, dependiente de la secretaria de Salud Mexicana, es el organismo encargado de coordinar políticas de prevención, atención y supervisión relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, su función es la Prevención y promoción de la salud mental, la supervisión de centros de rehabilitación, la atención temprana, tratamiento breve y la coordinación interinstitucional,

Estructura organizacional básica:

CECA, es un órgano con dependencia de la secretaria de Salud Mexicana, coordina la red de Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA), y se vincula con comités y equipos técnicos encargados de verificación de establecimientos residenciales, prevención comunitaria y escolar, adicionalmente, se encarga de la promoción de ambientes libres de humo, en cuanto a su estructura organizacional, a continuación, se presenta el organigrama principal:



Infraestructura

En cuanto a su infraestructura tiene 320 centros supervisados en todo el estado de Querétaro lo que permite una amplia cobertura en la prestación de sus servicios, en cuanto a su presupuesto en el 2025, se le asignó 16,231,030 pesos y para el 2026 fue asignado 16,993,796 pesos de los cuales se asignan a - Supervisión de centros de rehabilitación, Programas de prevención comunitaria, Atención temprana y tratamiento breve y a subsidios a tratamientos residenciales

En este contexto, para efectos del presente trabajo, se centra en la Contribución a la prevención, detección temprana, canalización y seguimiento de personas en riesgo por consumo de sustancias en Querétaro mediante estrategias basadas en evidencia, coordinación interinstitucional y cumplimiento de la normativa aplicable (NOM-028-SSA2-2009).

5.1.1 Visión

Ser un organismo referente estatal en prevención y atención de adicciones, con procesos estandarizados y apoyados por tecnología y datos para elevar la cobertura efectiva, la continuidad de atención y la transparencia operativa, en línea con tendencias de gobierno digital y sector público basado en datos (OECD, 2019).

5.1.2 Misión

Contribuir a la prevención, atención y reducción de las adicciones en el estado de Querétaro mediante estrategias integrales, basadas en evidencia, que fortalezcan la detección temprana, la canalización oportuna y el seguimiento efectivo de las personas en riesgo, promoviendo su bienestar físico, mental y social, así como la participación activa de la familia y la comunidad como factores protectores.

5.1.3 Mapa de procesos

Se identifica el siguiente mapa de procesos:

Procesos Estratégicos

- Planeación estatal en prevención y tratamiento
- Coordinación interinstitucional (salud, educación, municipios, centros)
- Seguimiento de indicadores y rendición de cuentas

Procesos Sustantivos

- Prevención (universal, selectiva e indicada)

- Detección temprana / tamizaje
- Orientación e intervención breve
- Canalización a tratamiento
- Seguimiento y cierre de caso

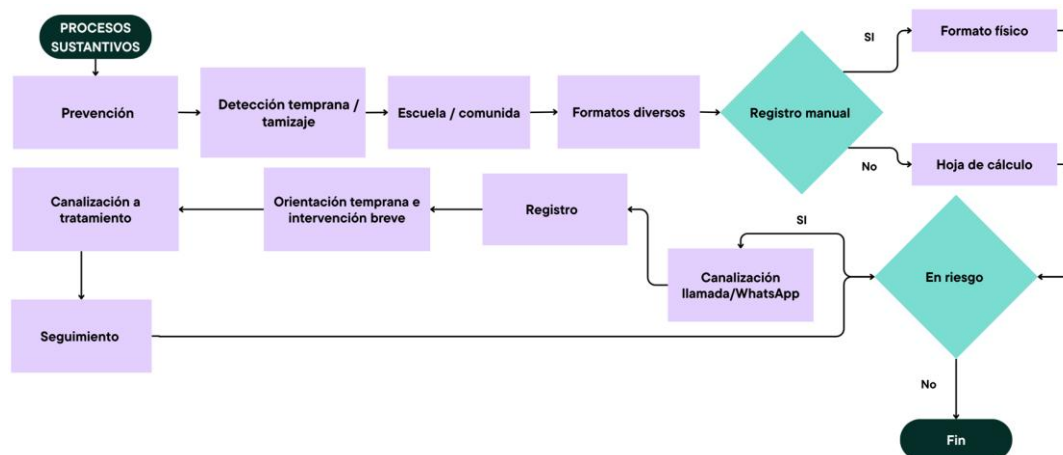
Procesos de Apoyo

- Tecnologías de la información
- Capacitación
- Administración / presupuesto
- Comunicaciones social

