

Las colecciones de Documentos de Trabajo del CIDE representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y para permitir que los autores reciban comentarios antes de su publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan llegar directamente al (los) autor(es). ❖ D.R. © 1997, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C., carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210 México, D. F., tel. 727-9800, fax: 292-1304 y 570-4277. ❖ Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido como el estilo y la redacción son responsabilidad exclusiva suya.



NÚMERO 31

Myriam Cardozo Brum

**LA OFERTA EDUCATIVA DE PROGRAMAS
DE ADMINISTRACIÓN PARA LA SALUD**

Introducción

Éste es el segundo trabajo realizado en el Centro de Investigación y Docencia Económicas dentro del proyecto de Formación Administrativa de Recursos Humanos para la Salud, que cuenta con financiamiento del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) con sede en Caracas, Venezuela.

El primero¹ tuvo por objeto explicitar el marco teórico y la hipótesis de la investigación y presentar los resultados obtenidos en relación con el perfil del personal directivo de nivel medio y superior en los estados con servicios descentralizados de salud, así como detectar sus necesidades en materia de conocimientos administrativos de tipo gerencial.

El presente documento explora la contraparte del anterior: las características de los programas que se ofrecen en el país para satisfacer las necesidades de formación, capacitación y actualización² en esta área.

Planteamiento del problema

En el documento ya citado se concluye que existe una insuficiente formación administrativa del personal directivo del sector de la salud que dificulta la posibilidad de mejorar la eficiencia, calidad y equidad de los servicios, y que actúa como freno para el avance de los procesos descentralizadores, y también se analizan sus múltiples determinantes: falta de conciencia del problema, restricción de temas disponibles, recursos financieros limitados, poca información sobre los programas ofrecidos, etc. Asimismo, se sugiere la posibilidad de que la oferta formativa sea inadecuada en términos de cobertura temática, calidad académica, secuencia y pertinencia de contenidos y distribución geográfica.

Por la amplitud que requiere la indagación sobre esta última causa adicional de desmotivación del directivo por obtener los conocimientos administrativos que su puesto exige, se prefirió separar este análisis en un documento dedicado específicamente a ese objetivo.

Desde 1971, por lo menos, Ramón Villarreal (OPS, 1971) planteaba la necesidad de cambios profundos, en los sistemas educativos, que implicaran alteraciones en la filosofía básica del funcionamiento institucional, en sus fundamentos conceptuales y en sus políticas de acción.

En ese entonces, se hicieron fuertes críticas al paradigma educativo vigente, las cuales se centraron en la distancia entre la teoría y la práctica, la fragmentación de los procesos de educación a través de cursos que reproducían el modelo atomizado

¹ *Diagnóstico de formación administrativa del personal directivo de la salud*, septiembre de 1994.

² Véase el anexo I: Glosario de términos.

de las disciplinas, lo poco que la formación contribuía a la solución de los problemas de servicio, etc. (Sotelo, 1990).

Las críticas anteriores se orientaban así en dos sentidos: por un lado, a los métodos pedagógicos y técnicas didácticas empleados en la enseñanza y, por otro, a los contenidos mismos.

En relación con los primeros, no es nuestra intención profundizar en su análisis, a pesar de su trascendencia, ya que poco se indica al respecto en los programas que más adelante se presentarán. Sin embargo, tampoco hemos querido soslayar el problema, por lo que se hace un breve planteo de cuestiones que pueden enriquecerse con base en trabajos de múltiples autores (Hilgard y Bower, 1973; Inhelder, 1975; Larraquivel, 1983; Espeleta, s/f; Campos, 1979, etcétera).

Hasta ese momento se había aplicado una didáctica tradicional que concebía la educación como un proceso de transmisión de conocimientos a partir de los docentes o los libros y dirigidos a alumnos pasivos, que se basaba fundamentalmente en la cátedra y la conferencia magistral y giraba alrededor de los temas que históricamente se han desarrollado dentro de cada disciplina. Se esperaba que el estudiante memorizara sin objeciones los contenidos, ya que la ciencia era vista como un conocimiento acabado que no dejaba lugar a discusiones. Este proceso de aprendizaje se consideraba exclusivamente intelectual y se desconocía su contenido afectivo (cuadro 1).

Por esas fechas, y de manera muy importante en la enseñanza de las ciencias de la salud, el enfoque anterior comienza a complementarse con el de tecnología educativa, de base conductual y en el que se enfatizan los medios y técnicas de trasmisión del conocimiento, como el uso de proyectores, rotafolios, etcétera (cuadro 1).

También se desarrolló una didáctica crítica o alternativa basada en concepciones muy diferentes de las tradicionales. Se consideraba a la educación como un fenómeno social complejo cuyo objetivo era revelar problemas reales y generar soluciones con base en el aprendizaje grupal y técnicas como la de investigación-acción en las que el docente actúa como coordinador, con amplia participación de todos los integrantes del proceso, propiciando aprendizajes significativos en un contexto caracterizado por la emotividad y los valores de los individuos (cuadro 1).

Este último esquema se aplicó en México en el Programa A-33 de la carrera de Medicina de la UNAM, en el enfoque modular de las carreras de la UAM (plantel Xochimilco) y, más recientemente, en el programa de maestría en Ciencias en Organización y Dirección de Sistemas de Salud en el INSP. Todos estos diseños basados en la pertinencia de los contenidos frente a los problemas analizados, así como en la integración sistemática de los mismos en el plan de estudios, han enfrentado en la práctica fuertes problemas de implementación, a causa fundamentalmente de la carencia de docentes formados con este enfoque.

En lo que se refiere a los contenidos, desde la década de los ochenta, en que comienzan a aplicarse en México y múltiples países de América Latina las políticas de desconcentración y descentralización de los servicios de salud, aparece la necesidad de generar un cambio en el perfil del personal directivo, el cual se pretende lograr con una educación adecuada.

Cuadro 1
Fundamentos de los enfoques didácticos

<i>Fundamentos y conceptos</i>	<i>Enfoque</i>	<i>Didáctica tradicional</i>	<i>Tecnología educativa</i>	<i>Didáctica crítica o alternativa</i>
Filosóficos	Hombre	Ser individual, aislado, pasivo, fácilmente adaptable a su realidad y ahistórico.	Ser individual que se adecua al medio a partir de las modificaciones de su conducta.	Ser capaz de desarrollar libremente su naturaleza sensible, analítica, crítica, creativa y transformadora de su realidad en beneficio propio y/o de la sociedad.
	Realidad	Se concibe como dada y al alcance de nuestros sentidos. Se construye de lo simple a lo complejo.	La realidad modifica la conducta del hombre a través de estímulos.	Es dinámica y puede ser modificada por el hombre mediante su fuerza, conocimiento y práctica.
	Ciencia	Se le considera como un saber acabado transmisible al estudiante.	Se concibe como el resultado de los estímulos que la realidad imprime en los sujetos.	Es de carácter histórico, relativo, como el conocimiento, un reflejo parcial de la realidad, influido por la emotividad, valores y expectativas del sujeto.
Epistemológicos	Proceso de conocimiento	Objetos y fenómenos se conciben a partir de imágenes mentales, intuiciones y percepciones que se reciben a partir de los sentidos. Se parte de la experiencia en la que el sujeto que aprende tiene un papel marginal en la adquisición del conocimiento.	Su preocupación radica en el desarrollo de técnicas y medios que faciliten el acceso al conocimiento, y proponen como modelo al empirismo. El conocimiento se evalúa mediante las modificaciones observables y medibles que se producen en la conducta del individuo.	Interacción activa y dinámica entre el sujeto cognoscente y el objeto de conocimiento, que cambia de acuerdo con la época histórica y con el contexto socioeconómico y político en que se desarrolla, así como con la posición de clase del sujeto. Implica un proceso continuo e infinito de producción de conocimiento basado en operaciones generales, análisis y síntesis de conocimientos dirigidos a lograr una vinculación más estrecha entre teoría y práctica, hombre y realidad.

<i>Fundamentos y conceptos</i>	<i>Enfoque</i>	<i>Didáctica tradicional</i>	<i>Tecnología educativa</i>	<i>Didáctica crítica o alternativa</i>
Psicopedagógicos	Educación	<p>Concibe a la educación como “transmisión” de conocimientos que docentes y libros proporcionan al alumno que mantiene una actitud pasiva (tendencia enciclopedista).</p> <p>Las disciplinas por estudiar tienen valor por sí mismas, independientemente de la vigencia de la problemática que encaran.</p> <p>Énfasis en el desarrollo intelectual sobre el afectivo.</p>	<p>Se concibe como un agente adaptador del hombre a la realidad.</p> <p>Procedimiento que facilita y ordena los medios para lograr modificaciones en la conducta del sujeto.</p>	<p>La concibe como un fenómeno social mucho más complejo que la simple transmisión y adquisición de conocimientos o que las técnicas que favorecen cambios esperados de conducta.</p> <p>La finalidad es la búsqueda de problemas reales y la generación de alternativas de solución.</p>
Pedagógicos	Enseñanza-aprendizaje	<p>Corresponde al docente; el alumno recibe pasivamente la información.</p>	<p>Se concibe como la solución adecuada de actividades y estímulos para hacer de la enseñanza una actividad más eficiente.</p> <p>La conducta del individuo se parcela en áreas: psicomotoras, cognoscitivas y afectivas.</p>	<p>Se concibe como proceso de elaboración conjunta de conocimiento, de interacción humana y de transformación de esquemas y de la realidad.</p> <p>Concibe la conducta humana como molar, no fragmentada, implicando tanto aspectos observables o externos (acciones) como no observables o internos (estados de ánimo).</p>
Didácticos	Práctica docente	<p>La cátedra magistral y la conferencia son las formas básicas de desempeño de la práctica docente, ya que la ciencia no deja lugar a discusiones, objeciones o planteamientos alternativos.</p>	<p>Desarrollo de gran cantidad de medios y técnicas para la práctica docente que se supone permiten una mayor eficiencia en el logro de los objetivos propuestos, mismos que son determinados y enunciados de manera que la modificación de la esfera cognoscitiva del sujeto pueda observarse y medirse.</p>	<p>Desarrolla una estrategia basada en el aprendizaje grupal y de investigación-acción (discusión de lecturas en equipos, investigación de problemas reales, etcétera).</p>

<i>Fundamentos y conceptos</i>	<i>Enfoque</i>	<i>Didáctica tradicional</i>	<i>Tecnología educativa</i>	<i>Didáctica crítica o alternativa</i>
Didácticos (continuación)	Docente	Los programas de estudio le son impuestos al docente por la institución. No hay revisión sistemática y continua de planes y programas.	Se fomenta el individualismo y la competitividad, tendiendo al renunciamiento de la originalidad y de la creatividad ya que las respuestas correctas son preestablecidas.	Fomenta la solidaridad y participación de todos los integrantes del proceso en la planeación educativa. Su objetivo es crear, compartir y difundir nuevos conocimientos para la solución de problemas concretos. Prevé la revisión y enriquecimiento continuo del currículo.
		Se concibe como transmisor de información.	Su papel se concreta a la selección de estímulos y técnicas eficientes para la enseñanza y la observación y medición de cambios de conducta. Pone mayor énfasis en el logro de los objetivos preestablecidos y no así en el logro del desarrollo integral del estudiante como persona individual y social.	Coordinación del proceso propiciando aprendizajes significativos con una actitud abierta y una rigurosa metodología para abordar y dar solución a problemas planteados. Aporta contenidos pero también modera las discusiones, observa la dinámica grupal, remueve obstáculos del proceso, motiva el análisis y la reflexión a partir del planteamiento de problemas concretos.
	Alumno	Se espera disciplina, memoria y repetición; respeto absoluto a la autoridad y al sistema social vigente.	Emite respuestas que le permite el sistema, sin cuestionar los objetivos ni el método y sin participar en su selección.	Activo en la reconstrucción del conocimiento. Participante involucrado en el proceso.

FUENTE: Palencia, Cardozo y Chacón, 1987.

Así pues, los programas de formación, capacitación y actualización deben responder a demandas como las siguientes:

a) Formar personal “capaz de gerenciar, administrar y procesar las operaciones y acciones que se programen desde el mismo ámbito local” (Linger, 1989, p. 230).

b) Desarrollar la capacidad de “diagnosticar situacionalmente las causas políticas, sociales y epidemiológicas en su propio contexto social y que tengan la posibilidad de elaborar y ejecutar planes de salud, junto a la comunidad” (Linger, 1989, p. 231).

c) Desarrollar “un nuevo estilo gerencial, tipificado por la presencia de una inteligencia flexible, habilidades técnicas modernas, temple emocional, la búsqueda continua de la efectividad, buen juicio en situaciones de incertidumbre, un compromiso con valores fundamentales que orienten la acción y una ética de costo/efectividad en la asignación de recursos” (Barahona, 1989, p. 266).

d) Dotar de conocimientos, destrezas e ingenio para:

- Enfrentar decididamente situaciones nuevas con el grado de destreza y confianza necesarios, de tal manera que se inicie un proceso de adaptación del sector a la realidad que lo rodea.
- Usar la información disponible para desarrollar planes amplios, pero prácticos, que tengan suficiente holgura para acomodar contingencias y variedad de situaciones.
- Trabajar como gerentes, operando con y mediante otras personas en equipo, y no como individuos autosuficientes.
- Maximizar la productividad de los servicios de salud bajo su responsabilidad, a pesar de la poca oportunidad de crecimiento presupuestario.
- Tener presente que los criterios de costo/efectividad irán tomando cada vez mayor importancia en las decisiones relacionadas con la distribución de recursos (Barahona, 1989, p. 269.)

e) Utilizar “metodologías educativas innovadoras —tales como educación permanente de equipos multidisciplinarios para la identificación, definición y solución de problemas; educación a distancia y otras formas de autoaprendizaje— que permitan una amplia cobertura de personal, convirtiendo la capacitación en un proceso permanente que se desarrolle dentro de la práctica misma de los servicios de salud, con amplia participación multidisciplinaria” (Barahona, 1989, p. 273).

f) Lograr una “organización descentralizada del proceso educativo que permita aprovechar mejor la infraestructura y los recursos existentes”, así como una “coordinación y aprovechamiento máximo de esfuerzos y recursos interinstitucionales e intraorganizacionales a nivel nacional y subregional” (Barahona, 1989, p. 273).

g) Difundir un enfoque de planeación que considere “una fase estratégica precedida por un análisis de viabilidad política de las proposiciones preliminares en el que son identificados adversarios y aliados (que) introduce un corte o ruptura epistemológica en relación con la visión normativa y cientificista (tecnocéntrica), en el cual el planificador reinaba absoluto en un mundo cosificado, donde no existían otros autores y, por ende, donde el conflicto era impensable” (Sotelo, 1990, p. 47).

h) Superar el paradigma flexneriano, predominante en la formación médica “que impone una visión mecanicista, biologicista e individualista y que orienta a los formados y futuros profesionales en el sentido de la especialización, la tecnificación y el énfasis en lo curativo”, así como la tecnologización “que contribuye a deshumanizar la práctica y a descontextualizar los problemas” (Sotelo, 1990, p. 49).

El documento más reciente referido a este tema (PASSPA, septiembre de 1994) reitera la necesidad de descentralizar la toma de decisiones y el ejercicio presupuestal hacia las jurisdicciones e identifica como principales problemas en el desempeño del personal los bajos salarios, la falta de capacitación y la ausencia de incentivos. Subraya también que los programas de capacitación por crear deberán enfocarse al personal directivo con el fin de mejorar la gerencia y la toma de decisiones locales.

En conclusión, si no contamos con programas educativos pertinentes y de buena calidad, será muy difícil que los médicos, culturalmente renuentes a adquirir conocimientos administrativos como los relativos a la optimización de recursos y consecuentes disminuciones en los costos de los servicios, se interesen en continuar sus estudios en este campo. Esto traerá como consecuencia una gestión deficiente que va a limitar las posibilidades de continuar con el proceso descentralizador y que redundará en una situación epidemiológica de la población atendida lejana a la meta de la OMS de “salud para todos en el año 2000”, y de los objetivos de bienestar social que el país se propone.

