

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.



CIDE

NÚMERO 27

Myriam Cardozo Brum

**DIAGNÓSTICO SOBRE FORMACIÓN ADMINISTRATIVA DEL PERSONAL
DIRECTIVO PARA LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD**

Introducción

A partir de 1983, los servicios de salud destinados a la población abierta¹ a cargo de la Secretaría de Salud (SSA) iniciaron un proceso de descentralización de la federación a los estados y de estos a los municipios, que aún permanece inconcluso. Entre los problemas más graves de este proceso se encuentran la falta de autonomía financiera de las entidades federativas y la insuficiente capacitación administrativa del personal directivo encargado de asumir las nuevas funciones (Cardozo, 1993a).

Ante la ausencia de un diagnóstico adecuado que identifique las características de los perfiles de los ocupantes de los puestos de nivel estratégico y táctico (mandos superiores y mandos medios), así como sus necesidades de formación, capacitación y actualización, y las dificultades que les impide satisfacerlas, se acordó en el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) la realización de un proyecto sobre el tema que cuenta además con el apoyo financiero del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). El presente documento informa y analiza los resultados obtenidos en la primera etapa del mismo, cubriendo 13 de las 14 entidades federativas cuyos servicios de salud, de primer y segundo nivel, han sido descentralizados.

Marco teórico

El personal directivo de la salud requiere de un doble conocimiento: el específico de su sector y el de carácter administrativo, que le permita un buen desempeño de las funciones de organización y dirección. Aún reconociendo que en el desempeño de éstas juegan un papel importante algunos rasgos de personalidad (sensibilidad, comprensión, don de mando, liderazgo, etc.), que coadyuvan a lo que algunos autores consideran el “arte” de dirigir; el conocimiento de las técnicas administrativas complementa y desarrolla con mayor profundidad dichas características. Por esta razón llama la atención la poca importancia que se le ha atribuido a la formación del personal directivo en estos aspectos, sobre todo en contextos de modernización neoliberal, donde resultan muy probables las reducciones en el número de funcionarios ocupados.

La problemática de este administrador, que para el caso que nos interesa es un administrador público de la salud, ha sido muy poco estudiada. En 1991, a 25 años de creada la revista *Educación médica y salud* (OPS/OMS, 1991), ésta había dedicado al tema de educación en áreas administrativas seis artículos que correspondían a 1.08% de su producción total. Esto da una idea de la mínima importancia relativa que hasta ese momento se le había otorgado al tema. Resalta entre ellos el número dedicado a la evaluación del Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), que incluyó un artículo de Carlos Linger dedicado al tema de Formación de

¹ Consultar en el Anexo 1: Glosario de términos.

Recursos Humanos para la Descentralización y el Desarrollo de Sistemas Locales de Salud (Silos), y otro de Rodrigo Barahona sobre Enseñanza de la Administración en Centro América y Panamá (OPS/OMS, 1989). A continuación se analizan los trabajos más relevantes de los cuales se tiene conocimiento (Cardozo, 1993b).

Bernardo Kliksberg estudia el papel del administrador en el sector social (salud, educación, etc.), identificándolo como un gerente social. Manifiesta que el desempeño de éste se ve obstaculizado por la existencia de mitos o ideas arraigadas sin demostración en el medio en que se desarrolla. Entre estos incluye: 1) "la teoría del derrame", que supone que el crecimiento económico medido por los indicadores tradicionales (producto interno bruto, total y per cápita) se traducirá automáticamente en mayor bienestar de la sociedad en su conjunto; 2) el supuesto de que el gasto social estaría mejor invertido si se dedicara a otras áreas; 3) el prejuicio de ineficiencia congénita de la gerencia social, y 4) la visión que supone que la implementación de las políticas sociales se realiza mediante una ejecución mecánica de lo formulado, desconociendo los conflictos políticos, las negociaciones, las modificaciones en la asignación de recursos, etc., que se producen durante esta etapa. Kliksberg presenta ejemplos latinoamericanos que muestran resultados opuestos a los mitos anteriores o, por lo menos, la ausencia de una investigación científica seria que los confirme.

Para que la política social pueda avanzar, ésta plantea la necesidad de articular las instituciones que componen el sector público social, de la misma manera que se ha venido consolidando un sector público económico. Asimismo, plantea la necesidad de articular estos dos sectores y políticas entre sí, así como la necesidad de modificar los mecanismos tradicionales y paternalistas de definición vertical de los programas sociales, dando cabida a la participación de la población.

Para lograr lo anterior, Kliksberg indica que son imprescindibles nuevos modelos organizacionales, no convencionales, de carácter descentralizado, con alta flexibilidad y gran participación social, fundamentalmente en el nivel municipal.