A continuación, se presenten el diagrama de flujo



Frente a los procesos Sustantivos, en especial el de tamizaje que es el proceso a intervenir en el presente documento, se presenta el siguiente diagrama de flujo:



5.1.4 Descripción del proceso a intervenir

Proceso seleccionado: Tamizaje–registro–canalización–seguimiento.
AS-IS (actual hipotético):

1. Tamizaje en campo (escuela/comunidad) con formatos diversos.
2. Registro manual o en archivos aislados (hojas de cálculo / formatos físicos).
3. Criterio de riesgo depende del operador (variabilidad).

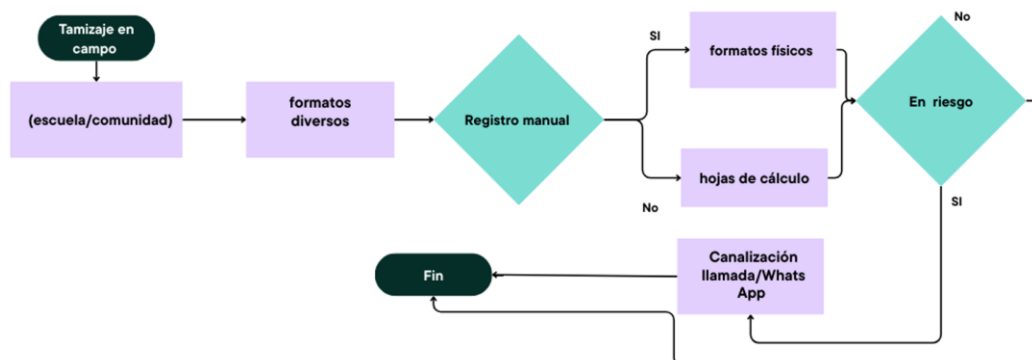
INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO*

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.

4. Canalización por llamada/WhatsApp sin expediente único.
5. Seguimiento no sistemático (sin alertas ni tablero).

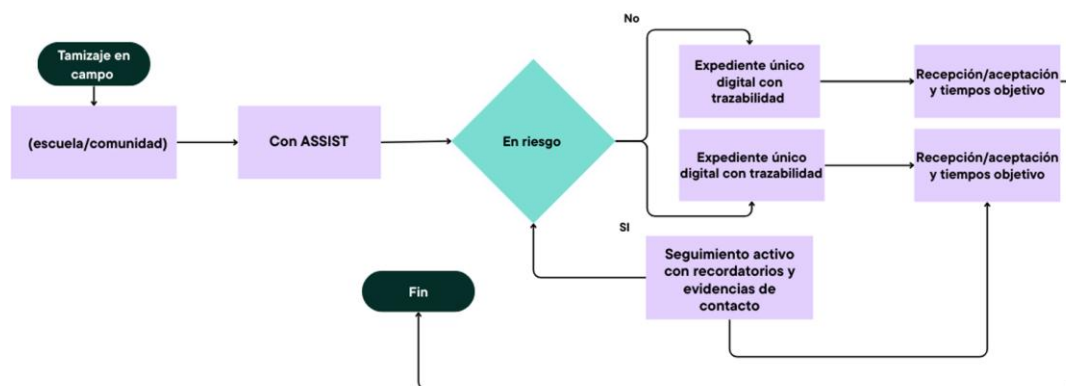
A continuación, se presenta el diagrama de flujo



TO-BE (objetivo):

- Tamizaje estandarizado con ASSIST, reglas de decisión y semaforización de riesgo.
- Expediente único digital con trazabilidad.
- Canalización con confirmación (recepción/aceptación) y tiempos objetivo.
- Seguimiento activo con recordatorios y evidencias de contacto.