Antecedentes

La preocupación por aumentar la eficiencia y la eficacia del sector salud se plantea en los países latinoamericanos desde la década de los cincuenta, pero con énfasis en los ochenta cuando se producen las crisis económico-sociales en la región. En 1981, la OPS opinaba que para lograr la meta “salud para todos en el año 2000” era necesaria la búsqueda sistemática y la aplicación de nuevas tecnologías que produjeran procedimientos y enfoques que maximizaran la productividad de los recursos y también la aplicación sistemática de procesos de planificación y control (Barahona, 1989). Por su parte, los gerentes de la seguridad social de Centroamérica planteaban: “es urgente el diseño e implementación de proyectos específicos de adiestramiento gerencial que complementen los esfuerzos presentes y futuros para coadyuvar al incremento de la capacidad gerencial de las instituciones del sector salud, por medio del adiestramiento e intercambio de experiencias en aspectos gerenciales de sus funcionarios con responsabilidades ejecutivas” (RESSCAP, 1986).

Cuando se trata de capacitar a gerentes de servicios descentralizados de salud, su trabajo trasciende la práctica sanitaria misma y exige conocimientos de administración más profundos, así como de política y economía.

Es así como en Centroamérica y Panamá se resolvió llevar a cabo un estudio para conocer las características de la oferta académica de las instituciones de la región (OPS, 1988). Cubrió 26 áreas consideradas, con muy buen criterio, como prioritarias en

Cuadro 2
Programas de posgrado desaparecidos en áreas administrativas para la salud

Área	Nivel académico	Institución	Año de	
			Creación	Desaparición
1. Administración de hospitales y de la atención médica	Especialidad	SSA-UNAM (con apoyo de la fundación Kellogg)	1961	1963
2. Administración de hospitales	Especialidad	Univ. Juárez del estado de Durango	1980	1982
3. Administración de servicios de salud	Maestría	ISSSTE	1981	1981
4. Administración de salud pública	Maestría	ITESM	1983	1983
5. Administración de la atención a la salud	Maestría	Instituto de Desarrollo Directivo, A.C.	1983	Posterior a 1987
6. Administración de la atención a la salud	Especialidad	Universidad Autónoma de Guadalajara	1983	Posterior a 1987
7. Administración de la atención médica y de hospitales	Maestría	Universidad Autónoma de Colima	1983	1991
8. Salud pública con énfasis en administración de servicios de salud	Maestría	Universidad Autónoma de Baja California	?	1991

FUENTES: Palencia, M., E. Ruelas y G. Alvear, "La enseñanza en México de la administración de servicios de salud", *Revista de Administración Pública*, México, INAP, núms. 69-70, 1987.

ANUIES, *Anuario Estadístico. Posgrado 1991*, México.

relación con las estrategias de desarrollo de infraestructura, fortalecimiento de los servicios locales de salud, políticas de OPS, etc. (Anexo II). Del análisis realizado se concluyó que había capacidad instalada suficiente para proporcionar a los interesados de los países de la zona una formación y capacitación administrativa y gerencial de alta calidad en todos los niveles (técnico, licenciaturas y maestrías) por medio de programas universitarios o de otras instituciones dedicadas a este objetivo. Sólo en El Salvador se carecía de un programa de maestría en Administración.

Éste resulta ser el antecedente más cercano para incursionar en un estudio similar de la situación en México donde, además del análisis cuantitativo, se pretende calificar cobertura, pertinencia, secuencia y calidad de los contenidos.

El panorama mexicano muestra bastante anarquía al respecto. En opinión de José Rodríguez Domínguez (1990), quien ocupara entre otros cargos la dirección de la Escuela de Salud Pública de México, al desconocerse la cantidad y tipo de personal que se requiere, así como su distribución geográfica y por servicios, no se planifica la formación y utilización de recursos humanos, y las escuelas y programas nacen como meros intereses académicos de sus creadores, con variaciones de la matrícula y sin una relación adecuada con la necesidad de profesionales. Esta situación influirá también en la correspondiente a la oferta de programas específicos de Administración en Salud.

La formación administrativa dirigida al sector salud se brinda en México a través de programas de posgrado, fundamentalmente maestrías y de educación continua. Su necesidad nació en la década de los setenta en que se conforman, en el ámbito de la salud pública, dos grandes disciplinas de estudio: epidemiología y administración.

Desde 1963 se tiene conocimiento de la creación de 19 programas de posgrado en el área (véanse los cuadros 2 y 3), de los cuales siete han desaparecido (cuadro 2) y uno ha perdido su especialización administrativa al transformarse en un programa genérico de Salud Pública.

Palencia, Ruelas y Alvear (1987) señalaban que, a la fecha de su publicación, sólo subsistían cinco de los nueve programas que se habían creado en el país, cuya duración aproximada fue de uno o dos años y que se desconocían las razones que llevaron a su cancelación.

Programas actuales de posgrado en Administración

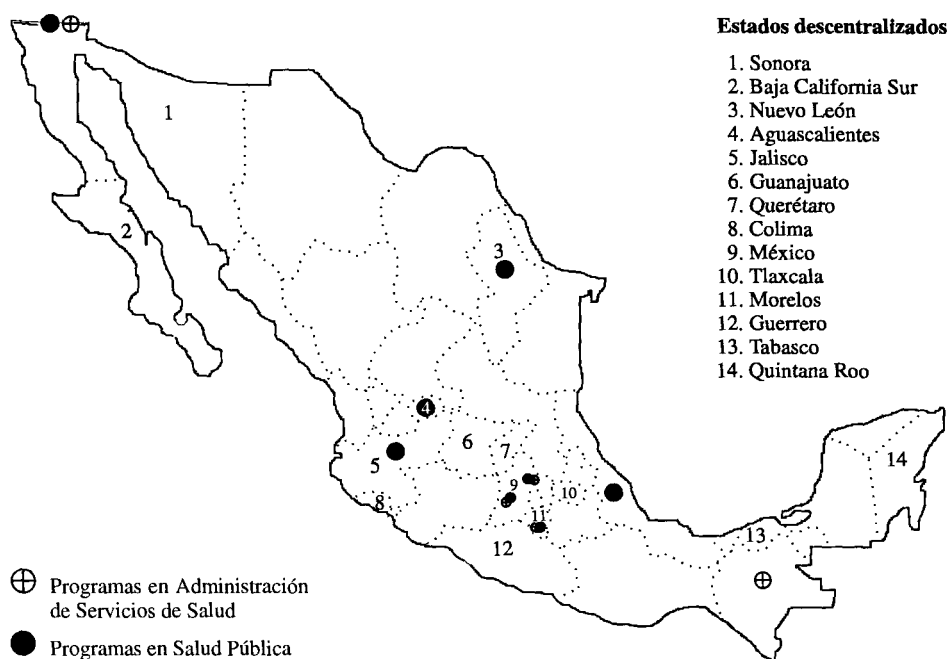
Considerando que existen en la actualidad cinco programas de administración dirigidos especialmente a los servicios de enfermería (Cardozo, M., 1993) y que las personas formadas en esta área sólo excepcionalmente llegan a ocupar una posición directiva dentro de los servicios de salud,³ quedan sólo seis posgrados capaces de brindar en la actualidad una formación gerencial (véanse mapa y cuadro 3), todos ubicados en el Distrito Federal o estados aledaños (México y Morelos).⁴

Con el fin de analizar los planes de estudio correspondientes, se procederá a identificar la fundamentación del programa, los objetivos que persigue, el tipo de candidatos

³ Sólo se encontró un caso de enfermería con especialidad en Salud Pública con nivel de jefe de departamento en un total de 264 funcionarios entrevistados o encuestados al realizarse el *Diagnóstico de formación administrativa del personal directivo de la salud*, ya citado.

⁴ A última hora se detectó una especialidad en Desarrollo de Sistemas de Salud, programa binacional a cargo del Colegio de la Frontera Norte, en Tijuana, Baja California, y una maestría en Salud y Desarrollo del Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas, Chiapas. De ambas se desconoce otra información (en particular no aparecen incluidas en el *Anuario* de ANUIES de 1991. La primera es de reciente creación, pero la segunda está iniciando su tercera generación).

Mapa 1
Localización de programas académicos en Administración y Salud Pública en la República Mexicana



al que va dirigido, la estructura de sus contenidos, su duración, el enfoque didáctico en que se basa, las prácticas de campo que prevé realizar, el perfil del egresado que pretende formar y su campo profesional de desarrollo, mismos que se resumen en el cuadro 4.

A continuación se comentan las observaciones que surgen de dicho cuadro, complementándolas con opiniones sobre pertinencia, suficiencia, secuencia y actualidad de los contenidos de cada programa.

La variable duración de los programas de maestría (que registra valores entre un año y dos años y medio) refleja la falta de reglamentación que uniforme los programas de un mismo nivel. Mientras un año parece muy poco tiempo para los contenidos del programa de la Universidad La Salle, cuyos alumnos probablemente continúan trabajando mientras estudian, los dos años parecen excesivos en el caso de la maestría en Ciencias en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

De acuerdo con la fundamentación y objetivos planteados, la maestría que se acaba de citar debería eliminarse de nuestra lista de seis programas, pues ya no se dedica, como en su inicio, a formar personal directivo de nivel estratégico sino investigadores que sólo marginalmente pudieran integrarse a los sistemas de salud. De los restantes cinco programas, el de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el de la Universidad La Salle comparten sus preocupaciones entre la formación de directivos, de investigadores y de docentes. Sólo el programa del Instituto de Servicios del Estado de México (ISEM) fue creado con especial atención en la satisfacción de necesidades incrementadas por el proceso descentralizador.

Cuadro 3
Programas actuales de posgrado para la formación administrativa del personal directivo de la salud (1991)

<i>Área</i>	<i>Nivel académico</i>	<i>Institución</i>	<i>Estado</i>	<i>Año de creación</i>
1. Administración de Hospitales	Maestría hasta 1987, luego especialidad	INSP	Morelos	1963
2. Administración de Sistemas de Salud. (antes: Administración de la Atención Médica y de Hospitales)	Maestría	UNAM/Facultad de Contaduría y Administración	Distrito Federal	1976
3. Sistemas de Salud (antes: Organización y Dirección de...)	Maestría	INSP	Morelos	1986
4. Administración en Instituciones de Salud	Maestría	Universidad La Salle	Distrito Federal	1991
5. Administración en Sistemas de Salud	Maestría	Inst. de salud del Estado de México	México	1991
6. Administración de Servicios de Salud	Maestría	INSP	Morelos	1992

FUENTES: Palencia, M., E. Ruelas y G. Alvear, "La enseñanza en México de la administración de servicios de salud", *Revista de Administración Pública*, México, INAP, núms. 69-70, 1987.

ANUIES, *Anuario estadístico. Posgrado 1991*, México.

ISEM, *Plan de estudios de la maestría en Administración en Sistemas de Salud*, Toluca, noviembre de 1993 (mimeografiado).

Los candidatos son admitidos con cualquier licenciatura en el caso del programa de la UNAM, y cuando provengan de Administración, Economía, Sociología, Contaduría y Ciencias de la Salud, en los demás casos. Los dos programas del INSP que forman directivos exigen además dos años de experiencia en el sector. El de la Universidad La Salle centra su atención en directivos en funciones, aunque no excluye a los profesionales de las áreas ya señaladas. El del ISEM, coherente con su fundamentación y objetivos, está especialmente dirigido a quienes ocupen cargos de coordinadores municipales, jefes de jurisdicción, jefes de región o coordinadores normativos.

La estructura curricular se organiza por disciplinas aisladas en el caso de los programas de la UNAM y de la Universidad La Salle. Presentan una ordenación por áreas en el caso del ISEM, y una estructura matricial organizada en ejes curriculares y niveles de formación en los programas del INSP.

En este último caso, lamentablemente, muchos contenidos encajan de manera forzada en el lugar en que se les ubica.

En ningún caso se especifica el enfoque didáctico con el que desarrollan los contenidos, lo que demuestra que se da una importancia absoluta a “qué” se enseña, despreocupándose de explicitar “cómo” se enseña. Estos enfoques resultan apenas sugeridos por la estructura de los contenidos. En el caso de la Universidad La Salle se alude a técnicas muy específicas.

Los programas de la UNAM y del ISEM no establecen prácticas de campo dentro del plan de estudios. Los demás dedican desde cinco semanas hasta 580 horas a esta actividad. En el último caso, que corresponde a la maestría en Administración de Servicios de Salud del INSP, se dedica a prácticas y residencia administrativa más de la cuarta parte del tiempo ocupado.

En cuanto al perfil del egresado, sólo la especialidad en Administración de Hospitales y la maestría en Ciencias en Sistemas de Salud del INSP, explicitan características personales de tipo gerencial: individuo crítico, propositivo, innovador, creativo, reflexivo, etc. En el programa de la UNAM se plantea el desarrollo de valores. Todos mencionan el desarrollo de habilidades y el dominio de conocimientos, que en los programas que no se citaron constituyen los únicos rasgos del perfil. Ningún programa hace referencia al compromiso social de sus egresados.

El campo profesional en que se prevé laboren los posgraduados formados como directivos corresponde a puestos de nivel táctico en el caso de la especialidad en Administración de Hospitales y de nivel estratégico en la maestría en Administración de Servicios de Salud del INSP. El programa de la UNAM los define simplemente como puestos ejecutivos, y en el caso del ISEM y la Universidad La Salle, aunque no se especifica, se supone que mantienen los mismos puestos de los cuales provinieron como candidatos.

En relación con la opinión que surge del análisis de los contenidos de las unidades didácticas que componen el plan de estudios puede decirse lo siguiente:

En el programa de especialidad en Administración de Hospitales (INSP), los contenidos son pertinentes y sólo se percibe la ausencia de una mínima formación pedagógica para ser coherentes con uno de los campos profesionales de desarrollo, aunque éste sea marginal. La secuencia y actualidad de los contenidos parece adecuada.

El programa de maestría en Administración de Sistemas de Salud (UNAM) tiene contenidos pertinentes, pero deja muchas dudas respecto de su suficiencia. Parece faltar un curso introductorio, pensando en que no todos los candidatos tienen formación administrativa previa. Las materias continúan muy enfocadas a la administración hospitalaria, anterior objetivo del programa ahora reformado. No se enseña administración de recursos financieros y materiales y se carece de una unidad que informe sobre la realidad nacional, etc. La secuencia y actualidad de contenidos parece adecuada con base en los títulos de las materias, ya que se desconocen los contenidos específicos.