El gerente social capaz de desempeñarse adecuadamente en un contexto como el descrito, no es necesariamente, para Kliksberg, ni el médico en salud o el maestro en educación, ni tampoco el administrador descontextualizado que supone que los problemas se resuelven manejando las estructuras burocráticas formales, al margen de los problemas sociales y las presiones políticas. Así, coincide con nuestra idea inicial de la necesidad de integrar dos tipos de conocimientos.

Entre los rasgos que Kliksberg destaca en este gerente social se encuentran dos: 1) un cambio en las estructuras mentales básicas que permita, por ejemplo, la sustitución de una mera proyección de datos del pasado hacia el futuro por una verdadera prospectiva que tome en cuenta los eventos imprevistos y sea capaz de pensar en términos de escenarios múltiples, definiendo estrategias para cada caso, a fin de lograr la flexibilidad y la capacidad de adaptación requerida, y 2) una alta sensibilidad hacia las necesidades de la comunidad, tal como ella las percibe.

El primero de estos rasgos también se resalta en el artículo citado de Carlos Linger. Él plantea la necesidad de utilizar el enfoque de planificación estratégica de recursos humanos basado en las propuestas de Mario Testa y Carlos Matus, abandonando la idea

de que el personal de salud es un recurso neutral del proceso y recuperando la propuesta de que la administración y la toma de decisiones están a cargo de individuos con ideas, creencias, concepciones, cuotas de poder y subjetividades propias.

Asimismo, Juan Manuel Sotelo, representante de OPS en México (Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1990) coincide en plantear la necesidad de un enfoque estratégico basado en los postulados de Testa y Matus (que dentro del sector salud es identificado como método Cendes-OPS), así como una actitud que favorezca la participación de la sociedad civil dentro del proceso de descentralización. Entre las críticas que plantea a las características del médico destaca su formación bajo el paradigma flexneriano, que le impone una visión mecanicista, biologicista e individualista dirigiendo a estos profesionistas a valorar la especialización clínica, la tecnificación y el énfasis en los aspectos curativos; características que están muy lejos de prepararlos como gerentes de la salud pública. Propone un cambio educativo que responda a las necesidades de la práctica, para lo que es preciso, entre otras sugerencias, realizar investigaciones para identificar las necesidades de formación, para el desarrollo de diseños curriculares, de su aplicación y evaluación y definir políticas educativas de salud.

También recuerda que la modificación de políticas de salud requiere la reconversión del personal y que la formación de recursos humanos con una nueva mentalidad necesita aproximadamente una década.

En la misma revista, José Rodríguez Domínguez, director general de Medicina Preventiva de la SSA y ex director de la Escuela de Salud Pública de México, y Óscar Borunda Falcón, entonces presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., reconocen que el primer problema para la planificación de los recursos humanos en salud pública en general, es que se desconoce la cantidad y tipo de personal que se requiere, así como su distribución geográfica y por servicios, faltando, además, una visión prospectiva del problema, lo que provoca una evolución caprichosa de escuelas y programas en el área. Se suponía que esto se resolvería con base en el Informe Técnico No. 783 de OMS, el cual promovía la realización de un inventario del personal capacitado y la formación complementaria, como el apoyo a la descentralización, entre otras medidas.

Los dos rasgos señalados por Kliksberg también los plantea Paulo Motta (OPS/OMS, 1985) al analizar las características del administrador público de la salud, en tanto gerente público. Motta opina que el trabajo de éste es mucho más complejo que el que se desarrolla en la actividad privada, porque además de tener que lograr resultados que indiquen el cumplimiento de objetivos en un contexto de escasez de recursos, el gerente público carece de autonomía y control sobre los recursos que se le asignan, y debe rendir cuentas de su gestión, lo que lo enfrenta a un mayor formalismo burocrático. Para lograr lo anterior, el administrador debe combinar capacidad gerencial y compromiso social. El primer aspecto implica asumir una visión estratégica del futuro, desarrollar habilidades para conducir una organización mediante procesos de adaptación y transformación del ambiente (basados en continuas innovaciones, actualización de conceptos y metodologías administrativas), habilidades interpersonales y grupales para la conducción del proceso psicosocial de la organización, en búsqueda

de un mayor impacto o efectividad en el contexto social amplio, que supere el enfoque microorganizacional de gestión, guiada meramente por los criterios de eficacia y eficiencia.

El compromiso social, por su parte, implica una formación en términos de valores culturales y desarrollo de sensibilidad para percibir demandas y, más aún, necesidades de la población, de manera que se puedan formular y aplicar políticas efectivas.