A continuación, se presenta diagrama de flujo:



En este sentido es necesario para el proyecto, la creación de la arquitectura funcional del sistema ASSIST con el fin de optimizar el proceso de tamizaje el cual se presenta a continuación:

Arquitectura Funcional de la implementación de ASSIST:

Para la arquitectura es necesario tener en cuenta que se debe implementar con módulos interconectados que aseguren la captura de datos, el procesamiento de los resultados y la intervención de los servicios de asistencia de Secretaría de Salud, la CONADIC (Comisión Nacional contra las Adicciones) y las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 sobre prevención, tratamiento y control de las adicciones. La propuesta de los módulos se presenta a continuación:

Modulo 1. Captura de información:

En este modulo se direcciona a la creación de formularios digitales basados en ASSIST, adaptados al contexto mexicano, esto permite una validación automática de respuestas en tiempo real, permitiendo la intervención en caso de ser necesario, de igual forma la interfaz del aplicativo propuesto debe ser bilingüe (Español- ingles) dado el contexto fronterizo y su cercanía con Estados Unidos

Modulo 2. Motor de procesamiento de datos

Este modulo es uno de los mas importante, dado que en el se realiza el calculo del riesgo por sustancias, por medio de algoritmos que generan puntuación determinando el nivel del riesgo de exposición, calculándose en bajo, medio o alto según los criterios de ASSIST, permitiendo la generación de alerta en casos extremos

Modulo 3. Intervención Breve

En caso de alerta según la calificación generada por el aplicativo, se implementa los protocolos de intervención breve estandarizados por CONADIC, esto incluye mensajes motivacionales y recomendaciones personalizadas según la población objetivo y el margen de edad de la población, de igual forma, se debe generar una derivación digital a los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Modulo 4. Gestión de Usuarios y Seguridad.

Se debe implementar autenticación segura para profesionales de la salud y gestores estatales cumpliendo con la ley federal de protección de datos personales y asignando roles específicos para el manejo y procesamiento de datos como rol administrativo estatal. Rol de profesional clínico y rol de investigador académico

Modulo 5. Reportes y Analítica.

Es importante los reportes y la analítica de datos a tiempo real, dado que permite la toma de decisiones y ajustes en un momento determinado, en este sentido se requiere de Dashboards para la secretaria de salud, permitiendo la visualización estadística de las prevalencias y niveles de riesgo.

Modulo 6. Integración institucional

Es necesario la interoperabilidad con el Sistema Nacional de Información en Salud (SSINAIS), al igual que con los programas locales de prevención escolar y comunitaria y vinculándose con la Red Estatal de Salud Mental y Adicciones

La anterior arquitectura funcional del sistema busca no solo el reporte del tamizaje sino una integración efectiva con la red de información estatal, haciendo efectiva la intervención en casos de alto riesgo y la identificación de sectores propensos a la generación de estos riesgos de consumo en la población, permitiendo la implementación de planes, programas y proyectos dirigidos en estos puntos críticos, de igual forma el modelo presenta reglas de decisión las cuales son el núcleo que define el cómo el sistema interpreta las respuestas y determina las acciones posteriores, dichas reglas deben estar alineadas con los criterios del ASSIST y con los protocolos de la CONADIC y la secretaria de Salud, a continuación se define las reglas de decisión del modelo ASSIST.

Clasificación de Riesgo por Sustancias:

La calificación obedece a tres criterios, riesgo Bajo, Riesgo Moderado y Riesgo Alto los cuales se detallan a continuación:

- **Bajo riesgo:** El puntaje esta dentro del rango mínimo, por lo que se recomienda educación preventiva y refuerzos positivos

INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO*

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.

- **Riesgo Moderado:** Puntaje intermedio, este puntaje permite la activación de intervención breve como mensajes motivacionales, entrevistas breves entre otros.
- **Riesgo alto:** presenta puntaje elevado generando alerta y derivación a servicios especializados

Derivación automática

En caso de que el puntaje sea igual o superior a riesgo alto, el sistema debe generar notificación al profesional de la salud, registrar el caso en el sistema estatal SINAIS y por último generar referencia digital a las entidades pertinentes

Intervención breve digital

En caso de que el puntaje clasifique los casos en riesgo moderado, el sistema debe generar mensajes motivacionales adaptados al perfil del usuario, se debe generar links con material pedagógico audio visual y un seguimiento al caso