En el caso de la maestría en Ciencias en Sistemas de Salud (INSP), encontramos contenidos pertinentes en general. Parece faltar una unidad sobre diseño de investigación en sistemas de salud, una referida a análisis de políticas de salud y extender el

Cuadro 4
Características de los programas de posgrado en Administración de Salud

<i>Programa</i>	<i>Institución</i>	<i>Duración</i>	<i>Fundamentación</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Candidatos</i>
Especialidad en Administración de Hospitales	INSP	1 año (1 242 hrs.)	Falta de directivos de hospitales con capacidad crítica e innovadora, conocimiento del contexto social, económico y político en el que laboran, eficientes en la asignación de recursos y enfoque estratégico en la toma de decisiones.	Formar especialistas capaces de detectar problemas internos o externos, analizarlos y sugerir alternativas de solución (entre los objetivos específicos figura: administrar y dirigir instituciones hospitalarias a nivel táctico).	Personas con: – Licenciatura vinculada a los servicios hospitalarios. – 20 a 50 años de edad. – Experiencia mínima de 2 años en servicios hospitalarios públicos o privados. – Otros requisitos complementarios.
Maestría en Administración de Sistemas de Salud (antes en Administración de la Atención Médica y de Hospitales; el plan de estudios 1993 se encuentra en trámite de autorización por el Consejo Académico, por lo que se tiene muy poca información al respecto)	UNAM (Facultad de Contaduría)	3 semestres	No específica.	Formar profesionales de alto nivel capaces de realizar investigación aplicada, desempeñarse como docentes o ejecutivos de los sistemas de salud.	– Título de Licenciatura. – Otros complementarios.
Maestría en Ciencias en Sistemas de Salud (antes en Organización y Dirección de Sistemas de Salud)	INSP	2 años (1 080 hrs.; durante el 2º año se toman cursos de especialización cuya duración no se especifica y se desarrolla la tesis)	Escasez de investigación en sistemas de salud y de programas de formación de investigadores en México y América Latina en general.	Formar recursos humanos capaces de desarrollar proyectos de investigación aplicada encaminados a la satisfacción de las necesidades de atención a la salud de la población (en el detalle se agrega la preparación en docencia).	– Licenciatura en Administración, Economía, Sociología, Contaduría y las relacionadas con la salud. – Otros adicionales.
Maestría en Administración en Instituciones de Salud	Universidad La Salle	1 año	Escasez de cuadros directivos con capacitación administrativa, lo que provoca ineficiencias en las instituciones públicas y privadas.	Formar profesionistas de alta capacidad para los niveles operativo y normativo, así como la docencia, la investigación y la asesoría.	– Profesionales de la salud en posiciones de funcionarios o ejecutivos a nivel central o corporativo, y de dirección,

Maestría en Administración en Instituciones de Salud. (continuación)					<p>subdirección o jefaturas en unidades de atención médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesionales de las ciencias administrativas en posiciones de dirección, subdirección, jefatura o administradores en unidades administrativas dentro de un sistema de atención médica o relacionadas directamente con él. - Profesionales con licenciatura en áreas de la salud o administrativas.
Maestría en Sistemas de Salud	ISEM	5 semestres (2 120 hrs.)	Necesidad de un manejo más eficiente de los recursos y de incrementar la capacidad operativa de los servicios para realizar acciones de salud eficaces, eficientes y equitativas.	Formar recursos humanos que respondan, entre otros fines, a las políticas de descentralización y desarrollo de SILOS (especialmente jefes de jurisdicción, coordinadores normativos y municipales) mediante un enfoque gerencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinadores municipales, jefes de jurisdicción, jefes de región o coordinadores normativos con licenciaturas en Administración, Economía, Contaduría y otras, las relacionadas con la salud. - Otros.
Maestría en Administración de Servicios de Salud.	INSP	2 años (1 912 hrs.)	Necesidad de formar administradores de servicios de salud reconociendo la especificidad del sector y superando los tradicionales estudios de planeación normativa, adoptando un enfoque gerencial (planeación estratégica, búsqueda de productividad, administración por objetivos, participación social, calidad, etcétera).	Formar profesionales capaces de organizar y dirigir a nivel estratégico tanto sistemas integrales de salud como unidades hospitalarias, con la finalidad de contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención a la salud de la población, proponiendo estrategias de acción para su solución basadas en procesos sistematizados de investigación aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura en áreas de la salud afines. - Experiencia profesional mínima de 2 años en servicios de salud. - Haber tomado por lo menos un curso de educación continua en administración de servicios de salud. - Otros.

<i>Programa</i>	<i>Estructura de los contenidos</i>	<i>Enfoque didáctico</i>	<i>Práctica de campo</i>	<i>Perfil del egresado</i>	<i>Campo profesional</i>
Especialidad en Administración de Hospitales	Mapa curricular organizado en ejes curriculares y niveles de formación en que algunos contenidos encajan de manera forzada.	No especificado, aunque su estructura induce a pensar en componentes de didáctica crítica.	5 semanas	Ejecutivo de instituciones hospitalarias públicas o privadas con: 1. Dominio de un marco conceptual para identificar y comprender los problemas y las relaciones servicio-comunidad. 2. Dominio de modelos, métodos y técnicas para organizar y dirigir unidades de atención hospitalaria. 3. Conocimiento de métodos para dirigir equipos de trabajo. 4. Rasgos gerenciales (crítico, propositivo, innovador y creativo).	– Puestos tácticos de organizaciones hospitalarias públicas y privadas. – Centros de investigación y docencia. – Puestos en áreas normativas de nivel estatal o nacional.
Maestría en Administración de Sistemas De Salud (antes en Administración de la Atención Médica y de Hospitales; el plan de estudios 1993 se encuentra en trámite de autorización por el Consejo Académico, por lo que se tiene muy poca información al respecto)	Aparentemente organizada de manera tradicional (por disciplinas).	No especifica pero da la impresión de un programa tradicional.	No especifica.	Profesionales con: 1. Conocimientos: – Con fundamentación científica. – De análisis, críticos, de reflexión y sentido propositivo. – Aplicados a la realidad nacional. 2. Habilidades: – Toma de decisiones ejecutivas.	– Docencia, investigación y puestos ejecutivos (de acuerdo con el objetivo).

<p>Maestría en Administración de Sistemas de Salud (antes en Administración de la Atención Médica y de Hospitales; el plan de estudios 1993 se encuentra en trámite de autorización por el Consejo Académico, por lo que se tiene muy poca información al respecto) (continuación)</p>				<ul style="list-style-type: none"> - Uso de técnicas y métodos particulares y generales. - Diseño e implantación de sistemas organizacionales eficientes. - Liderazgo orientado a resultados. <p>3. Valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excelencia - Dirección y conducción. - De aprender enseñando. - De actualización y superación. - Personal y profesional. 	
<p>Maestría en Ciencias en Sistemas de Salud (antes en Organización y Dirección de Sistemas de Salud)</p>	<p>Matricial con base en ejes curriculares y periodos. Algunas unidades didácticas resultan mal ubicadas en los ejes.</p>	<p>No se especifica; originalmente se diseñó con base en didáctica crítica.</p>	<p>5 semanas</p>	<p>Individuo creativo, reflexivo, crítico e innovador con capacidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptual, para percibir y comprender los problemas de los sistemas de atención a la salud y de su entorno. 2. Metodológica, para identificar y analizar problemas de investigación y para desarrollar una práctica docente que provoque cambios de conducta. 	<p>Centros de investigación, instituciones de salud y de educación superior.</p>
<p>Maestría en Administración en Instituciones de Salud.</p>	<p>Materias agrupadas en tres periodos que denominan posgrados.</p>	<p>Exposiciones magistrales, análisis de casos, participación grupal, etcétera.</p>	<p>150 hrs. mínimo</p>	<p>No especifica.</p>	<p>No está especificado pero se supone que en general mantienen sus puestos de origen.</p>

<p>Maestría en Sistemas de Salud</p>	<p>Contenidos organizados en áreas y periodos.</p>	<p>Se refiere a métodos modernos de enseñanza pero no especifica el enfoque.</p>	<p>No se prevé.</p>	<p>Profesionales capaces de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar la administración como ciencia y arte. 2. Desarrollar las jurisdicciones sanitarias para que se transformen en SILOS. 3. Liderar el proceso para el logro de eficiencia y equidad. 4. Optimizar el uso de recursos mediante correcta planificación, organización, supervisión, evaluación, etcétera. 5. Activar la participación social. 6. Desarrollar investigación en SILOS. 7. Estimar cambios del perfil epidemiológico de la población. 8. Promover un sistema de información útil al proceso de gestión de servicios de salud. 	<p>No se define; sin embargo el programa está diseñado para candidatos que ocupan un puesto que parecería continuar ejerciendo.</p>
<p>Maestría en Administración de Servicios de Salud. (continuación)</p>	<p>Estructura matricial con base en ejes curriculares y niveles de formación, donde diversos contenidos de tipo conceptual aparecen ubicados en el eje de metodología. Análisis político y legal es parte del contexto en que se desarrollan los servicios y debería estar en el primer periodo. Las unidades que</p>	<p>No especifica.</p>	<p>200 hrs. de práctica de campo y 380 hrs. de residencia administrativa.</p>	<p>Profesional con las características de gerente de sistemas integrales de la salud (SIS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dominio de un marco conceptual y metodológico para identificar los factores externos e internos que influyen en el desempeño, productividad y calidad de los SIS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puestos estratégicos de gerencia de hospitales, particularmente el diseño y dirección de los mismos con objetivos de eficiencia, efectividad, calidad y productividad. - Puestos vinculados al diseño organizacional dentro de las regiones sanitarias.

<p>Maestría en Administración de Servicios de Salud.</p>	<p>se desarrollan en cada periodo tienen muy poco que ver con los niveles que se supone contribuyen a formar. Si los contenidos del eje metodológico lo fueran realmente ésta sería una maestría para formar investigadores.</p>			<p>2. Dominio de métodos y técnicas para organizar y dirigir SIS, manteniendo un liderazgo que fomente la interacción disciplinaria, la optimización de recursos, la identificación de necesidades y problemas, así como la realización de propuestas que garanticen la calidad de los servicios de salud.</p> <p>3. Conocimiento y aplicación de teorías, métodos y técnicas que propicien la investigación aplicada.</p>	<p>– Instituciones de educación superior y de investigación participando en la formación de recursos humanos y en la propuesta y desarrollo de proyectos y programas de investigación aplicada.</p>
--	--	--	--	--	---

FUENTE: Elaboración propia a partir de documentos de presentación de dichos programas.

contenido de didáctica de manera que abarque no sólo la planeación sino también la instrumentación. Las secuencias y contenidos resultan adecuadas.

El programa de maestría en Administración en Instituciones de Salud (Universidad La Salle) presenta contenidos pertinentes que parecen excesivos en el caso de las unidades didácticas relativas a calidad. No hay contenidos específicos para el sector público ni se enseña administración de recursos materiales. El curso de investigación de operaciones y el de toma de decisiones, requerirían un curso básico previo de matemáticas. No parece presentar problemas de secuencia y actualidad de los contenidos.

El programa de maestría en Sistemas de Salud (ISEM) también presenta contenidos pertinentes. Se debería dedicar más tiempo a los procesos relativos a la definición e interpretación de políticas de salud, planeación estratégica, control y evaluación, así como a la administración de recursos materiales. El curso de mercadotecnia debería estar más orientado a lo social que a la venta de bienes propios de la actividad privada, no justifica un eje y menos que éste se denomine “economía”. La secuencia se considera correcta salvo en el área de salud, donde sería recomendable iniciar por los planteos más amplios (medicina social y salud pública) para terminar con epidemiología, como parte de salud pública, y ecología como un aspecto bien específico. En cuanto a la actualidad de los contenidos, los cursos de administración parecen enfocarse de manera muy tradicional, no percibiéndose el enfoque gerencial que se pretende.

Finalmente, en el caso de la maestría en Administración de Servicios de Salud (INSP), los contenidos son pertinentes y llama la atención que varios de ellos se refieren a sistemas de salud en general, cuando el programa se enfoca sólo a servicios. Carece de todo contenido de formación docente que le diera coherencia con uno de los campos profesionales explicitados. La unidad de organización y dirección de sistemas debería enfocarse sólo a dirección, puesto que hay otras dos unidades previas enfocadas a organización. En cuanto a la secuencia, considero que el enfoque estratégico de la planificación debería ofrecerse antes que los dos cursos aplicados a la atención de la salud. También teoría de las decisiones tendría más sentido ubicada en los primeros períodos para que sus planteos pudieran aplicarse en contenidos específicos posteriores.

Lamentablemente no fue posible actualizar la información disponible sobre el número de alumnos que han ingresado y egresado de cada uno de estos programas en las últimas generaciones. Sin embargo, mientras que el ISEM informa de un promedio de 120 alumnos que nos habla de un proceso masificado con serios riesgos para la calidad del aprendizaje, los programas del INSP no superan un promedio de diez alumnos. Frente a esta última situación, y viendo la gran cantidad de contenidos que se repiten en los tres programas del mismo, surge la inquietud de si no sería más eficiente buscar una mayor fusión de los tres. Los contenidos de la especialidad en Administración de Hospitales, que se desarrollan en un año, son casi todos pertinentes para los otros dos y podrían compartirse en un tronco común más amplio. En el segundo año, los otros dos programas podrían todavía compartir un conjunto de unidades, dejando un tiempo prudente para especializar a unos en metodología de la investigación y a otros en aspectos de organización y dirección gerenciales.

El análisis realizado muestra una oferta diferenciada de programas de Administración en Salud que puede resultar suficiente para el centro del país, pero que es incapaz de satisfacer todas las necesidades nacionales por su excesiva concentración geográfica.

Programas en Salud Pública y áreas afines

Existe de manera complementaria una serie de programas en Salud Pública con contenidos en áreas administrativas. Estos se ofrecen principalmente como especialidad (3) o como maestría (8).

En la mayoría de los casos, se trata de programas con una duración de un año, que sólo pueden servir como introducción del alumno al campo administrativo (cuadro 5). Los mismos se localizan de manera bastante más desconcentrada que los de administración, ubicándose en el Distrito Federal y ocho estados, cinco de los cuales están descentralizados (véase mapa). Quedan así otros nueve que carecen de programas de Administración y también de Salud Pública.

A continuación se procederá a un breve análisis de programas de Salud Pública en sus diferentes niveles académicos (licenciatura, especialidad y maestría). Nos interesa fundamentalmente ver si el programa tiene alguna intención de formar personal directivo y qué volumen de conocimientos administrativos incluye su plan de estudios.

Con nivel de licenciatura sólo existe un programa en el país, el de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, con una duración de cinco años.

El perfil del egresado detalla, dentro del conjunto de conocimientos que se espera haya adquirido, los que corresponden a administración de la siguiente manera (UAA, 1988): conocerá los principios, etapas y elementos del proceso administrativo; planteará, organizará, dirigirá y evaluará sistemas de salud del primer nivel de atención; propondrá, ejecutará y evaluará programas para solucionar problemas de salud, y evaluará métodos, programas y técnicas del sector salud.

Fundamentalmente el segundo punto explicitado nos induce a pensar que este profesional podría ocupar un puesto directivo en un centro de salud de primer nivel de atención.

Las materias del área administrativa previstas en el plan de estudios incluyen: proceso administrativo y técnicas administrativas, finanzas y contabilidad, mercadotecnia social, compras, administración de hospitales, administración de la salud, taller de administración de hospitales, taller de administración de la salud, recursos humanos y relaciones públicas. El rediseño de su plan de estudios en 1988 no introdujo ninguna modificación en el área administrativa (salvo en el número de créditos). Actualmente los contenidos señalados implican 58 horas clase semanales que equivalen a 18% del total del programa y se agrupan en los tres últimos semestres. Se le estaría dedicando aproximadamente un año de estudio al área, que es lo que dura el programa de especialidad en Administración de Hospitales del INSP y la maestría en Administración en Instituciones de Salud de la Universidad La Salle. Por lo tanto, resulta pertinente revisar brevemente sus contenidos.

Cuadro 5
Programas en Salud Pública

<i>Nivel académico</i>	<i>Institución</i>	<i>Estados</i>	<i>Duración (en años)</i>
1. Licenciatura	Univ. Aut. de Aguascalientes.	Aguascalientes	5
2. Maestría	Univ. Aut. de Baja California (Fac. de Medicina)	Baja California	2
3. Maestría	Esc. Militar de Graduados del Serv. de Sanidad	Distrito Federal	1
4. Maestría*	Univ. Autónoma de Hidalgo	Hidalgo	
5. Maestría	Univ. Autónoma de Guadalajara (Fac. de Medicina)	Jalisco	?
6. Especialidad	Univ. de Guadalajara (Esc. de Graduados)	Jalisco	1
7. Maestría	Univ. de Guadalajara (Esc. de Graduados)	Jalisco	2
8. Especialidad	Univ. Aut. del Edo. de México (Fac. de Medicina)	México	2
9. Maestría	INSP	Morelos	1
10. Maestría	Univ. Aut. de Nuevo León (Fac. de Salud Pública)	Nuevo León	1.5
11. Maestría	Univ. de Morelos (Div. de Posgrado)	Nuevo León	1
12. Especialidad	Univ. Veracruzana (Depto. de Salud Pública)	Veracruz	1

FUENTES: ANUIES, *Anuario Estadístico. Posgrado 1991*, México

Universidad Autónoma de Aguascalientes, *Plan de Estudios de la Licenciatura en Salud Pública*.