En cuanto a Barahona, él ya planteaba en 1989, en *Educación Médica y Salud*, que el contexto estable, predecible y poco competitivo del pasado, había permitido un éxito relativo de fórmulas gerenciales basadas en el sentido común y la experiencia de un grupo ejecutivo con poca disposición al riesgo. Sin embargo, el advenimiento de cambios rápidos y la gran escasez de recursos hizo necesarias nuevas destrezas y estilos gerenciales. Estos debían incluir una inteligencia flexible, habilidades técnicas modernas, temple emocional, búsqueda de la efectividad, buen manejo de condiciones de incertidumbre, compromiso con los valores fundamentales y una ética de costo-efectividad de la asignación de recursos. Este listado coincide nuevamente con los rasgos de capacidad gerencial y compromiso social de P. Motta, pero se centra en las nuevas responsabilidades delegadas por los procesos descentralizadores en el sector. Considera que los ejecutivos de la salud necesitan trascender la práctica sanitaria propiamente dicha, incursionando en campos de economía, política y administración relacionados con los procesos de planificación, gestión y aplicación de recursos.

Ruelas y otros (1990 y 1991) también han realizado trabajos importantes para detectar los problemas específicos de los administradores de la salud en el ámbito hospitalario, tanto público como privado. Entre los problemas no comunes a otros tipos de directivos encontraron: 1) problemas perceptuales, debidos a un entrenamiento fundamentalmente clínico que no coincide con las expectativas de un directivo; 2) problemas derivados de la realización de tareas que requieren conocimientos y técnicas administrativas, y 3) problemas estructurales relativos al diseño organizacional en que se mueven.

En este trabajo, los autores reconocen como problemas por resolver: la insuficiente formación administrativa de los médicos, la valoración que hacen de la capacitación clínica como superior a la gerencial, las rígidas características de su formación de pregrado, la falta de tiempo de quienes ocupan puestos importantes en las jerarquías hospitalarias (lo que dificulta su acceso a conocimientos administrativos), los recursos financieros cada día más escasos en las instituciones y la poca pertinencia de los programas de formación ofrecidos.

Finalmente, Federico Ocampo (1994) analiza los cambios recientes que se intenta inducir en la administración pública mexicana y en el sector salud, en particular en términos de mayor eficiencia en su funcionamiento, impacto más efectivo de sus acciones y mayor legitimidad de su intervención. Considera, retomando a Michel Crozier, que los cambios necesarios no son tanto un problema de estructuras o de responsabilidades de los funcionarios, sino de actitudes y procesos de identificación que conformen un nuevo perfil del administrador público. Éste, dadas las características del sistema, podrá ser promovido desde un nivel directivo que haya internalizado las

modificaciones necesarias, fundamentalmente en materia de motivación y responsabilidad, que corresponde a lo que él denomina un estratega público. El perfil de este estratega debe incluir, según su propuesta, las siguientes características mínimas:

- Amplio espíritu de servicio y compromiso con los valores sociales.
- Gran capacidad emprendedora para acercarse recursos, junto con una óptima utilización de los mismos.
- Ser agente de cambio, sensible y preparado para enfrentar contingencias.
- Promover una genuina participación ciudadana.
- Capacidad de coordinación y negociación con instituciones afines para obtener resultados sinérgicos.
- Profesión adecuada a su nivel jerárquico, desechando la idea de que la formación clínica es suficiente.
- Actitud de liderazgo basada en claros objetivos, estrategias y mecanismos de monitoreo.
- Pensamiento estratégico basado en el planteamiento de escenarios múltiples.
- Capacidad para tomar decisiones en situaciones complejas, con recursos limitados, y alto grado de profesión política.
- Capacidad para establecer una cultura organizacional acorde con la misión del sistema nacional de salud.

De acuerdo con las conclusiones alcanzadas en el seminario que acaba de organizar el INAP-CLAD, en relación con los nuevos retos de la administración pública, el último punto resultó ser el más resaltado respecto al perfil del funcionario necesario.

Finalmente, si retomamos el último informe del Banco Mundial (1993) en relación con políticas sobre recursos humanos, su diagnóstico, común a todos los países, incluye, entre otros elementos, la existencia de excesivos especialistas y el descuido relativo de la formación en salud pública, política sanitaria y gestión de la salud. Entre sus propuestas figuran la adecuación de planes de estudio y el énfasis de la capacitación en servicio.

En resumen, todos los autores revisados coinciden en la necesidad de conocimientos administrativos y gerenciales innovadores, que coadyuven al buen desempeño del personal directivo en salud.

Antecedentes del problema

Como ya se anticipara en la introducción, no existe un diagnóstico completo sobre las necesidades de capacitación, actualización y formación del personal directivo de la salud, especialmente en los estados con servicios descentralizados. Esto ocasiona una falta de cuantificación precisa del problema, del análisis de sus determinantes y, por lo tanto, de las políticas que sería necesario aplicar para revertirlo. Existen, sin embargo, algunos antecedentes parciales que comentaremos a continuación (Cardozo, 1993b):

El grupo de trabajo que diseñó la maestría en Ciencias en Organización y Dirección de Sistemas de Salud (Palencia, Cardozo y Chacón, 1987) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) realizó una cuantificación aproximada e indirecta de las necesidades de formación administrativa. Para ello, determinó el número de puestos directivos de los tres niveles jerárquicos más altos de las instituciones normativas y operativas del sector (3 528 plazas) y lo comparó con el muy limitado número de egresados de los cinco programas académicos enfocados al área que se hallaban vigentes en 1986 y cuatro más ya desaparecidos y de efímera duración.