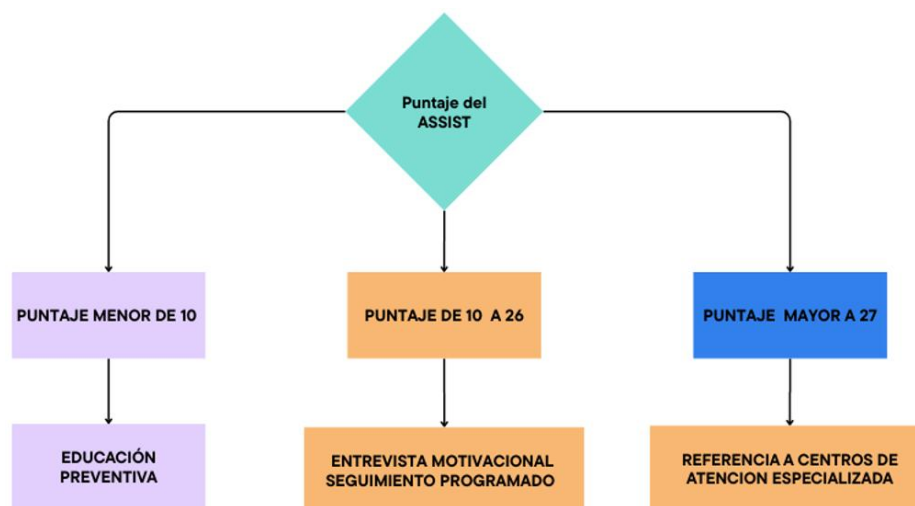
Reglas de seguridad y confidencialidad

Toda información captada por el sistema debe respetar la ley Federal de protección de Datos Personales, el acceso a esta información debe presentar restricciones según los roles definidos como profesional de la salud, administrador y órgano estatal

Reglas de reporte y analítica:

Cada decisión emanada de la evaluación debe ser registrada en el sistema y debe ser generado por municipio y agrupación etaria y por ultimo se deben aplicar filtros para identificar tendencias de consumo

Árbol de decisiones



Indicadores

Para los indicadores se deben tener en cuenta la cobertura, la calidad técnica, la oportunidad, la intervención breve y el impacto local, en este sentido, a continuación, se presentan los indicadores que responden a esta necesidad.

INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO*

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.

Indicadores de cobertura

Este indicador evalúa el alcance de la población del tamizaje

Indicador	Fórmula	Meta
Tasa de tamizaje poblacional	$(\text{Personas tamizadas} / \text{Población objetivo}) \times 100$	$\geq 80\%$ en grupos priorizados
Tamizajes realizados por unidad de salud	$\text{Total de tamizajes} / \text{Número de unidades}$	≥ 50 tamizajes mensuales por unidad

Indicadores de Calidad Técnica

Este indicador mide la correcta aplicación de los instrumentos

Indicador	Fórmula	Meta
Porcentaje de formularios completos	$(\text{Formularios válidos} / \text{Formularios totales}) \times 100$	$\geq 95\%$
Errores de digitación detectados	$(\text{Formularios con errores} / \text{Formularios totales}) \times 100$	$\leq 5\%$

Indicadores de Oportunidad

Evalúan la rapidez en la atención posterior al tamizaje

Indicador	Fórmula	Meta
Tiempo promedio entre tamizaje y derivación	Días entre tamizaje y primera atención	≤ 7 días
Porcentaje de derivaciones efectivas	$(\text{Derivaciones con atención confirmada} / \text{Derivaciones realizadas}) \times 100$	$\geq 85\%$

Indicadores de Intervención Breve

Miden la ejecución de acciones preventivas.

Indicador	Fórmula	Meta
intervenciones breves realizadas	$\text{Total de intervenciones} / \text{Casos moderados detectados}$	$\geq 90\%$
Seguimientos programados cumplidos	$\text{Seguimientos realizados} / \text{Seguimientos agendados}$	$\geq 80\%$

Indicadores de Impacto Local

Permiten evaluar el efecto del sistema en Querétaro.