* Suspendida temporalmente.

Las materias impartidas ofrecen contenidos adecuados, se utiliza el enfoque tradicional del proceso administrativo y no se identifican contenidos como la planeación estratégica, el control de calidad, la coordinación de la participación social, los mecanismos de descentralización y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (Silos), etc. El curso de compras debería ser un poco más general e incluir todo el proceso de administración de recursos materiales. En cuanto a la secuencia observada, sería conveniente ofrecer primero administración de la salud y el taller correspondiente, antes de estudiar administración de hospitales, que es más específico. Creo que esto se lograría redistribuyendo los contenidos del área en los 10 semestres, de manera que sus contenidos pudieran irse consolidando poco a poco en el estudiante.

El programa de licenciatura en Salud Pública ha sido objeto de dos evaluaciones por parte de sus egresados (1988 y 1994). En el momento de aplicarse la última se había atendido ya a 10 generaciones, en las que ingresaron 273 alumnos, egresaron 112 y se titularon 38. La encuesta de 1988 fue respondida por 23 egresados.

De esta evaluación podemos concluir que la calidad del programa era fuertemente cuestionada, que pocos han tenido oportunidad de seguir estudiando y que esto se les tendría que facilitar ofreciendo posgrados locales y cursos de educación continua, incluso en sistema abierto (véase el Anexo III).

La evaluación realizada en 1994 mantiene sus cuestionamientos, aunque en algunos aspectos significaría una mejoría. Sin embargo, la misma sólo fue respondida por 2 egresados, por lo que al carecer de toda representatividad, omitimos mayores comentarios.

Con nivel de especialidad se ofrecen programas de Salud Pública en la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma del Estado de México y la Universidad Veracruzana. Sin embargo, no disponemos de ninguno de sus planes de estudios para analizarlos.

Finalmente, con nivel de maestría contamos con los programas de la Universidad Autónoma de Baja California, de la Escuela Militar de Graduados del Servicio de Sanidad, de la Universidad Autónoma de Guadalajara, de la Universidad de Guadalajara, del Instituto Nacional de Salud Pública, de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Universidad Montemorelos. Comentaremos brevemente algunos de ellos.

El primer programa de maestría en Salud Pública se inició en el Distrito Federal en 1922, en la Escuela de Salud Pública, que hoy forma parte del INSP, trasladado al estado de Morelos en 1989. Hasta 1987, 80% de los egresados de programas del área provenía de esta escuela y 51% de ellos trabajaba en áreas administrativas y normativas (Rodríguez Domínguez, 1990).

Dicho programa tiene entre sus objetivos el de organizar y dirigir sistemas locales de salud, manifestándose en el perfil del egresado que contará para ello con el dominio teórico, metodológico y técnico que le permita optimizar los recursos existentes. El programa tiene una duración de un año, en el que el área administrativa ocupa 160 horas-clase, lo que representa aproximadamente 15% del total, pudiendo ofrecer sólo los fundamentos de la disciplina. Paralelamente, el INSP desarrolla el programa de maestría en Salud Pública en Servicio que, si bien dura dos años, permite al estudiante seguir desarrollando su actividad laboral y no exige de tiempo completo como los otros programas. Sus objetivos son similares pero el campo profesional definido habla en este caso de la inserción del egresado en los niveles directivos de los sistemas de salud, desarrollando funciones estratégicas o tácticas en las regiones sanitarias del país. Aunque su plan de estudios no estipula tiempos, consta de muchos más contenidos gerenciales que el programa anterior y está pensado para contribuir al proceso de descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud.

El programa de la Universidad de Guadalajara dio inicio en 1977 y tiene una duración de dos años. Su objetivo es la formación de profesionales capacitados para realizar investigación, docencia y extensión en las ciencias de la salud pública. Como puede verse, no se plantea la formación para los servicios y, menos aún, para dirigirlos. El 74% de sus alumnos es enviado por instituciones del mismo estado, 22% proviene de otros estados del país (fundamentalmente del noroeste) y 4% es extranjero. El 71% de los estudiantes es de formación médica, seguido por cirujanos dentistas, trabajadores sociales y psicólogos.

gos. A partir de la séptima generación han empezado a tener mayor presencia otras profesiones. No reportan egresados que se hayan desarrollado como directivos (García de Alba, 1990). Aprobando el primer año se obtiene el certificado de estudios de Salud Pública y con el segundo año se accede al grado de maestro en Ciencias de la Salud Pública que contempla siete posibles áreas de especialización, una de las cuales corresponde a Administración de Servicios de Salud (Universidad de Guadalajara, s/f).

Finalmente, el programa de la Universidad Autónoma de Nuevo León fue aprobado en 1972 y tiene una duración de once meses de cursos y seis meses dedicados a trabajo de campo y elaboración de tesis. Entre sus objetivos se plantea el de planear, dirigir y evaluar programas de salud pública. El módulo de administración de la salud pública cuenta con 215 horas y representa 15% del total de la maestría. Incluye sólo dos unidades referidas a: administración general y administración de la atención médica y de hospitales. Nuevamente, aunque se desconocen los contenidos específicos, se supone que no es posible profundizar demasiado en ese tiempo. La maestría prevé especializaciones pero ninguna es en el área administrativa.

De los ejemplos que hemos podido analizar surge que el porcentaje de conocimientos impartidos en disciplinas administrativas es aún menor al 30% que se había supuesto *a priori*. Analizando estos porcentajes y la duración de los programas pensaríamos que es la licenciatura la que más se acerca a brindar una formación en el campo, seguida de la maestría en Salud Pública en Servicio.

Un aspecto final por considerar es que no todos los programas señalados son gratuitos y, aunque a los funcionarios les suele cubrir los gastos de colegiatura su institución, no puede desconocerse que directa o indirectamente este aspecto funciona como barrera en el acceso a los programas de posgrado. Al menos en el caso de los programas del INSP, dichos costos varían entre N\$3 000 y N\$18 000 en los programas de especialidad en Administración de Hospitales y maestría en Salud Pública en Servicio respectivamente, para estudiantes nacionales.

Con una mínima posibilidad de conocimientos administrativos existen algunos programas como el de Investigación de Servicios de Salud (ENEP-I, UAM-I) y Medicina Social (UAM-X).⁵

Finalmente, existe un conjunto de programas en áreas administrativas y afines, no necesariamente referidos a salud, pero que podrían coadyuvar a la formación de sus directivos. Se trata por ejemplo de maestrías en Administración Pública y Desarrollo Regional y Municipal. Sin embargo, de acuerdo con la investigación realizada, su presencia en el sector salud resulta insignificante.⁶ Pueden encontrarse programas con

⁵ Sólo se encontró un egresado del primer programa y ninguno del segundo entre los 264 funcionarios encuestados o entrevistados dentro de la investigación.

⁶ Sólo se encontraron 15 casos dentro del personal directivo encuestado (264 funcionarios) con posgrados en Administración, Administración Pública, Administración de Empresas, Costos, Economía Industrial, Informática Administrativa, Econometría y Economía Regional, Mercadotecnia, Contraloría Gubernamental y Planificación. Sólo tres de los anteriores tenían formación de licenciatura en Medicina. Los 15 casos se presentaron en los estados de Colima, Guanajuato, Guerrero, México, Nuevo León, Tabasco y Tlaxcala.

estos contenidos en las entidades siguientes: Baja California, Campeche, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, México, Nuevo León, Querétaro, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán. Su aprovechamiento por el sector salud permitiría ampliar la cobertura de los programas académicos en áreas administrativas. Sin embargo, aún así, parte de los estados descentralizados permanecen sin ningún programa de posgrado en el área. Se trata, según ANUIES, 1991, de Baja California Sur, Guanajuato, Guerrero, Sonora, Tlaxcala y Colima (este último sólo tiene una especialidad en Administración dirigida a enfermeras).

Concentración estudiantil y personal docente

Para poder evaluar cuál es el nivel de utilización de los pocos programas detectados en Administración de Salud y Salud Pública, recurrimos nuevamente a la información de ANUIES para 1992 (cuadro 6).

Como puede verse, los promedios de los tres posgrados en Administración de Salud incluidos en las estadísticas de ANUIES muestran niveles de utilización y eficiencias terminales muy bajas. Aún quitando el de la Universidad La Salle que apenas se iniciaba, tendríamos promedios de 12 de primer ingreso, 26 de primer ingreso y reingreso y 5.5 egresados. También en el INSP estos indicadores son muy bajos para las maestrías, de las cuales no se reporta información en el cuadro. Ésta no es, por otra parte, una situación coyuntural, sino que es representativa de la tendencia que se ha venido presentando. A título de ejemplo, en 1991 el promedio de ingreso fue de 7 personas y el de egresos de 1990 fue de 6 en especialidades y 13 y 4, respectivamente, en maestrías (Cardozo, 1993). Podemos estimar en aproximadamente 40 el total de personas formadas en el área, por año, en todo el país y sin incluir los egresados del ISEM no informado por ANUIES. Esto resulta absolutamente insuficiente frente a las necesidades detectadas entre los niveles directivos, donde sólo un 8.8% de los funcionarios encuestados tiene un posgrado en Administración, en un universo de 230 personas.

Los promedios referidos a programas de Salud Pública resultan mucho más aceptables, con 18.5 egresados por programa, aunque, con una formación mínima en el área administrativa. Hay que destacar que este número ha venido disminuyendo, ya que en 1990 hubo un promedio de 83 egresados de especialidad y 40 en maestría.

En relación con el personal docente que labora en los mismos, los datos disponibles se resumen en el cuadro 7.

Si consideramos que un docente de posgrado debe realizar actividades de investigación y, en la medida de lo posible, también actividades de servicios como forma de estar actualizado y apegado a la evolución de la realidad respecto de la cual ejerce su enseñanza, un programa de excelencia académica debería contar con un alto porcentaje de docentes de tiempo completo, algunos de medio tiempo y pocos docentes por horas. Sin embargo, el análisis del cuadro 7 nos muestra que esto sólo se cumple en la Universidad Autónoma de Guadalajara y en la Escuela Militar de Graduados del

Cuadro 6
Concentración nacional de la población estudiantil por programa de posgrado (1992)

Programas	Institución	Primer ingreso	Primer ingreso y reingreso			Egresados
			H	M	T	
En Administración de Salud*:						
Esp. en Administración de Hospitales.	INSP	9	5	4	9	10
M. en Administración de Sistemas de Salud	UNAM	15	18	25	43	1
M. en Administración en Instituciones de Salud	Univ. La Salle	0	2	0	2	0
Total		24	25	29	54	11
Promedio de los tres programas		8.0	8.3	9.7	18.0	3.7
En Salud Pública:						
M. en Salud Pública	U.A.B. California	7	10	3	13	0
M. en Salud Pública	Esc. Militar	1	0	1	1	3
M. en Salud Pública	U.A. de Guadalajara	0	0	0	0	9
Esp. en Salud Pública	U. de Guadalajara	24	0	24	24	15
M. en Salud Pública	U. de Guadalajara	23	28	12	40	18
Esp. en Salud Pública	U.A. del Edo. de México	58	79	33	112	40
M. en Salud Pública	INSP	44	30	14	44	52
M. en Salud Pública	U.A. de Nuevo León	21	13	8	21	23
M. en Salud Pública	U. de Morelos	5	1	4	5	0
Esp. en Salud Pública	U. Veracruzana	31	15	16	31	25
Total		214	176	115	291	185
Promedio de los 10 programas		21.4	17.6	11.5	29.1	18.5

FUENTE: ANUIES, *Anuario Estadístico. Posgrado 1991*, México.

* No se incluyeron los datos de las maestrías del INSP porque la información se refiere al tronco común correspondiente a las cuatro maestrías en ciencias que se estudian allí. Tampoco se incluyó la maestría a cargo del ISEM por no estar incorporada en la información de ANUIES.

Servicio de Sanidad, pudiendo resultar aceptable, aunque en mucho menor grado, la situación del INSP. En el otro extremo resultan inaceptables casos como los de la Universidad La Salle y la Universidad Autónoma del Estado de México, que funcionan exclusivamente con docentes por horas (ni siquiera el coordinador cumple tiempo completo). Tampoco resultan admisibles las relaciones docentes/programas atendidos

de la Universidad Autónoma de Baja California y la Universidad de Guadalajara. En resumen, los programas de Administración dependen fundamentalmente de docentes por horas y en mucho mayor proporción que los de Salud Pública. Si comparamos estos resultados con un análisis similar realizado en 1991 (Cardozo, 1993), encontramos que prácticamente se mantienen los mismos promedios, lo que hace dudar profundamente de la calidad de la enseñanza impartida.

Otro indicador del grado de calidad de los programas analizados lo constituye el hecho de que sólo los impartidos por el INSP se encuentran incorporados al padrón de excelencia del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt).⁷

Concluimos entonces que los programas de posgrado en Administración de Salud son pocos, presentan pocos estudiantes en proceso y baja eficiencia terminal y sólo algunos garantizan una dedicación de su personal docente mínimamente aceptable como condición necesaria para obtener la excelencia académica.

Papel de la educación continua

La educación continua tiene un doble objetivo: por un lado, sirve para actualizar a quienes ya tienen una formación previa en relación con problemas, enfoques o metodologías nuevas dentro de una disciplina; y por otro, permite capacitar para el desempeño de una función ajena a la formación previa del capacitado, cuando éste no puede someterse a un proceso formal que le permita una profundización como la que puede ofrecerle un posgrado.

La última situación es la que se presenta a muchos médicos cuando acceden a un puesto directivo. Como ya se analizó, la formación de quienes ocupan mandos superiores y medios es bastante limitada en el área administrativa y existen restricciones importantes, fundamentalmente financieras, para que estos cursen estudios de posgrado, lo que se refuerza con la información referida a los pocos programas académicos existentes en el área y la baja participación de estudiantes en los mismos. Esto hace que la educación continua, en el área en estudio, adquiera una importancia estratégica como medio para alcanzar los conocimientos administrativo-gerenciales suficientes. Una rápida revisión de antecedentes de educación continua en América Latina y México en particular, nos muestra que: en la década de los sesenta, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendaba a las escuelas de medicina organizar departamentos de evaluación médica que proporcionaran “asistencia técnica a la planeación institucional y pedagógica y a la realización de investigación educativa”. En 1971, viendo las dificultades que se tenían para avanzar en este campo, la OPS promovió la realización en Washington del Primer Taller sobre Educación en Ciencias de la Salud, que contó con el apoyo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y en el que participaron 15 profesores provenientes de escuelas de medicina, odontología, enfermería y salud pública de diversos países de América Latina, con una duración de siete

⁷ Parecería que esto también sucede en el caso de la maestría del Colegio de la Frontera Sur, pero no fue posible confirmarlo.

Cuadro 7
Personal docente de posgrado y programas atendidos (1992)

	<i>Tiempo completo</i>	<i>Medio tiempo</i>	<i>Por horas</i>	<i>Total de docentes</i>	<i>Núm. de programas atendidos</i>
En instituciones con programas en Administración de Salud:					
Univ. Autónoma B. California (Fac. de Medicina)	3	0	4	7	2
Univ. La Salle (Dir. de Estudios de Posgrado en Investigación)	0	0	90	40	11
UNAM (Fac. de Contaduría y Administración)	28	8	192	228	13
INSP (Esc. de Salud Pública de México)	52	0	17	69	9
Subtotal	83	8	303	394	35
Promedio por programa	2.4	0.2	8.7	11.3	
En instituciones con programas en Salud Pública:					
Univ. Autónoma de Guadalajara (Fac. de Medicina)	95	13	0	108	19
Univ. de Guadalajara (Esc. de Graduados)	28	0	150	178	59
Esc. Militar de Graduados del Servicio de Sanidad	93	10	7	110	28
Univ. Autónoma del Edo. de México (Fac. de Medicina)	0	0	53	53	9
Univ. Autónoma de Nuevo León (Fac. de Salud Pública)	3	0	24	27	1
Univ. de Morelos (Dir. de Posgrado)	7	5	0	12	2
Univ. Veracruzana (Depto. de Salud Pública)	6	3	25	34	1
Subtotal	232	31	259	522	119
Promedio por programa	1.9	0.3	2.2	4.4	

FUENTE: ANUIES, *Anuario Estadístico. Posgrado 1991*, México.

semanas. El objetivo fue adiestrar en el uso de procedimientos aplicables al análisis y planeación institucionales, tanto en sus aspectos administrativos como docentes. A partir de ese momento se percibe un interés progresivo por el desarrollo de metodologías, fundamentalmente para el aprendizaje de adultos en este ámbito (Villarreal, 1971).