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS, 1992) realizó una encuesta sobre el tema, pero dirigida a funcionarios de seguridad social, en lugar de a los de SSA, e incluyendo no sólo a los mexicanos sino a todos los latinoamericanos. Lo anterior ocasiona que, para el presente trabajo, sólo pueda ser de utilidad su planteamiento metodológico.

También el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizó un diagnóstico en 1992 para definir la capacitación que ofrecería. En este caso estuvo dirigido al personal de la SSA del nivel central, no a los estados.

En 1988, el Centro de Capacitación y Desarrollo (Cecade) de la SSA diseñó un sistema de diagnóstico de capacitación y actualización que empezó a aplicarse desde 1990 y que se mantiene hasta la fecha. Se aplica a todo el personal de los diferentes niveles jerárquicos, tanto estatal como central. Si bien es el esfuerzo que más se aproxima al estudio que pretendemos realizar, sus resultados no son fácilmente accesibles al investigador, y metodológicamente adolece de algunos problemas. Entre ellos se destaca: 1) se trata de un cuestionario entregado a todos pero cuya respuesta es voluntaria, por lo que no resulta ni un censo completo ni una muestra representativa, ya que los que contestan pueden ser los funcionarios más motivados, los que tienen cargas menores de trabajo, etc., y esto puede sesgar los resultados; 2) sólo recoge la opinión subjetiva del propio ocupante del puesto, no se le pregunta a sus compañeros, jefes inmediatos o subordinados, que pueden tener una apreciación diferente.

En el cuadro 1 se resumen los resultados a que tuvimos acceso en relación con el diagnóstico efectuado por Cecade en 1992, para definir los cursos por desarrollar durante 1993 en áreas administrativas, seleccionando los estados con servicios descentralizados y los niveles directivos que nos interesan. Lamentablemente, el bajo volumen de respuestas (37% en el nivel de directores, donde se suponen incluidos los subdirectores que no se explicitan, 0.02% en directores de área y 21% en jefes de departamento), unido a la selección no aleatoria de las mismas, disminuye la representatividad de los datos presentados.

Aceptando estos datos como la única información disponible en esa fecha, encontramos el tema de toma de decisiones como el único demandado por los tres niveles, seguido de administración general, administración del tiempo y relaciones humanas. Si comparamos estos resultados con los obtenidos para el conjunto de funcionarios en el ámbito nacional, estos coinciden en los temas de administración general y relaciones humanas, mientras que los otros dos parecen responder a necesidades propias de los estados descentralizados. Probablemente un empleo más eficiente del tiempo y un

Cuadro 1
Cursos con mayor demanda en los estados descentralizados según puestos
(diagnóstico de Cecade)

<i>Puesto</i>	<i>Núm. de personas que respondieron el cuestionario</i>	<i>Temas demandados</i>
Directores	87	Administración de hospitales Administración general Administración por objetivos Toma de decisiones Administración de personal Administración del tiempo
Directores de área	1	Relaciones humanas Greed gerencial Administración general Toma de decisiones Organización administrativa
Jefes de departamento	119	Toma de decisiones Computación Administración del tiempo Relaciones humanas Administración pública

FUENTE: Cecade, SSA, *Concentrado nacional de detección de necesidades de capacitación para el desempeño 1993*, t. III, abril de 1993.

mayor desarrollo de habilidades para la toma de decisiones sean parte de las necesidades provocadas por las nuevas funciones asumidas.

Finalmente, la información recogida por el Cecade, así como la del INAP y el CIESS, se refiere exclusivamente a necesidades y demandas vinculadas a cursos de educación continua de capacitación y actualización, faltando totalmente un diagnóstico dirigido a necesidades de formación, que por lo general se obtiene a través de estudios de posgrado (médicos que estudian un posgrado en administración y administradores que se especializan en salud, fundamentalmente).

La relevancia de un diagnóstico completo y actualizado aumenta cuando analizamos la tendencia prospectiva de las necesidades en estudio. Los dos escenarios más probables y deseables identificados por 200 funcionarios de nivel estratégico y táctico en un estudio realizado por el INSP entre 1987 y 1990, ubican en segundo y cuarto lugar a los programas relativos a administración en salud como aquellos que resulta imprescindible desarrollar más para poder responder a las demandas que los escenarios previstos plantearán, esperándose que atraigan entre 14 y 18% de los estudiantes de posgrado (Cardozo y otros, 1992).