Indicador	Fórmula	Meta
Reducción de casos de riesgo alto	$(\text{Casos alto riesgo inicial} - \text{Casos alto riesgo seguimiento}) / \text{Casos iniciales} \times 100$	$\geq 20\%$ en 6 meses
Satisfacción del usuario	$\text{Encuestas positivas} / \text{Encuestas aplicadas} \times 100$	$\geq 85\%$

5.1.5 Descripción del problema que presenta el proceso

El diagnóstico organizacional del proceso de detección temprana y canalización de casos de consumo de riesgo en el CECA Querétaro se desarrolló mediante un enfoque de investigación aplicada de carácter cualitativo. Este enfoque permite analizar procesos institucionales complejos y comprender las dinámicas organizacionales que influyen en la operación real de los servicios públicos (Creswell & Poth, 2018).

Para garantizar la solidez del análisis se utilizó una estrategia de triangulación metodológica, combinando tres técnicas principales: análisis documental, entrevistas semiestructuradas, mapeo de procesos y análisis causal mediante el diagrama de Ishikawa. La triangulación permite contrastar diversas fuentes de información y mejorar la confiabilidad del diagnóstico organizacional (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014).

-Análisis documental

El análisis documental constituyó la primera fase del diagnóstico y tuvo como objetivo revisar la estructura formal del proceso institucional. Esta técnica consiste en examinar documentos institucionales para identificar procedimientos, responsabilidades y mecanismos de control existentes dentro de una organización (Bowen, 2009).

Para el caso del CECA Querétaro se revisaron documentos como:

- lineamientos operativos de programas de prevención
- formatos de tamizaje y canalización
- reportes de actividades institucionales
- manuales o guías operativas internas
- registros administrativos de seguimiento de casos

El propósito de esta revisión fue identificar cómo se encuentra definido formalmente el proceso de detección, canalización y seguimiento, así como detectar posibles inconsistencias entre la normativa institucional y la práctica operativa cotidiana. Este tipo de análisis es particularmente útil en estudios organizacionales porque permite evidenciar brechas entre el diseño del proceso y su implementación real (Bowen, 2009).

Entrevistas semiestructuradas

Como segunda fase del diagnóstico se realizaron entrevistas semiestructuradas con personal involucrado en el proceso de prevención, detección y canalización de casos.

Las entrevistas semiestructuradas permiten obtener información detallada sobre experiencias, prácticas operativas y dificultades institucionales que no siempre se encuentran documentadas en los procedimientos formales (Creswell & Poth, 2018).

Para el diagnóstico se contempló la realización de entre 10 y 12 entrevistas semiestructuradas. Este rango se considera adecuado para estudios organizacionales focalizados, ya que permite alcanzar el punto en el cual las nuevas entrevistas dejan de aportar información sustancialmente diferente (Guest, Bunce, & Johnson, 2006).

El número estimado se distribuye de la siguiente manera:

- 1-2 entrevistas a nivel directivo, para conocer la visión estratégica del proceso
- 3-4 entrevistas a nivel de coordinación o jefaturas, responsables de supervisar la operación
- 4-5 entrevistas a personal operativo, encargado de realizar tamizajes, orientación o canalización

- 1-2 entrevistas a personal administrativo, relacionado con registros o gestión de información

Esta distribución permite integrar perspectivas de distintos niveles organizacionales y comprender tanto el diseño del proceso como su ejecución práctica.

Perfil de los participantes

Los participantes seleccionados corresponden a personal que participa directa o indirectamente en el proceso analizado. Entre los perfiles considerados se encuentran:

- personal directivo responsable de programas de prevención o tratamiento
- coordinadores o jefaturas de área vinculadas con la operación
- personal operativo que realiza actividades de detección, orientación o canalización
- personal administrativo encargado de registros o reportes institucionales

Este enfoque responde al principio metodológico de informantes clave, donde los participantes son seleccionados por su conocimiento directo del proceso y no por representatividad estadística (Patton, 2015).

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencional, utilizando los siguientes criterios:

1. Participación directa en el proceso de detección, canalización o seguimiento.
2. Experiencia mínima de seis meses en la función.
3. Conocimiento práctico del flujo de atención institucional.
4. Representación de distintos niveles jerárquicos dentro de la organización.