En 1980 se inició un movimiento evaluativo, crítico y propositivo respecto de lo que se había venido realizando. La revisión de las conclusiones de seminarios y congresos de esa época muestra un diagnóstico coherente y compartido que incluye, entre otros problemas, “la ruptura entre la formación y las cuestiones efectivas de los servicios, la distancia entre la teoría y la práctica y la fragmentación de los procesos de educación a través de cursos que reproducen el modelo atomizado de las disciplinas. La contribución de la formación a la solución de los problemas del servicio es muy escasa, lo cual afecta seriamente su propia eficacia” (Sotelo, 1990, p. 51). Los esfuerzos por superar estos problemas indujeron al desarrollo de investigación educativa para la salud, incluyendo entre sus principales líneas: identificación de necesidades, políticas educativas y de salud, desarrollo del proceso educativo, diseño curricular y evaluación del proceso educativo y de su efecto en los servicios. En la búsqueda de nuevas modalidades de educación continua, resalta el trabajo fomentado por la OPS que permitió preparar, a partir de 1985, una propuesta de “reorientación de la educación permanente en la región de las Américas”. “La citada propuesta privilegia el proceso de trabajo como eje central del aprendizaje y hace énfasis en la capacidad humana de crear conocimiento nuevo a partir de la discusión y el análisis conjunto y participativo de los problemas reales, de sus causales y de las implicaciones que las alternativas de solución tienen en la búsqueda de la transformación de la práctica de salud, objetivo esencial del acto educativo” (Sotelo, 1990 p. 84). Un planteamiento como éste provoca muchas resistencias pero se ha ido imponiendo como paradigma dominante.

En México, también en 1985, la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), hoy integrada al INSP, realizó un inventario nacional de recursos para la enseñanza de la salud pública en general y encontró que sólo se brindaban 35 cursos de educación continua y 14 programas de posgrado. Lamentablemente no sabemos cuántos de ellos se referían a administración, pero seguramente era aún un porcentaje pequeño. Además, 80% de los egresados había estudiado en la ESPM y, de ellos, 23% se ubicaba en áreas de hospitales, 51% en áreas administrativas y normativas, 18% en unidades de atención primaria y 8% en áreas académicas. Finalmente, un estudio del Conacyt del mismo año señalaba que 190 profesores que trabajaban en ocho programas del área sometida a análisis habían publicado durante los cinco años previos un total de 55 artículos en revistas nacionales e internacionales, con un índice anual de publicaciones de 1.57 por programa y de 0.3 por profesor (Rodríguez D., 1990). Los datos anteriores nos señalan la extremada concentración de estudios en el Distrito Federal, la ubicación predominante de los egresados en áreas administrativas y normativas y la baja productividad en investigación que induce a pensar en una enseñanza poco dirigida a los problemas reales del país.

Entre los problemas que aún subsisten en educación continua hay que señalar la dispersión de acciones, consecuencia de una planeación no coordinada entre las organizaciones que la ofrecen; la falta de una verdadera continuidad en la adquisición de conocimientos, consecuencia de un diseño desarticulado de cursos; la falta de reconocimiento institucional del esfuerzo del alumno, no sólo mediante incentivos materiales y promociones, sino también de índole moral, y la falta de acercamiento de

la educación continua al lugar donde el funcionario presta sus servicios y a las necesidades de capacitación. Algunos de estos problemas y la vinculación de la formación, actualización y capacitación con los procesos descentralizadores se trató de encarar en la Organización Mundial de la Salud, a través de uno de sus informes técnicos (OMS, 1989).

Es importante reconocer en México el importante esfuerzo realizado por el IMSS y otras instituciones menores, paralelo al de la SSA, vinculado a la educación continua del personal directivo, de cuya experiencia puede aprenderse para la descentralización de servicios de salud a población abierta.

Con el desarrollo en los años cincuenta de la administración de hospitales como disciplina, se inician los esfuerzos de capacitación mediante el envío por parte del IMSS de un grupo de médicos y contadores que viajan a estudiar en universidades de Estados Unidos (Ruíz de Esparza, 1992).

En una ponencia presentada en 1992 (Lifshitz, 1992), se analiza la evolución del contenido académico de los programas en cuestión, identificándose los siguientes periodos:

1) 1973-1977. Se brindaban cursos para directivos de unidades de atención médica, jefes de departamento clínico y coordinadores del sistema médico familiar, con una duración variable entre una semana y seis meses. En cuanto a su contenido administrativo, los cursos cortos incluían sólo nociones básicas, y los extensos profundizaban en el análisis del proceso administrativo, la toma de decisiones, el liderazgo y el manejo del conflicto.

2) 1978-1980. Se impartieron “cursos de oposición para ocupar puestos de confianza”, de corta duración y donde el que mejor se desempeñaba ocupaba la plaza vacante. Esto no se utiliza en la SSA y podría constituir un importante elemento motivador que coadyuvara a un mejor desempeño del personal directivo, pero implica abandonar pautas de comportamiento político muy arraigadas.

3) 1983-1985. Se organizó en 1983 un curso de administración básica para directivos de la jefatura de servicios de enseñanza e investigación, que sirvió como antecedente a la implantación en 1989 del curso de formación básica para personal aspirante a desempeñar funciones directivas en el IMSS, con una duración de un mes y en el que se capacitaron 383 personas. Fue un curso que combinaba conferencias con metodologías participativas y que incluía entre los contenidos de nuestro interés, los siguientes: administración básica, procesos psicosociales de los grupos, manejo de conflictos, educación de adultos, teoría general de sistemas, desarrollo organizacional, grupos operativos, motivación, etc. Esta experiencia muestra un nivel de conciencia respecto de la necesidad de capacitación administrativa del médico aspirante a un cargo directivo, que aún hoy no existe en la SSA, donde ni siquiera se le pide como requisito un curso breve de formación básica.

4) 1986. Dadas las políticas de desconcentración aplicadas por el IMSS, y por tanto el incremento en la necesidad de capacitar al personal directivo, el curso anterior comenzó a dictarse en los 10 centros médicos del país. Se capacitaron así 100 personas

mediante el curso formación de instructores para la capacitación de médicos directivos, de un mes de duración, con la intención de que ellos reprodujeran el curso. Las delegaciones más activas (Nuevo León, Jalisco y núm. 1 noroeste del Distrito Federal) capacitaron con esta dinámica a 688 personas. De nuevo, si bien la SSA ha realizado esfuerzos para llevar docentes a las regiones, no ha impulsado suficientemente esta idea de reproducción local o regional de los cursos impartidos, descentralizando así la enseñanza, como se ha pretendido hacerlo con los servicios.

5) 1990. Se elaboró el plan de capacitación para personal directivo con la participación de 19 directores de unidades de atención médica del Distrito Federal y el Estado de México, de los tres niveles de atención. El plan incluyó tres subprogramas: formación, capacitación y cambio de nivel jerárquico. El primero era un curso formal de cuatro meses de duración. El segundo era variable, según las necesidades de actualización del directivo en funciones. El tercero implicaba un adiestramiento en servicio por parte de su jefe inmediato superior, en los temas en que fuera necesario, cuando el directivo en funciones obtenía un ascenso. El primer curso renovó sus contenidos anteriores incluyendo conceptos modernos relativos a trabajo en equipo, administración con enfoque a la calidad y la administración participativa. Originalmente estaba dirigido a médicos, pero luego se incluyeron otras profesiones, aumentando su enfoque multidisciplinario.

6) 1992. En el momento en que se presentó la ponencia estaba a punto de implantarse un curso de cinco unidades didácticas: trabajo en equipo, investigación y docencia, administración de calidad, seguridad social y programas institucionales.

Una evaluación realizada en 1988, en relación con este proceso, mostró que los egresados de los cursos conservaban sus puestos directivos, muchos habían ascendido a otros de alta dirección, cuatro habían fallecido y sólo 3% había desertado de la carrera directiva.

Otra importante experiencia recuperable (García Romero, 1992) es la desarrollada por los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, que también han implantado procesos de desconcentración. Ellos sintieron la necesidad de capacitar a todos los directivos para que compartieran un lenguaje común y similares criterios de decisión. Eso significaba someter a un proceso educativo a 125 personas, disponiendo de un tiempo relativamente corto para que dichos directivos no se ausentaran demasiado de su trabajo. Podía ser algo más o menos simple en cuanto a actualización y planteamiento de problemas y experiencias entre quienes ya tenían un posgrado en Administración de Hospitales; pero era bastante complejo para despejar dudas, aliviar inquietudes y dar herramientas para cumplir sus funciones a los demás.

Se decidió iniciar la capacitación para los 21 directores de hospitales y siete funcionarios de nivel central mediante un curso intensivo de seis semanas, con una metodología tradicional y en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Este no pudo cumplir su cometido por cargas de trabajo ya planeadas, por lo que la responsabilidad se asignó entonces a una empresa privada con experiencia y prestigio en el sector (Centro de Ciencias de la Salud), que lo impartió entre enero y

marzo de 1992. Los contenidos se organizaron en cinco módulos que cubrieron, entre otros, los siguientes temas: administración del tiempo, habilidades para mejorar la comunicación, trabajo del binomio jefe-secretaria, teoría de modelos y su aplicación en los sistemas de atención médica, diagnóstico situacional, resolución de problemas con base en el poder y la información disponibles, funciones administrativas en el marco del Programa Operativo Anual y evaluación de resultados mediante técnicas como costo-beneficio, complementadas con el análisis de la calidad personal de cada directivo. Se obtuvo un excelente resultado a partir de una relación personal, directa y abierta entre los participantes, a la que contribuyó fuertemente la organización de actividades sociales paralelas a los estudios.

En una segunda etapa, que se inició en mayo de 1992 con una duración de cinco meses, se capacitó a 100 funcionarios de hospitales a través de educación a distancia, utilizando como tutores del programa a los directores de hospitales capacitados en la etapa anterior. Se concibió como educación a distancia la que se imparte mediando una separación geográfica entre maestro y alumno, a través del uso de por lo menos un medio de comunicación impreso o grabado y visitas de seguimiento de parte de los coordinadores, lo que le permite al educando continuar en su trabajo habitual y aplicar de inmediato lo aprendido en su práctica cotidiana, a un costo relativamente bajo. Cada hospital debía disponer de una biblioteca con al menos 12 libros de autores nacionales y extranjeros sobre temas gerenciales y los tutores debían organizar reuniones periódicas para la discusión de los nuevos conocimientos y sus posibles aplicaciones, intentando volverse un modelo para los educandos en cuanto a sus actitudes y conducta. Los preceptores del centro educativo se reunirían dos días al mes, en tres sedes geográficamente distribuidas en el país (ciudad de México, Tampico Madero y Villahermosa), con los funcionarios capacitados. Los excelentes resultados obtenidos se deben a características como:

- a) La comunicación abierta, de preferencia cara a cara entre participantes, tutores y preceptores;
- b) la coherencia entre los temas de estudio y la realidad en que trabajaban los educandos;
- c) la ayuda inicial intensiva por parte de los tutores, y
- d) los ejercicios y prácticas que obligatoriamente debían efectuarse sobre situaciones reales del trabajo de los directivos participantes.

Finalmente, es digna de mención la actividad que en este sentido ha desarrollado el CIESS (Garza R., 1992), que desde 1964 ha impartido ininterrumpidamente hasta la actualidad, los cursos de organización y dirección de servicios médicos, incluyendo conceptos básicos, metodología administrativa y desarrollo gerencial. Desde 1984, se ha añadido a los temas tradicionales de planeación, programación y departamentalización, materias como economía y sociología de la salud, imprescindibles para ubicarse en los periodos de crisis económica y social que se han atravesado. En la actualidad incluyen temas como sistemas de información, fuerza de trabajo, modelos de atención

médica, análisis de financiamiento y evaluación de servicios y mejoría continua de la calidad de la atención médica. Duran cuatro semanas de tiempo completo. El CIESS también imparte diplomados y cursos fuera de la sede de México, con la colaboración de organismos de seguridad social, salud y educación de otros países y de carácter internacional como OPS. Entre los diplomados que imparte la sede mexicana, se encuentra el de Administración de Hospitales que incluye: administración participativa, administración de servicios, planeación estratégica, formación gerencial, formación tecnológica, etc. En 1992 se estimaba en 1700 los funcionarios que habían sido capacitados por el CIESS desde su inicio.

Hay que destacar que si bien el CIESS se dirige especialmente a la capacitación de funcionarios de la seguridad social, existen convenios con la SSA que permiten también la participación de los funcionarios de ésta. Las restantes instituciones que ofrecen programas especialmente dirigidos a los directivos que nos interesan en el estudio, son el Centro de Capacitación y Desarrollo (Cecade) de la SSA, los Sistemas Estatales de Salud en sus entidades y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). También participa con una oferta de programas dirigidos tanto al sector público como al privado, la Asociación Mexicana de Hospitales.

Un breve análisis de la oferta de cursos de educación continua en los últimos años muestra, para 1992, la realización de 43 cursos administrativos, 8 en áreas afines y 35 en computación, en el centro (Distrito Federal y Morelos). Estos implicaron un promedio de 76 horas-clase, 31 alumnos y un costo de N\$300 por persona. En 1993 se programaron 44 cursos administrativos en áreas afines y 45 en computación. El promedio ponderado de los correspondientes al primer semestre, incluyó 45 horas-clase, 44 alumnos y un costo de N\$158. En 1994, con la información parcial de sólo dos instituciones, tendríamos 21 cursos programados en temas administrativos, 2 en áreas afines y 11 en computación, con un promedio ponderado de sólo 31 horas-clase (cuadro 8).

Entre los datos de 1992 hay que destacar que el promedio de 31 alumnos se alcanza por la participación de 135 estudiantes en cuatro cursos organizados por el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), siendo altamente dudoso el aprovechamiento del alumno en grupos de tamaño tan grande.

En 1993 el número de alumnos se eleva y el costo promedio baja gracias a los cursos gratuitos de computación ofrecidos por el Centro Nacional de Capacitación y Productividad del IMSS. También se eleva el promedio de alumnos a raíz del curso de 18 horas de duración con 500 participantes desarrollado por la Asociación Mexicana de Hospitales, que tiene más la imagen de un ciclo de conferencias que de un verdadero curso de educación continua.

Considerando que las denominadas “áreas afines” pueden contener a lo sumo 30% de conocimientos administrativos, en 1992 se habrían ofrecido 3 450 horas-clase, que aproximadamente triplican la duración de una especialidad como la de Administración de Hospitales del INSP, redundando en un nivel muy bajo de capacitación y actualización.

Los cursos planeados en 1994 por el INSP resultan pertinentes a nuestro interés de

investigación, ya que varios están especialmente dedicados a aspectos gerenciales vinculados a la descentralización de servicios y el desarrollo de los Silos.

El programa de Cecade, de 28 cursos en total, había previsto hasta el mes de agosto la realización de 26 actos académicos. En realidad se ofrecieron 36 y frente a una participación estimada de 485 directivos se obtuvieron 705. Esto muestra un gran esfuerzo frente a los 19 cursos que el Cecade programó en 1993 y los 7 de 1992. Sus temas son amplios pero pertinentes y sus usuarios diferenciados por niveles jerárquicos.