Hipótesis

Con base en los antecedentes parciales antes analizados y en las experiencias vivenciales recogidas en el sector se elaboró la siguiente lista de hipótesis sobre el problema en estudio:

- Predominio de la formación de médico clínico en los ocupantes de los niveles directivos de la salud.
- Insuficiente formación administrativa de los anteriores.
- Incremento de la falta de balance entre los conocimientos administrativos necesarios y las funciones desempeñadas, provocado por las actividades adicionales delegadas por el proceso descentralizador.
- Poca conciencia en el ocupante de un puesto directivo de su necesidad de mayores conocimientos administrativos y de motivación para adquirirlos.
- Diferentes puntos de vista respecto del tema en la opinión de quien ocupa el puesto, sus superiores y sus subordinados.
- Limitaciones financieras, de tiempo disponible y de información como las principales restricciones para satisfacer la necesidad percibida de mayores conocimientos.
- Una oferta de programas educativos en el área que es insuficiente en cantidad, de baja calidad, poco pertinente y geográficamente mal distribuida, como factor de desmotivación adicional.

Metodología

Para la verificación de las hipótesis en estudio se diseñó una metodología de investigación que incluye:

1) La recolección de información secundaria relativa a la descentralización de servicios de salud y a las características económicas y sociales de los estados inmersos en el proceso, con énfasis en los aspectos de salud y educación, vinculados directamente al objeto de estudio.

2) La realización de un trabajo de campo dirigido a mandos superiores y medios, que incluyó:

a) La aplicación de una guía de entrevista semiestructurada (Anexo 2) a todo el personal de mandos superiores de los estados sujetos a estudio (uno en cada estado y 14 en total).²

b) La aplicación de una guía de entrevista similar a la anterior (Anexos 3 y 4), dirigida a los 28 ocupantes de los puestos de mandos medios de subdirector de Recursos

² Existe sólo un mando superior en cada entidad y la denominación de su cargo presenta pequeñas variantes: Secretario de Salud, Secretario de Salud y Bienestar Social, Director General del Instituto de Servicios de Salud en el Estado, Secretario de Salud Pública, etcétera.

Humanos y subdirector de Enseñanza y Capacitación, las dos áreas más estrechamente relacionadas con el problema.

c) La aplicación de una encuesta a una muestra aleatoria de aproximadamente 30% de los funcionarios de mandos medios seleccionados en dos subgrupos. El primero incluyó directores de área, subdirectores de área y directores de hospitales. El segundo estuvo integrado por jefes de departamento, jefes de jurisdicción, coordinadores y secretarios particulares del más alto nivel jerárquico. En total se planeó encuestar a 264 funcionarios de un total de 914, cuya distribución se muestra en el cuadro 2.

El cuestionario aplicado (Anexo 5) recoge información sobre el perfil del funcionario encuestado y su necesidad de nuevos conocimientos administrativos, y solicita su opinión respecto al personal subordinado y superior, a fin de cruzar la información y arribar a un diagnóstico más completo que el que surgiría sólo de la autoconciencia del ocupante del puesto acerca de sus necesidades.³

La metodología relatada permite afirmar que el diagnóstico que se presenta es altamente representativo de la situación en estudio; si bien a la fecha no ha sido posible cubrir totalmente el trabajo de campo planeado. Éste incluye la aplicación de:

- 11 entrevistas al personal de mandos superiores (78.57% de lo planeado)
- 11 entrevistas a subdirectores de recursos humanos (78.57% de lo planeado)
- 12 entrevistas a subdirectores de Enseñanza y Capacitación (85.71% de lo planeado)
- 230 encuestas a mandos medios (87.12% de lo planeado)

Los anteriores suman 264 instrumentos aplicados en un universo de 14 mandos superiores y 914 mandos medios (28.45%) del total.

Las encuestas aplicadas se enumeran por estados en la última columna del cuadro 2, donde puede verse que sólo quedó totalmente ausente un estado (Quintana Roo).

Su distribución (véanse las gráficas del Anexo 6) por sexo fue 77.8% masculino y 22.2% femenino, y su nivel jerárquico corresponde a:

Directores de área	9.1%
Directores de hospital	21.7%
Subdirectores de área	11.3%
Jefes de departamento	43.9%
Jefes de jurisdicción	12.6%
Coordinadores y subjefes	0.4%
Secretarios particulares	0.9%
Total	100.0%

³ La encuesta fue procesada mediante el paquete SPSS, para lo cual se contó con la colaboración del licenciado Gerardo Rivera y del maestro Federico Ocampo, a quienes se agradece su participación.