Mapeo de procesos

Como tercera técnica se realizó un mapeo de procesos, herramienta utilizada para representar de manera gráfica el flujo de actividades dentro de una organización.

El mapeo permitió identificar:

- etapas del proceso de detección y canalización
- responsables de cada actividad
- entradas y salidas del proceso
- puntos de decisión
- posibles cuellos de botella

El proceso analizado se estructuró en cinco etapas principales:

1. Aplicación de tamizaje o detección temprana
2. Registro de resultados
3. Clasificación del nivel de riesgo
4. Canalización hacia servicios especializados
5. Seguimiento y cierre de caso

Análisis causal: Ishikawa

A partir del análisis causa-raíz realizada mediante el diagrama de Ishikawa, se identificaron diversos factores estructurales y operativos que explican la baja trazabilidad y continuidad en el proceso. Para efectos de priorización y diseño de solución, estas causas se clasifican en críticas y secundarias según su impacto directo en la ruptura del flujo de atención.

Causas críticas:

INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO*

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.

Son aquellas que afectan directamente la continuidad del proceso y la capacidad de dar seguimiento efectivo a los casos:

- Procesos: No existe un protocolo único de canalización y cierre de caso.
- Tecnología: Registros en sistemas no conectados y ausencia de expediente único.
- Datos: Falta de definición mínima de datos, inexistencia de catálogo y ausencia de indicadores en tiempo real.
- Gobernanza: Responsabilidades difusas entre prevención, canalización y seguimiento.

Causas secundarias:

Son factores que agravan el problema, afectando la calidad y consistencia de la operación:

- Personas: Capacitación desigual, rotación de personal y alta carga operativa.

Esta diferenciación permite enfocar la intervención en los elementos estructurales del sistema, sin dejar de atender las condiciones operativas que influyen en su desempeño.

Impacto organizacional:

- Menor oportunidad de intervención temprana (contrario a lo recomendado por ASSIST).
- Menor continuidad del cuidado y débil coordinación de tratamiento (contrario a estándares UNODC/OMS).
- Menor valor público por falta de datos para dirigir recursos donde hay mayor riesgo (OECD, 2019).

6 Establecimiento de planes de acción para la solución del problema

El problema identificado en el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) Querétaro se relaciona con la fragmentación de la información institucional y la falta de integración de datos sobre prevención, tratamiento y seguimiento de adicciones. Esta situación limita la capacidad de la institución para generar diagnósticos precisos, diseñar intervenciones focalizadas y evaluar el impacto de las políticas públicas implementadas.

Para abordar este problema se propone el diseño e implementación de un Sistema Integral de Gestión de Información sobre Adicciones, que permita integrar datos provenientes de distintas instituciones, centros de tratamiento y programas preventivos. Este sistema permitirá mejorar la coordinación interinstitucional y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia.

Diversos estudios señalan que la implementación de sistemas de información en salud pública mejora significativamente la capacidad de los gobiernos para diseñar políticas públicas más eficientes y focalizadas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

6.1 Establecimiento de objetivos

El plan de acción tiene como objetivo central fortalecer la gestión institucional del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) Querétaro mediante la integración y análisis estratégico de la información generada por los programas de prevención y tratamiento de adicciones.

Objetivo general

Diseñar e implementar un sistema integral de información institucional que permita consolidar datos sobre consumo de sustancias, programas preventivos y centros de tratamiento en el estado de Querétaro, con el fin de mejorar la toma de decisiones y la efectividad de las políticas públicas en materia de prevención de adicciones.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar los sistemas actuales de registro y gestión de información utilizados por el CECA y las instituciones vinculadas a la atención de adicciones.
- Identificar las principales limitaciones en la integración y análisis de la información institucional.
- Diseñar un sistema digital que permita centralizar la información sobre prevención y tratamiento de adicciones.
- Desarrollar indicadores de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las políticas públicas implementadas.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional mediante el intercambio de información estratégica.