De las otras instituciones (CIESS y la Asociación Mexicana de Hospitales) no fue posible obtener la programación del año en curso, por lo que no es posible elaborar un cuadro agregado de la oferta completa.

Los cursos de educación continua están abiertos a todo tipo de participantes en el caso del INSP y la Asociación Mexicana de Hospitales. El CIESS, como ya se mencionó, los dirige a los funcionarios de seguridad social pero pueden participar los de la SSA. Sin embargo, en la práctica, su participación es mínima. El INAP sólo organizó en 1992 cursos por convenio dirigidos a subdirectores y jefes de departamento de las áreas de recursos humanos, financieros, materiales y obras, conservación y mantenimiento. Finalmente, el Cecade desarrolla desde 1992 su programa específico para directivos y profesores y lo dirige fundamentalmente a personal del área central, pero también pueden participar los funcionarios estatales.

Asimismo, conviene recordar que sólo los cursos de Cecade son gratuitos.

Todos los cursos antes señalados se desarrollan de manera concentrada en el Distrito Federal y el estado de Morelos, por lo que resultan poco accesibles para las entidades alejadas.

Complementariamente, las subdirecciones de enseñanza de los estados organizan cursos en su entidad. Las entrevistas realizadas a 12 de los 14 encargados de esta área en los estados descentralizados muestran que sus actividades se programan, en general, con base en el diagnóstico de necesidades que realiza el Cecade anualmente. Lamentablemente, el mismo es poco significativo porque se envía a todos los funcionarios, pero es contestado voluntariamente, lo que redundo en que no es ni un censo completo ni una muestra representativa de todo el universo (Cardozo, 1994).

Las actividades que los encargados consideran fundamental desarrollar incluyen contenidos de administración en general, administración pública, administración de sistemas de salud, gerencia, salud pública e investigación en temas de planeación estratégica, habilidades directivas (toma de decisiones, comunicación, relaciones humanas, liderazgo, motivación, etc.), desarrollo organizacional, programación y presupuestación, supervisión, control y evaluación, análisis de calidad, análisis de costos, coordinación, administración de personal, auditoría, y computación, como apoyo a las funciones anteriores.

En cuanto a las actividades efectivamente desarrolladas en el área de enseñanza administrativa a nivel estatal, seis subdirectores no pudieron brindar la información ya que no la tienen desglosada por áreas. Los datos correspondientes a los restantes se resumen en el cuadro 9.

Como puede verse, existe un promedio de casi 24 cursos por estado informado,

Cuadro 8
Cursos de educación continua realizados en 1992 y programados en 1993 y 1994 a nivel central

<i>Institución</i>	<i>Año</i>	<i>Adminis- trativos</i>	<i>Áreas afines</i>	<i>Compu- tación</i>	<i>Horas- clase por curso</i>	<i>Alumnos*</i>	<i>Costos N\$</i>
INSP	1992	11	2		58	19	550
Cecade	1992	4		3	30	23	0
Asociación Mexicana de Hospitales	1992	12			25	29	150
CIESS	1992	12	6	32**	125	20	405
INAP	1992	4			150	135	0
Total	1992	43	8	35			
Promedio ponderado	1992				76	31	300
INSP	1993	10			49	15	600
Cecade	1993	15		4	30	25	0
Asociación Mexicana de Hospitales	1993	4			41	190	250
CIESS	1993	15	3		110	?	385
Centro Nacional de Capacitación y Productividad	1993			41	30	?	0
Total	1993	44	3	45			
Promedio ponderado	1993				45	44	158
INSP	1994	5	1		33		
Cecade	1994	16	1	11	28		
Total***	1994	21	2	11			
Promedio ponderado	1994				31		

FUENTES: M. Cardozo, "Formación administrativa de recursos humanos para la descentralización en salud", *The Journal of Health Administration Education*, Estados Unidos, vol. II, núm. 4, otoño de 1993.

Cecade, *Programa de educación continua 1994*, México, D.G. de Enseñanza en Salud/Subsecretaría de Reg. y Fomento Sanitario/SSA, s/f.

INSP, *Programa de educación continua 1994*, Cuernavaca.

NOTAS: * En 1993 los promedios son los referidos a los cursos realizados en el primer semestre.

** No incluidos en el promedio de horas-clase por carecer de la información correspondiente.

*** En 1994 sólo se contó con información del INSP y Cecade.

entre los que destacaría Guerrero, pero, como se señala en la nota del cuadro, es altamente probable que la mayor parte de estos no sean administrativos. Si quitamos esta entidad, el promedio baja a 21.2 de casi 18 hrs. de duración, que es una buena cantidad si responde a las necesidades detectadas, como sucede en Aguascalientes y

Colima. Tlaxcala, por su parte, muestra una enorme concentración en un tema en detrimento de los demás.

Si relacionamos la cantidad de cursos por funcionario de mandos medios o superiores, los resultados son muy variables. Los promedios más altos corresponden a Aguascalientes, estado pequeño en que se muestra un esfuerzo importante de capacitación, y en Guerrero, donde ya manifestamos la poca confiabilidad del dato. En el extremo opuesto aparece Colima y Tlaxcala, también entidades de pequeñas dimensiones y en las que habría que destacar que la última tiene serios problemas de formación de su personal directivo. Su cercanía con el Distrito Federal podría explicar que prefieran enviar a su personal a capacitarse allí en lugar de hacer el esfuerzo a nivel local; sin embargo, no se nos brindó información al respecto.

El promedio de participantes es también una cantidad adecuada, en el sentido de que son suficientes para justificar el esfuerzo, y no son excesivos como para dificultar el aprendizaje. El número más bajo corresponde a Colima, lo que muestra poco aprovechamiento de los también pocos cursos ofrecidos. El análisis anterior se basa en el supuesto de que todos los cursos informados hayan sido tomados por personal directivo, condición que lamentablemente no fue posible confirmar.

También informaron nueve subdirectores sobre los cursos de educación continua que el personal a su cargo tomó fuera de su institución durante 1993. La información se resume en el cuadro 10.

Dicho cuadro contiene nuevamente datos de los cuales no existe total certidumbre, pero da al menos una idea de la poca oportunidad que tienen los funcionarios de algunos estados para capacitarse fuera. Destaca nuevamente Colima (2 asistentes) y además Guerrero y Nuevo León (3 asistentes). Entre los lugares seleccionados para capacitarse sobresalen el Distrito Federal (probablemente en el Cecade, SSA), Morelos (INSP) y los ITESM de Tabasco y Estado de México. Con presencia regional aparecen Jalisco y Sonora.

Finalmente, los subdirectores de enseñanza de nueve estados informaron sobre el personal directivo que durante 1993 estuvo comisionado para realizar estudios de posgrado (cuadro 11).

De la información presentada se deduce (quitando el caso dudoso de Guerrero, y el de Tlaxcala que informó cualitativamente) un promedio por estado de 3.25 funcionarios en formación, entre los que aparecen dos casos específicamente referidos a enfermería. Los anteriores representan 4.33% del personal de mandos medios y superiores en sus estados. Si consideramos que durante la investigación de detección de necesidades (Cardozo, septiembre de 1994) se encontró que sólo 8.8% de estos funcionarios tenía formación administrativa, y suponiendo que no hubiera movilidad, se tardaría, por esta vía, 21 años en formarlos a todos. Hay que resaltar, además, que resultan amplia mayoría las personas en formación en salud pública con un programa de tiempo completo de un año, o bien, uno de tiempo parcial de dos años. Si descartamos estos, los referidos a enfermería y los que no especificaron su información, sólo tenemos dos casos, en Nuevo León y Tabasco, realizando especialidades en temas administrativos. Además de ser un número insignificante, el esfuerzo es llevado a cabo por dos

Cuadro 9

Cursos administrativos y de apoyo brindados por las subdirecciones de enseñanza, por estados descentralizados

<i>Estado</i>	<i>Temas</i>	<i>Núm. de cursos</i>	<i>Núm. de cursos por funcionario</i>	<i>Hrs. duración promedio</i>	<i>Núm. promedio de participantes</i>
Aguascalientes	Programación presupuestal Normatividad Calidad Rel. y desarrollo humano Gerencia Admón. por objetivos Evaluación Formación de instructores Computación	37	0.8	9.1	21.9
Colima	Normatividad Silos Admón. de recursos humanos Liderazgo Org. y met. en admón. pública Calidad Computación	9	0.2	11.7	11.1
Guerrero	No especificó	61*	0.8	6.5	13.8
Sonora	No especificó	24	0.3	13.9	29.3
Tabasco	No especificó	23	0.4	?	21.5
Tlaxcala	12 cursos de relaciones humanas 1 curso de computación	13	0.3	24.6	20.8
Promedios totales		23.9	0.5	7.8	25.7

FUENTE: Entrevistas aplicadas durante la investigación a los subdirectores de enseñanza.

* Fueron dirigidos al área directiva, pero seguramente incluye sesiones clínicas.

Cuadro 10
Cursos de educación continua en administración tomados fuera de la institución,
por estados descentralizados

<i>Estados</i>	<i>Núm. cursos</i>	<i>Núm. asistentes del estado</i>	<i>Duración total</i>	<i>Lugar</i>
Baja California Sur	7	11	170	6 México, Distrito Federal 1 Hermosillo, Sonora
Colima	2	2	60	1 Guadalajara, Jal. 1 Sin especificar
Guanajuato	No especificó	4	No especificó	No especificó
Guerrero	1	3	120	1 Diplomado, Toluca, Edo. de México (ITESM)
Morelos	3	24*	No especificó	2 México, Distrito Federal 1 Morelos (INSP)
Nuevo León	3	3	315	Morelos (INSP)
Querétaro	No especificó	184**	No especificó	No especificó
Sonora	No especificó	8	No especificó	No especificó
Tabasco	4	132**	No especificó	1 Morelos (INSP) 2 Dipl. Tabasco (ITESM) 1 OPS, no especificó lugar

FUENTE: Entrevistas aplicadas durante la investigación a los subdirectores de enseñanza.

* Se trata del número de administrativos que participaron, no necesariamente personal de mandos superiores y medios.

** Se trata del número de participantes en general, no se sabe cuántos son administrativos y, menos aún, directivos.

de los estados más ricos del país y con menores problemas de formación de su personal, lo que nos habla de un esfuerzo poco equitativo frente a las necesidades regionales en el país.

Es frente a las dificultades que se enfrentan en este sentido que cobra trascendental importancia una oferta importante y bien diseñada de cursos de educación continua.

Nuevamente, el INSP aparece como el formador por excelencia para el sector y, a nivel regional, sólo es citado el programa del Colegio de la Frontera Norte del cual, como ya se mencionó al referirnos a los posgrados en Administración en Salud, se desconoce mayor información.

<i>Cuadro 11</i>					
Personal comisionado para hacer estudio de posgrado en áreas administrativas por estados (1993)					
<i>Estado</i>	<i>Núm. personas</i>	<i>Programa</i>	<i>Institución</i>	<i>Lugar</i>	<i>Duración</i>
Colima	2	Maestría en Salud Pública en Servicio	INSP	Colima	2 años
Guanajuato	3	Especialidad no especificada	No esp.	No esp.	No esp.
Guerrero	10*	7 Especialidades no especificadas 3 Maestría en Salud Pública	Varias INSP	No esp. Morelos	1 año 1 año
México	1	Esp. en Administración de Servicios de Enfermería	No esp.	No esp.	1 año
Morelos	7	3 Maestría en Salud Pública 4 Maestría en Salud Pública en Servicio	INSP	Morelos	1 año 2 años
Nuevo León	1	Especialidad en Desarrollo de Sistemas de Salud	Col. Frontera Norte	Tijuana, B.C.	1 año
Querétaro	1	Maestría en Salud Pública	INSP	Morelos	1 año
Sonora	8	Maestría en Salud Pública Maestría en Salud Pública en Servicio	INSP	Morelos Sonora	1 año 2 años
Tabasco	3	1 Esp. en Salud Pública 1 Esp. en Admón. de Serv. de Salud 1 Esp. en Enfermería en Salud Pública	No esp.	No esp.	No esp.
Tlaxcala	No esp.	Maestría en Salud Pública Maestría en Salud Pública en Servicio	INSP	Morelos Tlaxcala	1 año 2 años

FUENTE: Entrevistas aplicadas durante la investigación a los subdirectores de enseñanza.

* Es muy probable que todas o una parte sustantiva de las siete especialidades referidas lo sean en áreas clínicas, no administrativas.

Oferta educativa por estados

En cuadros anteriores hemos identificado a qué estados pertenecen los programas de licenciatura y posgrado que se desarrollan en administración de la salud y salud pública. Aquí pretendemos ordenarlos por estados, agregando los programas que pudieran relacionarse con los que nos interesan, aunque sea de manera indirecta (ej.: administración pública, desarrollo regional, de enfermería, etc.). Incluimos, además de los 14 estados con servicios descentralizados de salud, a las restantes entidades, con la intención de identificar la posible oferta regional que supla con menores costos y esfuerzos la falta de programas estatales.

El cuadro 12 muestra que cinco de los 14 estados descentralizados carecen de todos los tipos de programas de estudio, tres sólo tienen programas de Administración General o Pública, uno sólo ofrece un programa en Administración de Servicios de Salud dirigido a enfermeras, dos tienen programas en Salud Pública y en Administración para Enfermeras, uno tiene únicamente programa en Salud Pública y, finalmente dos concentran los programas que son de nuestro especial interés (Administración en Salud, no específicos para enfermería).

Aquí faltaría agregar la maestría en Salud Pública en Servicio que bajo el sistema semipresencial brinda el INSP en todos los estados del país menos en Baja California Sur, Querétaro, Tabasco, Chiapas, Hidalgo y Michoacán (INSP, 1994.).

Entre los estados no descentralizados presentados en el cuadro 13 hay ocho sin ningún tipo de programas, cuatro con programas en Administración Pública y otros afines, uno con los anteriores y Administración dirigido a enfermería, uno tiene programas en Salud Pública y Administración para enfermería, uno tiene sólo programa de Administración para Enfermería, uno tiene únicamente Salud Pública y el Distrito Federal presenta todo tipo de programas (salvo para enfermería), siendo el único que tiene los programas especialmente de nuestro interés.

Es difícil, viendo la débil oferta de programas de los estados no descentralizados (salvo en los numerosos posgrados en áreas afines), pensar que estos pudieran ofrecer oportunidades de formación para los directivos de las otras entidades dentro de su región. Tal vez Baja California podría apoyar a Baja California Sur y Sonora, y el Distrito Federal a Tlaxcala, Querétaro y Guanajuato.

Es más probable que los estados descentralizados con carencias totales sean apoyados por otros también descentralizados y cercanos. Así, Jalisco puede ayudar al desarrollo de Aguascalientes, Colima y Guanajuato, y Morelos a Querétaro.

Finalmente, parece imperioso crear algún programa en el sur del país, probablemente en Tabasco que es el estado con mayor desarrollo económico-social de la zona, que sirviera a ese mismo estado y a Quintana Roo, apoyando también a las entidades no descentralizadas de la zona, como Campeche, Oaxaca, Chiapas, Yucatán y, en menor grado, Veracruz.

Cuadro 12
Programas de Administración en Salud, Salud Pública y otros afines, por estados descentralizados 1992

<i>Estado</i>	<i>Programas</i>					<i>Niveles</i>		
	<i>Administración en Salud</i>		<i>Salud pública</i>		<i>Otros</i>	<i>Licencia- tura</i>	<i>Especia- lidad</i>	<i>Maestría</i>
	<i>General</i>	<i>Enfermería</i>	<i>General</i>	<i>Enfermería</i>				
Aguascalientes			X			X		
B. California Sur								
Colima		X					X	
Guanajuato								
Guerrero					Administración General			X
Jalisco		X					X	
				X			X	
			X					X
			X					X
México					Admón. Pública Estatal		X	
			X				X	
					Investigación Serv. Salud			X
Morelos	X							X
	X						X	
				X			X	
			X					X
	X							X
	X							X

Nuevo León					Administración Pública			X
		X						X
			X					X
			X					X
Querétaro					Administración Pública			X
Sonora								
Tabasco					Administración Pública		X	
Tlaxcala								
Quintana Roo								
Total	4	3	8	2	6	1	9	13

FUENTES: ANUIES, *Anuario Estadístico Posgrado 1991*, México.