Cuadro 2
 Número de funcionarios de mandos medios y tamaño de la muestra por estados y niveles jerárquicos

<i>Estado</i>	<i>Directores de área</i>	<i>Sub-directores de área</i>	<i>Directores de hosp. y otros</i>	<i>Jefes depto.</i>	<i>Jefes jurisdic.</i>	<i>Secretarios part. del mando sup.</i>	<i>Coordina-dores y otros</i>	<i>Total de func. de mandos medios</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Encuestas aplicadas</i>
Aguascalientes	4	6	3	28	3	1	–	45	13	13
Baja California Sur	4	5	3	18	3	1	–	34	10	10
Colima	4	5	3	26	3	1	–	42	12	12
Guanajuato	5	9	59	28	7	1	–	109	32	32
Guerrero	4	8	11	35	9	1	3	71	20	13
Jalisco	5	6	19	39	13	1	5	88	25	17
México	4	10	23	53	37	1	8	136	40	37
Morelos	4	5	4	26	3	1	–	43	12	12
Nuevo León	4	6	8	30	8	1	2	59	17	17
Querétaro	4	5	5	26	4	1	–	45	13	9
Quintana Roo	4	5	4	23	3	1	1	41	12	0
Sonora	19	13	15	37	5	–	6	95	28	28
Tabasco	6	5	11	22	17	1	1	63	18	18
Tlaxcala	6	5	7	24	–	1	–	43	12	12
Total	77	93	175	415	115	13	26	914	264	230

FUENTE: Listado de mandos medios aportados por las autoridades estatales de salud.

Resultados obtenidos

Características de los estados descentralizados

Si bien se descentralizaron 14 de los 31 estados del país (45% aproximadamente), esta proporción no es cubierta en términos de la superficie territorial que abarcan ni de la población que incluyen (véanse el mapa 1 y el cuadro 3).

En cuanto a superficie, los estados descentralizados poseen 31.09% del territorio nacional. Incluyen un estado grande (Sonora), cuatro de tamaño medio (Jalisco, Baja California Sur, Nuevo León y Guerrero) y nueve de pequeñas dimensiones que constituyen la mayoría de los estados descentralizados.

En materia de población concentran, sin embargo, 40.75% de la misma, lo cual indica que su densidad de población es mayor que la de los 17 estados restantes y que tienen menos problema de población dispersa para ofrecerles servicios.

Económicamente hablando, existen cinco casos en que su contribución al PIB nacional está por encima de su porcentaje de población, lo cual es un indicador de mejores niveles de PIB per cápita. Entre ellos resaltan Nuevo León, por su importante desarrollo industrial, y Tabasco, por sus recursos petroleros.

En el extremo opuesto, Guanajuato, Guerrero y Tlaxcala presentan los mayores problemas. Si analizamos complementariamente el crecimiento del PIB por estados en el periodo 1970-1980, el crecimiento más espectacular vuelve a coincidir en Tabasco. Por otro lado, Guanajuato, Guerrero, Jalisco y Sonora crecen a un ritmo menor que el promedio nacional. En resumen, 10 de los 14 estados crecieron a un buen ritmo y de los restantes cuatro, dos han tenido históricamente niveles favorables de PIB per cápita, lo que concentra los problemas económicos en Guerrero y Guanajuato.

Recurriendo a datos complementarios del INEGI (1992 y 1994) puede decirse que los cinco mejores ingresos per cápita correspondieron a Nuevo León, Tabasco, Jalisco, Sonora y Baja California Sur; y los cinco peores, en orden creciente de ingresos, a Guanajuato, Guerrero, México, Querétaro y Morelos.

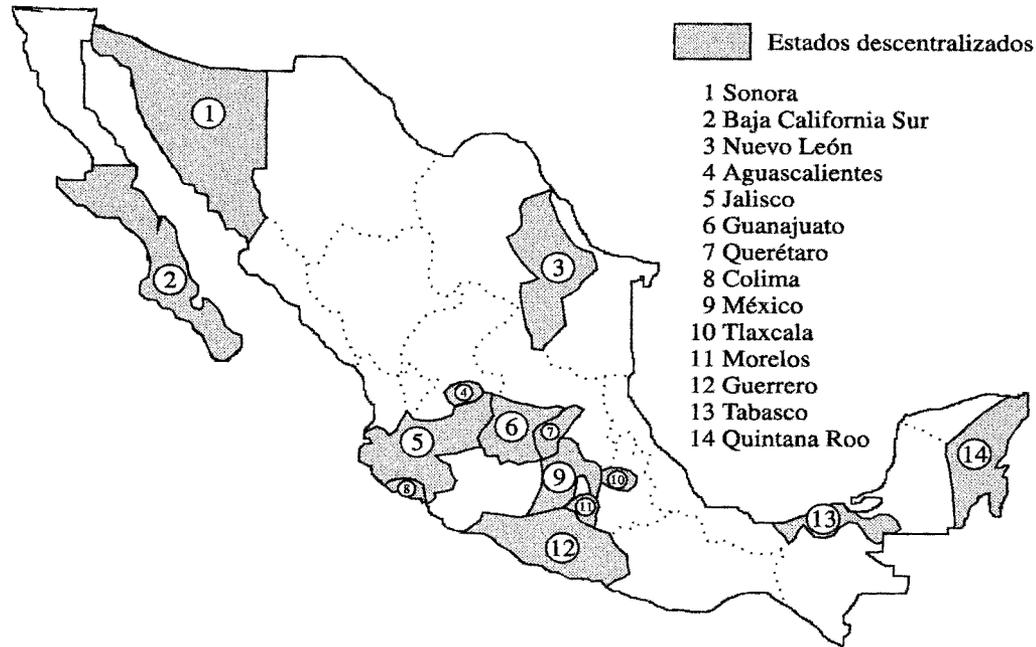
Comparativamente con los estados no descentralizados, las 14 entidades en estudio presentan en general una situación privilegiada.