6.2 Descripción de la solución

La solución propuesta consiste en el desarrollo de una plataforma digital de integración y análisis de información, la cual permitirá concentrar los datos generados por programas previos, centros de tratamiento, instituciones educativas y organizaciones comunitarias.

Este sistema permitirá:

- Centralizar información sobre consumo de sustancias.
- Identificar tendencias y factores de riesgo.
- Detectar zonas prioritarias de intervención.
- Generar indicadores para evaluar el impacto de las políticas públicas.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, los sistemas de información en salud son fundamentales para fortalecer la planificación estratégica y mejorar la eficiencia en la gestión de políticas públicas sanitarias. (OPS, 2020).

6.3 Secuencia de actividades para ejecución de la solución

Para la implementación del sistema se plantea la siguiente secuencia de actividades:

INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO*

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.

1. Diagnóstico institucional: Identificación de los sistemas actuales de registro de información utilizados por el CECA y las instituciones vinculadas.
2. Mapeo de actores institucionales: Identificación de dependencias gubernamentales, centros de tratamiento y organizaciones sociales que generan información relevante.
3. Diseño del sistema de información: Desarrollo de la arquitectura tecnológica para integrar y analizar datos.
4. Desarrollo de la plataforma digital: Creación de una plataforma que permita la captura, almacenamiento y análisis de información.
5. Capacitación institucional: Capacitación del personal del CECA y de las instituciones participantes en el uso del sistema.
6. Implementación piloto: Aplicación del sistema en una zona específica del estado para evaluar su funcionamiento.
7. Evaluación y mejora del sistema: Análisis de resultados y ajustes necesarios para su implementación a nivel estatal.

6.4 Descripción de recursos necesarios para la ejecución de la solución

Para la implementación del proyecto se requiere la asignación de diferentes tipos de recursos.

Recursos humanos

- o Especialistas en análisis de datos
- o Personal técnico en tecnologías de la información
- o Analistas de políticas públicas
- o Personal de capacitación institucional.

Recursos tecnológicos

- o Desarrollo de software para el sistema de información
- o Infraestructura de almacenamiento de datos
- o Herramientas de análisis y visualización de información

Recursos organizacionales

- o Protocolos de intercambio de información entre instituciones
- o Normativas de protección de datos personales

Mecanismos de coordinación interinstitucional.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la transformación digital del sector público requiere la combinación de infraestructura tecnológica, capacidades institucionales y mecanismos de gobernanza de datos (OECD, 2020.).

7 Definición del alcance de la solución, partes interesadas, cronograma y presupuestos.

La implementación del sistema de información tiene como propósito mejorar la capacidad del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) Querétaro para gestionar información estratégica relacionada con la prevención y atención del consumo de sustancias.

El proyecto se plantea inicialmente como un programa piloto en determinadas regiones del estado, con la posibilidad de escalarlo posteriormente a nivel estatal.

7.1 Alcance final de la solución

El alcance del proyecto contempla:

- Implementación de un sistema digital de información sobre adicciones.
- Integración de datos provenientes de instituciones públicas y centros de tratamiento.
- Generación de indicadores para monitoreo y evaluación de políticas públicas.
- Fortalecimiento de la coordinación institucional en materia de prevención de adicciones.

El proyecto busca mejorar la capacidad institucional para diseñar políticas públicas basadas en evidencia, lo cual es un elemento clave para la efectividad de las intervenciones en salud pública (WHO, 2021).

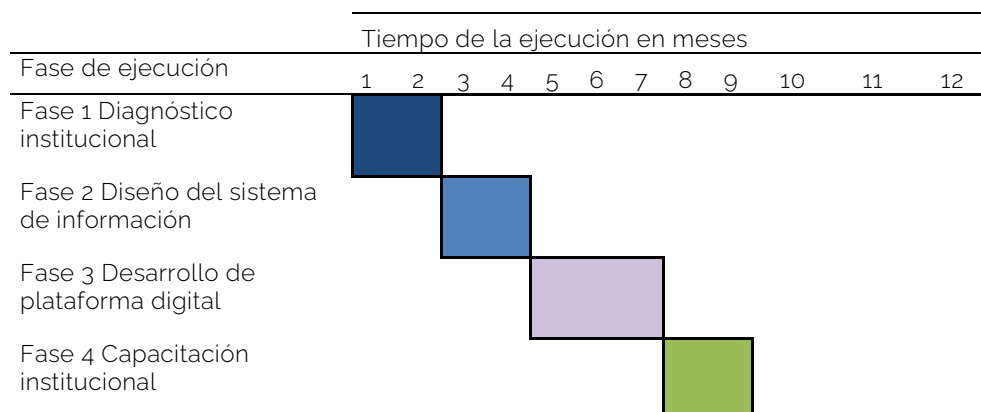
7.2 Identificación de responsables de las actividades para ejecución