U.A. de Aguascalientes, *Plan de estudios de la carrera de salud pública*, 1988.

ISEM, *Plan de estudios de la maestría en administración de sistemas de salud*, 1993.

Cuadro 13

Programas de Administración en Salud, Salud Pública y otros afines, por estados no descentralizados (1992)

Estado	Programas					Niveles		
	Administración en Salud		Salud pública		Otros	Especialidad	Maestría	Doctorado
	General	Enfermería	General	Enfermería				
Baja California					Desarrollo Regional		X	
		X				X		
				X		X		
			X				X	
Campeche					Admón. Pbca. Estatal	X		
Coahuila		X				X		
Chiapas								
Chihuahua					Admón. Alta Gerencia		X	
Distrito Federal					Administración Pública		X	
					Administración Pública		X	
					Administración Pública		X	
					Administración Pública		X	
	X						X	
					Administración Pública		X	
					Administración Pública			X
	X						X	
			X			X		
Durango					Administración Pública		X	
					Administración Pública		X	

Hidalgo								
Michoacán								
Oaxaca								
Puebla								
San Luis Potosí								
Sinaloa								
Tamaulipas					Administración Pública		X	
		X				X		
		X				X		
Veracruz			X					
						X		
Yucatán					Econ. y Admón. Pbca.		X	
Zacatecas								
Total	2	4	3	1	13	7	15	1

FUENTE: ANUIES, *Anuario Estadístico. Posgrado 1991*, México.

Programas demandados y reconocidos por los directivos de la salud

La encuesta aplicada al personal de mandos medios y superiores de los estados con servicios descentralizados de salud reveló que son muy pocos los funcionarios que expresan el deseo de estudiar una licenciatura o emprender programas de posgrado (cuadro 14).

Entre las instituciones reconocidas por los funcionarios para llevar a cabo estos estudios destaca por su recurrencia el INSP y figuran además otras 17 (véase Anexo IV).

Es, en general, a través de la educación continua como los directivos conciben sus posibilidades de capacitación y actualización. El INSP sigue siendo la institución más reconocida para este tipo de programas. Adicionalmente a la lista de oferentes de licenciatura y posgrados, que en general también son considerados como alternativas en materia de educación continua, se identificaron otras 25 instituciones. (véase Anexo IV).

Los directivos se plantean en casi todos los casos estudiar en su propio estado o hacerlo en el Distrito Federal o INSP del estado de Morelos. Es muy difícil que piensen en acudir a una institución con impacto regional fuera del centro del país. Entre las excepciones sólo figuran:

- Universidad de San Diego, citada en Baja California Sur.
- Universidad del Estado de México, citada en el estado de Colima.
- Universidad de Guadalajara, citada en los estados de Colima y Sonora.
- Colegio de la Frontera Norte, identificado en Nuevo León.
- Universidad Autónoma de Sinaloa, citada en Sonora.
- Universidad de Puebla, citada en Tlaxcala.
- Universidad de Guanajuato, identificada en Aguascalientes.

Finalmente, muchos directivos manifiestan no tener información de los lugares en los que podrían llevar a cabo los estudios que desean.

Experiencias innovadoras de enseñanza en administración de salud

Los programas de posgrado y educación continua en Administración de Salud son pocos, es dudosa su calidad a causa de la baja disponibilidad de docentes, sobre todo de tiempo completo, y por lo tanto, la probabilidad de que generen aprendizajes significativos. Constituyen posibles causas de ello un nivel insuficiente de conocimientos de los docentes en su disciplina y la falta de habilidad pedagógica para recrearlos con los alumnos. Lamentablemente no existe investigación sobre la calidad de la enseñanza impartida en el área que nos permita conocer la exacta magnitud del problema. Sin embargo, es posible señalar algunas características de la práctica profesional que dificultan el desarrollo del conocimiento en el alumno, así como ciertas innovaciones que pueden facilitarlos (Cardozo, 1993).

Cuadro 14

Programas de licenciatura o posgrados solicitados por los directivos (por estados)

Estado	Núm. de solicitudes de programas de				Total	Total de directivos encuestados
	Licencia- tura	Especia- lidad	Maestría	Doctorado		
Aguascalientes	0	1	1	0	2	13
Baja California Sur	0	0	0	0	0	10
Colima	0	0	0	0	0	12
Guanajuato	0	2	7	0	9	32
Guerrero	0	0	3	0	3	13
Jalisco	0	1	7	2	10	22
México	1	1	3	3	8	37
Morelos	2	0	1	0	3	12
Nuevo León	0	0	1	0	1	17
Querétaro	0	0	3	0	3	9
Quintana Roo						
Sonora	0	1	1	0	2	28
Tabasco	0	0	0	0	0	18
Tlaxcala	0	1	2	1	4	12
Total	3	7	29	6	45	235

Figuran entre las características no recomendables:

1) El desconocimiento de las presentes necesidades de formación, capacitación y actualización y la previsión de las futuras, como prerrequisito para proponer y ejecutar un nuevo plan de estudios.

2) La falta de secuencia lógica en los cursos de educación continua que resulten una verdadera alternativa a la formación de posgrado.

3) Diseño incompleto de planes de estudio de programas académicos (como mínimo debieran incluirse objetivos, perfil del candidato, mapa curricular y organización de contenidos, instrumentación didáctica, campo y práctica profesional y perfil del egresado).

4) Estructura curricular con base en asignaturas aisladas que provocan programas académicos con una visión fragmentada de la realidad.

5) Insuficiente vinculación de teoría y práctica, y de docencia, investigación y servicio, que deja al estudiante la responsabilidad de la integración de los conocimientos recibidos.

6) Acentuado enciclopedismo que dificulta el desarrollo de habilidades críticas y creativas en el estudiante.

7) Exposición magistral dentro de una concepción tradicional de la docencia,

caracterizada por la autoridad indiscutible de un maestro que se considera poseedor de todo el conocimiento, generando pasividad y dependencia del alumno.

8) Programas que no se evalúan y rediseñan periódicamente con amplia participación de docentes, egresados, funcionarios y alumnos.

Entre las experiencias positivamente innovadoras, considero importante mencionar:

1) Los esfuerzos por realizar diagnósticos y pronósticos, aunque sea parciales, de necesidades de enseñanza administrativa (Cecade, INSP, INAP, CIESS, etcétera).

2) La revisión continua de programas académicos (INSP) intentando integrar los contenidos curriculares alrededor de programas de la práctica profesional y provocar un ejercicio docente más participativo.

3) La reproducción en los estados de programas de educación continua del Distrito Federal en los que han participado directivos del interior del país, apoyándose en estos como docentes o tutores y disponiendo de material didáctico apropiado así como de una infraestructura mínima en un centro urbano accesible para toda una región (IMSS y Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos).

4) El diseño de programas de capacitación dirigidos al personal aspirante a desempeñar funciones directivas, donde el que mejor se desempeñe es seleccionado para ocupar el puesto vacante (IMSS).

5) Los esfuerzos por brindar continuidad a los programas de educación continua (INSP).

6) El impulso al desarrollo de Cecade estatales en los estados de Querétaro y Morelos.

7) Los proyectos de Educación a distancia basados en la elaboración de materiales didácticos apropiados (CIESS con asesoría de la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España e INSP a través del Sistema Semipresencial de la maestría en Salud Pública en Servicio).

8) Los programas educativos transmitidos vía satélite (CIESS y Programa Mexicano de Educación en Salud, Cemestel).

9) La elaboración de material didáctico (estudios de caso, modelos de simulación, etc.) que promueva aprendizajes profundos y duraderos, a través de la motivación del estudiante mediante el análisis de situaciones que respondan a sus necesidades personales, sociales o nacionales y con un nivel de complejidad adecuado a los objetivos perseguidos, evitando el traslado mecánico de materiales diseñados para la enseñanza en el sector privado o en otros países con problemáticas diferentes. Esto contribuye a contrarrestar el rechazo inicial que generalmente provocan las áreas cuantitativas y técnicas en los profesionales de la salud (Cardozo, 1989).

10) El apoyo a los que se trasladan a estudiar al centro del país (Distrito Federal o Morelos) con alimentación y hospedaje a precios accesibles y en el mismo lugar o cercano a donde se desarrollan los eventos académicos (CIESS).

Conclusiones y propuestas

El material revisado, aunque incompleto, permite avanzar en el conocimiento del número y características de los diferentes programas educativos que brindan formación administrativa al personal directivo de salud, así como opinar y realizar propuestas en relación con su pertinencia frente a los problemas gerenciales del sector en las entidades del país con servicios descentralizados y a su distribución geográfica.

Las conclusiones alcanzadas pueden resumirse en:

1) Insuficiente cantidad de programas de formación (seis en 1991) y de educación continua (43 cursos de 76 horas-clase promedio en 1992 y 44 de 45 horas-clase promedio en 1993) en el área para superar la ausencia relativa de conocimientos administrativos del personal directivo de la salud (91.2% de los funcionarios encuestados carece de un posgrado en dicha disciplina; 65.9% carece tanto del anterior como de un posgrado en salud pública y, en promedio, han tomado en su vida profesional siete cursos de educación continua, de los cuales recuerdan tres).

2) Falta de una reglamentación que uniforme la duración de los programas por niveles. Se sugiere homogeneizar a un año para especialidades y dos para maestrías.

3) Tendencia a la estructuración de los contenidos de los mapas curriculares con base en asignaturas aisladas, sin referencia a los problemas reales de la práctica y excepcionalmente integrados a través de ejes curriculares y niveles de formación, donde a menudo su ubicación resulta forzada. Sería conveniente complementar este análisis con las opiniones de docentes y alumnos sobre la operatividad de los programas en el área.

4) Nula importancia atribuida a la definición del enfoque didáctico que fundamenta el programa, así como a la formación pedagógica de los docentes.

5) Ausencia de prácticas de campo en varios programas, lo que contribuye a desvincular los aprendizajes de los problemas que es necesario resolver en la realidad.

6) Falta de congruencia en algunos programas entre objetivos, contenidos y perfil del egresado, fundamentalmente en cuanto a formación de docentes.

7) Ninguna referencia al compromiso social del egresado en los perfiles correspondientes y pocas a las características personales de tipo gerencial (innovación, crítica, reflexión, adaptabilidad, liderazgo, negociación, etcétera).

8) Contenidos pertinentes y actualizados en general, pero con necesidad de ser complementados en algunos aspectos y de cambiar su secuencia.

9) Total concentración de los programas en el centro del país (Distrito Federal, Morelos y Estado de México).

10) Existencia de 12 programas de posgrado en Salud Pública, complementarios de los anteriores, con 15 y 18% de contenidos administrativos, aunque sin mayores pretensiones de formar personal directivo, en los que sólo la licenciatura de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y la maestría en Salud Pública en Servicio del INSP podrían lograr una formación relativa en el área de nuestro interés, por su duración y contenidos.

- 11) Pocos participantes y baja eficiencia terminal en los programas en estudio.
- 12) Costos importantes relativos a la colegiatura de algunos programas, que actúan como barreras al acceso de formación.
- 13) Baja relación entre docentes y programas atendidos y poca dedicación de los primeros a su actividad, lo que hace dudar de la calidad de la enseñanza, fuertemente cuestionada en el único programa que informa haber aplicado una encuesta entre egresados para conocer sus opiniones.
- 14) Existencia de cinco estados descentralizados sin ningún tipo de programa de posgrado (Administración o Salud Pública): Baja California Sur, Guanajuato, Sonora, Tlaxcala y Quintana Roo; varias de estas entidades tienen serios problemas con la formación de sus directivos.
- 15) Ausencia casi total de posgrados en Administración en el norte y sur del país.
- 16) Insuficiente cantidad de cursos de educación continua en el área, localizados de manera concentrada en el Distrito Federal y estado de Morelos, y diseñados sin la intención de brindar un conocimiento secuencial y creciente que intente remplazar la formación sistemática que puede brindar un posgrado.
- 17) Gran reconocimiento a los programas impartidos por el INSP, fundamentalmente a la maestría en Salud Pública en Servicio, con régimen semipresencial, que constituye el inicio de la descentralización de la enseñanza hacia todos los estados excepto seis, de los cuales tres están descentralizados: Baja California Sur, Querétaro y Tabasco.
- 18) Importante esfuerzo del Cecade por ampliar los cursos de educación continua que ofrece a directivos.
- 19) Distribución muy desigual de los cursos de educación continua que organizan las subdirecciones de enseñanza de cada entidad.
- 20) Existencia de una serie de experiencias innovadoras en la educación de Administración en Salud, dignas de ser imitadas.

Dada la enorme gravedad de las conclusiones anteriores en un contexto caracterizado por una tendencia de la administración pública hacia una mayor profesionalización y búsqueda de una eficiencia con niveles similares a los que se atribuye a la actividad privada, parece obvio el altísimo riesgo que corre el sector salud de quedar a la zaga de este proceso si no se introducen modificaciones de inmediato, principalmente en sus políticas educativas y de contratación y promoción de recursos humanos.

Si a lo anterior agregamos la probable y necesaria profundización de la estrategia descentralizadora en las 14 entidades sometidas a estudio, el problema se magnifica y seguramente lo haría mucho más si consideramos a los restantes estados del país que tendrían que iniciarse dentro de este proceso.

Las consecuencias de una administración ineficiente, de baja calidad y poco equitativa se harían sentir en la situación de salud de la población más marginada, impidiendo así a México el poder sustentar la imagen de bienestar social que debe acompañar los avances en materia de desarrollo económico en un país.

Es por todo lo anterior que con la intención de revertir algunos de los problemas detectados, se propone:

1) Ampliar la información dirigida a los directivos de la salud en cuanto al abanico de oportunidades de formación, financiamiento y hospedaje que ofrecen las instituciones del sector.

2) Desarrollar procesos continuos de evaluación y rediseño curricular de los programas existentes con amplia participación de docentes, egresados, funcionarios y alumnos.

3) Brindar más atención a la formación pedagógica del docente y a la elaboración de material didáctico adecuado para la enseñanza dirigida a profesionales adultos.

4) Ampliación de la oferta y sensibilización al tema mediante especializaciones en salud dentro de programas de formación genérica, como Administración Pública.

5) Buscar financiamiento de fundaciones y organismos internacionales que permitan ofrecer becas a los estudiantes o, al menos, absorber los costos de las colegiaturas.

6) Incrementar los esfuerzos por dotar a las instituciones educativas de personal docente de tiempo completo, capaz de vincular su actividad a la investigación y el servicio.

7) Ampliación de la oferta de cursos de educación continua diseñados para que, de manera progresiva y manteniendo la calidad, sea posible acumular créditos para la obtención de un posgrado.

8) Generar material didáctico que permita incrementar los cursos de educación continua a distancia mediante procesos de autoenseñanza.

9) Reorganización de la distribución geográfica de la oferta de programas existentes, fortaleciendo la formación de posgrados a cargo de las universidades de provincia con apoyo de las subdirecciones de enseñanza estatales y de instituciones centrales como el INSP.

10) Jerarquizar los cursos de educación continua en el ámbito estatal, regional, nacional e internacional de acuerdo con la cantidad de demandas, su distribución, disponibilidad de recursos y complejidad del contenido.