Estas características económicas condicionan los estilos de vida en los estados y, en particular, los dos aspectos que son de nuestro interés en el presente trabajo: educación y salud.

Dentro de la primera nos interesa fundamentalmente conocer qué parte de la población tiene acceso a estudios universitarios, base de la formación del directivo de la salud y, más específicamente, cuántos alcanzan un nivel de posgrado, lo que se considera fundamental como medio para que el médico obtenga formación administrativa y el administrador formación en salud.

En este sentido, resalta claramente el caso de Nuevo León como el estado que ha hecho los mayores esfuerzos, encontrándose muy por encima de la media nacional. Entre los restantes sólo cuatro se aproximan al promedio de estudios universitarios

Mapa 1
Estados descentralizados



(Sonora, México, Jalisco y Colima), uno supera el promedio de posgrados (Querétaro) y otros tres se ubican en ese nivel (Baja California Sur, Jalisco y Sonora). Tlaxcala presenta los niveles más bajos del grupo.

En cuanto a salud, las tasas de mortalidad general más bajas corresponden a Quintana Roo, Baja California Sur, Nuevo León y Guerrero (en el último de los casos existe baja confiabilidad de los datos, presentándose problemas de subregistro). Las más altas son las de Tlaxcala y Guanajuato. El indicador de mortalidad infantil, más sensible al contexto global, muestra las mejores tasas en Guerrero (dato absolutamente inaceptable), Nuevo León, Tabasco y Quintana Roo, y las peores en Tlaxcala, México, Guanajuato y Querétaro. Sólo estos últimos están por debajo de la media nacional. Finalmente, se presentan serios problemas de cobertura en Jalisco, Sonora, Aguascalientes y Colima.

De la intersección de este conjunto de variables podríamos intentar una clasificación de estados con tres niveles de desarrollo socioeconómico:

1. Estados avanzados: Nuevo León, Baja California Sur, Tabasco, Jalisco y Sonora.
2. Estados intermedios: Aguascalientes, Colima, Morelos y Quintana Roo.
3. Estados rezagados: Guanajuato, Guerrero, Tlaxcala, México, Querétaro.

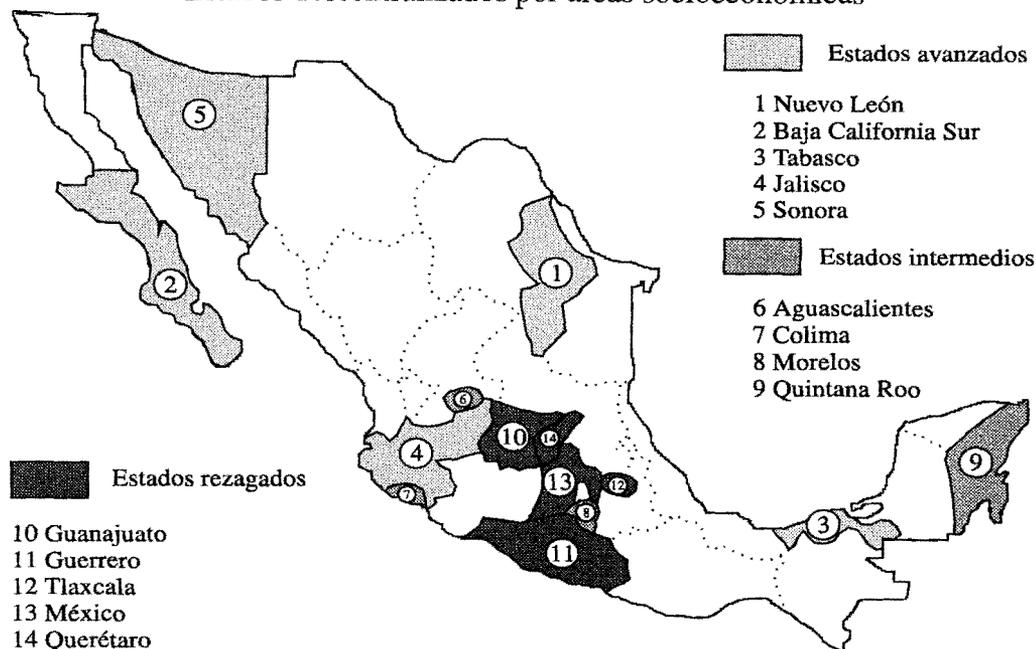
Como puede verse en el mapa 2, tanto los primeros como los segundos se encuentran dispersos en el territorio nacional, abarcando los avanzados una parte