La implementación del proyecto requiere la participación de diversos actores institucionales.

- Coordinación general. Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) Querétaro
- Implementación técnica: Área de tecnologías de la información de la secretaría de Salud y especialistas en análisis de datos.
- Colaboradores institucionales: Centros de tratamiento y rehabilitación, instituciones educativas, organizaciones de la sociedad civil.
- Cada actor tendrá responsabilidades específicas en la generación, intercambio y análisis de la información

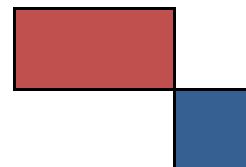
7.3 Cronograma de ejecución

El proyecto se plantea con una duración aproximada de 12 meses.



Fase 5 Implementación
piloto

Fase 6 Evaluación y mejora
del sistema



7.4 Presupuesto

El presupuesto estimado para la implementación del proyecto incluye los siguientes rubros:

Tabla 2. Presupuesto.

CONCEPTO	COSTO ESTIMADO
Desarrollo de plataforma digital	\$450,000 MXN
Infraestructura tecnológica	\$200,000 MXN
Capacitación institucional	\$120,000 MXN
Consultoría en análisis de datos	\$150,000 MXN
Evaluación del proyecto	\$80,000 MXN
Presupuesto total estimado	\$1,000,000 MXN

La inversión en sistemas de información en salud pública se considera estratégica, ya que permite optimizar el uso de recursos y mejorar la eficiencia de las políticas públicas orientadas a la prevención de enfermedades y problemáticas sociales (OPS,2020).

8 Referencias bibliográficas

- Segovia-García, N. y Said-Hung, E.M. (2021). Factores de satisfacción de los alumnos en e-learning en Colombia. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 26(89), 595-621. <https://cutt.ly/LbUPghi>
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., & Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity*. Oxford University Press.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE.
- Criado, J. I., Guevara-Gómez, A., & Villodre, J. (2020). Digital government and public sector innovation in public health. *Government Information Quarterly*, 37(3), 101–118.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? *Field Methods*, 18(1), 59–82.
- Ishikawa, K. (1986). *Guide to quality control*. Asian Productivity Organization.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46.
- Ley General de Salud (México).
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. SAGE.
- OECD. (2019). *Digital government review of health systems*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD. (2020). *The OECD digital government policy framework*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Ohno, T. (1988). *Toyota production system: Beyond large-scale production*. Productivity Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *ASSIST: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global status report of alcohol and health*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Sistemas de información en salud*. OPS.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4th ed.). SAGE.
- Secretaría de Salud. (2023). *Informe del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones*. Gobierno de México.
- Segovia-García, N., & Said-Hung, E. M. (2021). Factores de satisfacción de los alumnos en e-learning en Colombia. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 26(89), 595–621. <https://cutt.ly/LbUPghi>
- WHO. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. World Health Organization.
- Ríos Flórez, J. A., Jiménez-Tabares, J. S., Marín-Moreno, B. S., & Chalarca-Marulanda, A. S. (2023). *Comportamiento y estados de ánimo relacionados con el consumo de*

- Modelo digital para la detección y canalización temprana en consumo de sustancias –
CECA Querétaro

sustancias psicoactivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 15(1), 1–24. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e346096>

Instituto Europeo de Posgrado ©

INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO®

Nota Técnica preparada por el Instituto Europeo de Posgrado. Este contenido es propiedad del Instituto Europeo de Posgrado.

Su difusión, reproducción o uso total o parcial para cualquier otro propósito queda prohibida. Todos los derechos reservados.