11) En concreto y en relación con los dos puntos anteriores se propone:

- Creación de un programa de posgrado en Administración de Servicios de Salud en el sur del país, de preferencia en Tabasco que cuenta con el mayor desarrollo económico social de la zona y que podría atender las necesidades de su propio estado y de Quintana Roo, además de apoyar a otros no descentralizados con grandes carencias como Campeche, Oaxaca, Chiapas, Yucatán y, en menor grado, el sur de Veracruz.
- Creación de varios centros de educación continua regionales, cuyo docentes sean capacitados, si es necesario, en el centro del país, para que los comiencen a reproducir "en cascada" en su zona. Existen experiencias previas en este sentido, por ejemplo, en Venezuela y Chile (Horwitz y otros, 1994), además de la ya comentada en México, desarrollada por los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. Los lugares propuestos serían Hermosillo (Sonora), Monterrey (Nuevo León), Guadalajara (Jalisco), Distrito Federal y Cuernavaca (Morelos) y Villahermosa (Tabasco).

12) Aprovechar la experiencia acumulada por organismos como OPS o programas como PNUD en materia de cooperación técnica entre países como la desarrollada desde 1979 en el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), para diseñar cursos muy especializados que, aún teniendo poca demanda nacional, puedan ser aprovechados y se justifiquen con participación internacional.

13) Brindar mayor reconocimiento a un desempeño eficiente frente a la antigüedad en el cargo, implementar mecanismos de promoción con base en cursos-concurso como los relatados en las experiencias del IMSS o, al menos, considerar los esfuerzos por capacitarse que realizan los funcionarios, ya que todas las propuestas anteriores carecerán de impacto mientras los directivos puedan alcanzar y mantenerse en sus puestos por razones ajenas al dominio de los conocimientos necesarios para su gestión.

Referencias bibliográficas

- ANUIES, *Catálogo de Posgrados 1990-1991*, México, mayo de 1991.
- , *Anuario Estadístico. Posgrado 1991*, México.
- Barahona, Rodrigo, "Desarrollo de servicios de salud y enseñanza de la administración en Centroamérica y Panamá", *Educación Médica y Salud*, OPS, vol. 23, núm. 3, 1989.
- Barrón Toledo, Jesús, "Características del posgrado en México", *El desarrollo del posgrado en la educación superior*, México, SEP/ANUIES, 1982.
- Campos, Miguel A., "La estructura didáctica", *Aportaciones a la didáctica de la educación superior*, México, ENEP (Iztacala), UNAM, 1979.
- Cardozo B., Myriam, "Material didáctico para la enseñanza en áreas cuantitativas y técnicas en programas de la administración de sistemas de salud", *The Journal of Health Administration Education*, EUA, Association of University Programs in Health Administration, vol. 7, núm. 4, 1989.
- , "Formación administrativa de recursos humanos para la descentralización en salud", *The Journal of Health Administration Education*, EUA, Association of University Programs in Health Administration, vol. II, núm. 4, otoño de 1993.
- , "Diagnóstico sobre formación administrativa del personal directivo para la descentralización en salud", México, DAP/CIDE, septiembre de 1994 (en prensa).
- Cecade, *Programas de educación continua 1992*, México, SSA.
- , *Relación de eventos de capacitación 1993*, México, SSA (mimeografiado).
- , *Programa de educación continua 1994*, México, Dirección General de Enseñanza en Salud/Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario/SSA.
- CISS, "Informe 1992 y Programa 1993", *XVI Asamblea General*, Acapulco, México, noviembre de 1992.
- , *Material audiovisual para la seguridad social bajo el sistema de enseñanza a distancia*, México, 1992.
- , *Preparación de material didáctico para la seguridad social bajo el sistema de enseñanza abierta y/o a distancia*, México, 1992.
- Espeleta, Justa, "Modelos Educativos", *Cuadernos de Formación Docente*, México, ENEP-Acatlán, UNAM, núm. 13, s/f.

- Flores, Asdrúbal, "Políticas de desarrollo del posgrado", *El desarrollo del posgrado en la educación superior*, México, SEP/ANUIES, 1982.
- García de Alba, Javier, "La maestría en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara", *Memoria de la XLIV Reunión Anual*, Morelia, noviembre de 1990.
- Garza Ramos, Juan, "El papel del CIESS en la formación de los directivos médicos de la seguridad social americana", *Memoria de la Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social*, México, CIESS, 1992.
- Hilgard, E.R. y G.H Bower, *Teorías del aprendizaje*, México, Trillas, 1973.
- Horwitz, Nina y otros, "Estudio evaluativo del programa de capacitación. Talleres de atención primaria" *Educación Médica y Salud*, OPS, vol. 28, núm. 2, 1994.
- Inhelder, B., *Aprendizaje y estructuras del conocimiento*, Madrid, Morata, 1975.
- INSP, *Programa de educación continua 1992*, Cuernavaca.
- , *Programa de educación continua 1993*, Cuernavaca.
- , *Programa de educación continua 1994*, Cuernavaca.
- , *Programas de posgrado 1995*, Cuernavaca, 1994.
- ISEM, *Plan de estudios de la maestría en Administración de Sistemas de Salud*, Dirección de Servicios de Salud/Subdirección de Enseñanza e Investigación/Departamento de Investigación, Toluca, noviembre de 1993 (mimeografiado).
- Larraguivel, Estela, "Reflexiones en torno a las teorías del aprendizaje", *Revista Perfiles Educativos*, Nueva Época, México, CISE-UNAM, núm. 2, 1983.
- Lifshitz G., Alberto, "Contenido académico de los programas para capacitar directivos", *Memoria de la Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social*, México, CIESS, 1992.
- Linger, Carlos, "Recursos humanos para los sistemas locales de salud", *Educación Médica y Salud*, OPS, vol. 23, núm. 3, 1989.
- OMS, "Gestión de recursos humanos para la salud", *Serie de informes técnicos*, Ginebra, núm. 783, 1989.
- OPS, "Estudio diagnóstico de la oferta académica en gerencia y administración en Centroamérica y Panamá", *Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP)*, Costa Rica, 1988.
- , *Educación médica y salud*, vol. 5, núm. 2, abril-junio de 1971.
- Palencia M., M. Cardozo y F. Chacón, "El proceso de diseño curricular de la maestría en Ciencias en Organización y Dirección de Sistemas de Salud del PROASA-México", Ponencia presentada a la Primera Reunión Académica de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Educación, México, marzo de 1987.
- Palencia M., E. Ruelas y G. Alvear, "La enseñanza en México de la administración de servicios de salud", *Revista de Administración Pública*, México, INAP, núms. 69-70, 1987.
- PASSPA, "Memorias del Seminario de Investigación", *Cuadernos de Investigación*, México, Dirección de Investigación y Desarrollo del Programa Solidaridad-SSA, núm. 1, septiembre de 1994.
- RESSCAP, *Informe Final de la Segunda Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá. Resolución V*, Tegucigalpa, 1986.
- Rodríguez Domínguez, José, "La formación de los recursos humanos para la salud pública", *Memoria de la XLIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública*, Morelia, noviembre de 1990.

- Ruelas, Enrique, "Nuevas alternativas de educación continua para directivos de servicios de salud", *Revista Salud Pública de México*, México, vol. 29, 1987.
- Ruiz de Esparza, Jorge, "Comentarios a la ponencia: Contenido académico de los programas para capacitar directivos", *Memoria de la Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social*, México, CIESS, 1992.
- Sotelo, Juan Manuel, "El recurso humano para la salud pública en América Latina", *Memoria de la XLIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública*, Morelia, noviembre de 1990.
- Tijerina, Lilitiana, "Formación de recursos humanos para la salud a nivel de posgrado" *Memoria de la XLIV Reunión Anual*, Morelia, noviembre de 1990.
- UNAM, "Maestría en Administración con Formación en Sistemas de Salud", México, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración, *s/f*.
- Universidad Autónoma de Aguascalientes, *Plan de estudios de la carrera de Salud Pública*, Aguascalientes, Centro Biomédico, Departamento de Salud Pública, 1988.
- , *Resultados de la encuesta de seguimiento de egresados*, Licenciatura en Salud Pública, enero de 1988 y agosto de 1994.
- Universidad Autónoma de Nuevo León, *Maestría en Salud Pública 1992-1993*, Monterrey, Facultad de Salud Pública, *s/f*.
- Universidad de Guadalajara, *Maestría en Ciencias de la Salud Pública*, México, Escuela de Graduados, *s/f*.
- Universidad La Salle, *Maestría en Administración en Instituciones de Salud*, México, Dirección de Estudios de Posgrado e Investigación, *s/f*.
- Villarreal, Ramón, "Educación médica ¿adaptación o cambio?", *Revista Educación Médica y Salud*, OPS, vol. 5, núm. 2, abril-junio de 1971.

Anexo I

Glosario de términos

Los principales términos empleados en el trabajo se definen a continuación:

Formación. Estudios universitarios para la obtención de grados y posgrado.

Posgrado. Máximo nivel de estudios en las instituciones de educación superior mexicanas. Incluye tres niveles de estudio: especialización, maestría y doctorado.

Especialización. Estudios dirigidos a mejorar tanto el nivel académico del personal docente como profesional. Profundiza en el campo restringido de una disciplina y capacita para la adaptación de métodos y técnicas a problemas específicos de la disciplina (Barrón T., 1982).

Maestría. Estudios dirigidos a formar profesionales en áreas específicas del conocimiento, capaces de realizar una investigación de carácter adaptativo, desarrollar su ejercicio profesional con alto nivel de especialización disciplinaria (Barrón T., 1982) y dedicarse al ejercicio de la docencia (Flores, 1982).

Doctorado. Estudios para preparar al profesionista para la investigación básica o aplicada de carácter original (Barrón T., 1982) y contribuir a la formación de recursos humanos (Flores, 1982).

- Ejes curriculares. Agrupación horizontal de contenidos afines dentro de un mapa curricular con el objetivo de asegurar la continuidad y correcta secuenciación de los mismos (ej.: eje metodológico).
- Niveles de formación. Corresponde a los temas o problemas que de manera gradual y progresiva va analizando el estudiante en su proceso ascendente de acceso al conocimiento. Estos organizan los contenidos disciplinarios del periodo en forma vertical dentro del mapa curricular (ej.: análisis del contexto).
- Educación continua. Programas de corta duración dirigidos a profesionales que buscan actualizar sus conocimientos o a aquellos que incursionan en un área nueva (ej.: médicos directivos) y requieren de capacitación en disciplinas no conocidas (ej.: administración). Generalmente no conforman un todo organizado de estudio, por lo que no equivalen a estudios de posgrado.
- Actualización. Actividades de enseñanza-aprendizaje dirigidas a la renovación de conocimientos de quien ya tiene una formación en el tema.
- Capacitación. Actividades de enseñanza-aprendizaje tendientes a desarrollar en el capacitado nuevos conocimientos y habilidades, sin reconocimiento universitario.
- Aprendizajes significativos. Incorporación de nuevos conocimientos, habilidades o destrezas en relación sustantiva con la estructura cognoscitiva del alumno (lo que ya sabe), por oposición al aprendizaje mecánico o por repetición.
- Conocimiento. Conceptos, teorías y metodologías que permiten la descripción y análisis de los fenómenos.
- Habilidades humanísticas. Características que permiten establecer procesos de interacción entre los individuos (ej.: comunicación, liderazgo, etcétera).
- Destreza. Idoneidad en el empleo de una técnica que permite la utilización eficiente de instrumentos, equipos o materiales (ej.: manejo de computadora).
- Salud pública. Campo multidisciplinario integrado fundamentalmente por epidemiología, administración y ciencias sociales, y dirigido al estudio de las necesidades de salud a nivel poblacional, así como a los servicios ofrecidos como respuesta social organizada para satisfacer a las anteriores.

Anexo II

Áreas temáticas prioritarias definidas en Centroamérica y Panamá (1988)

- 1) *Planificación y programación:*
 - Planificación
 - Planeamiento estratégico
 - Programación operativa
 - Diagnóstico administrativo
 - Planeación estratégica institucional
- 2) *Investigación y sistemas de información:*
 - Sistemas de información

- Sistemas de información gerencial
 - Investigación en salud
 - Estadística y matemática
- 3) *Organización y funcionamiento:*
- Modelos de organización
 - Análisis de políticas públicas
 - Mejoramiento y cambio de procesos organizacionales
 - Organización y funcionamiento de las unidades de salud
- 4) *Administración y desarrollo de recursos humanos:*
- Resolución de conflictos
 - Relaciones laborales
 - Evaluación del desempeño
 - Técnicas de negociación
 - Comportamiento organizacional
 - Liderazgo
 - Técnicas de comunicación
 - Administración de recursos humanos
- 5) *Administración financiera:*
- Análisis financiero
 - Análisis de costo-efectividad
 - Administración financiera en salud
- 6) *Administración de recursos materiales, físicos y tecnológicos:*
- Administración de suministros
 - Administración de recursos materiales y físicos
- 7) *Control de gestión:*
- Investigación de operaciones
 - Programación y supervisión del trabajo
 - Control de gestión
 - Toma de decisiones
- 8) *Epidemiología/enfoque de riesgo:*
- Epidemiología
- 9) *Administración de proyectos:*
- Planeación y control de proyectos de salud
 - Administración de proyectos

Anexo III

Resumen de resultados de la evaluación de la licenciatura en Salud Pública (1988)

Entre los resultados de mayor interés para nuestro trabajo figuran (UAA, enero de 1988):

El 8.69% se desempeña como funcionario de nivel superior o directivo.

El 56.52% opina que el programa no se apega a la realidad de la práctica profesional.

El 78.26% califica a su programa con 6.25 en una escala de 0 a 10.

El 39.13% califica de “regular” los conocimientos adquiridos para el ejercicio de su profesión.

El 43.47% evalúa como “regular” la organización académica y 8.69% la tipifica como “mala”.

El 43.47% califica como “regular” al personal docente y 4.34% dice que es “malo”.

El 34.78% dice que el sistema de enseñanza-aprendizaje es “regular” y 4.34% que es “malo”.

El 34.78% opina que es “regular” el sistema de evaluación y 13.04% que es “malo”.

El 60.86% de los egresados no ha seguido estudiando; de los restantes, 30.43% sólo ha tomado cursos de educación continua.

El 56.52% piensa realizar estudios de posgrado, y 82.60% desearía que se los brindara la UAA.

El 43.47% prefiere cursos de educación continua, 20.43% los demanda en sistema abierto.

Anexo IV

Instituciones reconocidas por los funcionarios para obtener formación administrativa

* En materia de licenciaturas y posgrados figuran:

CECAL (N. León)

Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, A.C.

Colegio de México

Instituto Nacional de Salud Pública, INSP

Instituto de Servicios de Salud en el Estado de México, ISEM

Instituto Tecnológico Autónomo de México, ITAM

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, ITESM
Universidad Anáhuac
Universidad Autónoma de Aguascalientes.
Universidad Autónoma de Puebla
Universidad Autónoma de Tlaxcala
Universidad Autónoma del Estado de México
Universidad de Guanajuato
Universidad del Bajío, A.C.
Universidad del Estado de Morelos
Universidad Iberoamericana
Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM
Universidad Veracruzana

* En materia de educación continua se agregan a las instituciones anteriores las siguientes:

Centro de Capacitación y Desarrollo-Secretaría de Salud, Cecade- SSA
CECAP (Sonora)
CEDES (Tlaxcala)
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, CIESS
COCIES (Edo. de México)
CONLAH (Sonora)
Colegio de Contadores (Aguascalientes)
Colegio de la Frontera Norte
Desarrollo Integral de la Familia, DIF
EDUCON (Sonora)
Gobierno de los Estados
ICATEM (Baja California Sur)
Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS
Instituto Nacional de Administración Pública, INAP-IAP Estatales
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI
Instituto Politécnico Nacional, IPN
Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, ISSSTE
Organización Panamericana de la Salud, OPS
Secretaría de Educación Pública, SEP
Sistemas Estatales de Salud, Sesa
Universidad Autónoma Metropolitana, UAM
Universidad de Colima
Universidad de San Diego (California, Estados Unidos)
Universidad de Sonora
Universidad Juárez de Tabasco

FUENTE: Entrevistas y encuestas aplicadas dentro de la investigación.