Cuadro 3
Características generales de los estados descentralizados

Estado descentralizado	Sup. en % del territorio nacional	Población en % del total del país (1990)	Contribución al PIB nacional (%)			Porcentaje de población de 18 años y más			Tasa/1000 mortalidad general (1989)	Tasa/1000 mortalidad infantil (1990)	Porcentaje de cobertura de servicios de salud (1989)
			1970	1980	Crecimiento PIB 70-80 (%)	Con algún estudio universitario (1990)	Con posgrado (1990)				
Aguascalientes	0.3	0.89	0.56	0.61	108.30	10.15	0.62	4.74	28.65	43.81	
Baja California Sur	3.7	0.39	0.37	0.41	107.58	11.00	0.80	3.77	20.22	51.92	
Colima	0.3	0.53	0.43	0.47	106.79	11.08	0.44	5.50	25.29	42.25	
Guanajuato	1.6	4.90	3.37	2.91	63.64	9.08	0.54	6.08	36.56	56.13	
Guerrero	3.3	3.22	1.72	1.67	83.98	9.10	0.45	3.92	8.05	75.85	
Jalisco	4.0	6.53	7.13	6.57	74.47	11.35	0.80	5.67	24.12	46.90	
México	1.1	12.08	8.62	10.94	140.46	11.42	0.77	4.07	37.06	58.60	
Morelos	0.25	1.47	1.08	1.08	89.52	10.00	0.78	4.76	22.13	74.45	
Nuevo León	3.3	3.81	5.88	5.90	90.07	15.16	1.45	3.89	17.36	80.05	
Querétaro	0.6	1.29	0.80	0.95	125.51	10.85	0.84	5.41	33.83	91.30	
Quintana Roo	2.0	0.61	0.18	0.40	316.44	10.69	0.75	2.1 (1987)	22.29	n.d.	
Sonora	9.2	2.24	3.17	2.45	46.16	11.46	0.80	5.03	21.39	45.40	
Tabasco	1.25	1.85	1.16	3.97	548.96	10.0	0.62	5.11	25.69	70.30	
Tlaxcala	0.19	0.94	0.40	0.46	117.16	8.5	0.29	6.40	39.13	78.60	
Total	31.09	40.75	34.87	38.79							
Promedio nacional					89.49	11.61	0.80		24.07		

FUENTES: *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*, México, INEGI, 1990; *Anuario estadístico de cada estado*, México, INEGI, 1993; *Sistema de cuentas nacionales de México*, México, INEGI/PNUD, 1985; *Situación de salud en cada uno de los estados*, México, Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Planeación y Presupuesto, SSA, 1990.

Mapa 2
Estados descentralizados por áreas socioeconómicas



importante del mismo, mientras que los intermedios tienden a ser mucho más pequeños. Finalmente, los rezagados ocupan un importante espacio concentrado en el centro del país.

Perfil del personal directivo de los estados estudiados

La antigüedad del personal directivo nos da una primera idea de la experiencia acumulada que éste tiene, ya sea en el cargo que ocupa actualmente o en otros del sector salud, que dependen o no de la SSA, en el nivel nacional o estatal.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes (Anexo 5, apartado 1, pregunta 7):

Antigüedad en meses en	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
El cargo	42.03	37.54	0.25	204.00
SSA estatal	101.71	75.22	3.00	396.00
SSA nacional	108.51	77.12	3.00	396.00
Sector salud	127.81	84.38	3.00	411.00

La antigüedad promedio en el cargo es cercana a los 3.5 años, lo que muestra bastante estabilidad dentro del sexenio actual. El resto de los valores nos indica que pocos son los que sobreviven en el cargo después de un periodo de gobierno. Su desempeño promedio dentro de la SSA en el estado alcanza casi los 9.5 años. Aunque la dispersión de los datos en este caso aumenta bastante, la antigüedad de los funcionarios hace suponer un buen conocimiento de los servicios a su cargo.

Los datos restantes indican que son pocos los que han tenido experiencias fuera del estado y los que han laborado para otras instituciones del sector salud: seguridad social o actividad privada fundamentalmente.

Además de la experiencia práctica asumida trabajando en el área, necesitamos saber si el directivo de la salud tiene los conocimientos administrativos adecuados a su puesto. Para ello indagamos sobre su formación en el nivel de grado y posgrado (Anexo 5, apartado 1, pregunta 8). Los resultados más relevantes fueron los siguientes (véanse las gráficas en el Anexo 6):

- En el nivel de licenciatura, 58.7% estudió medicina. El resto se distribuye en pequeños porcentajes en carreras menores como ingeniería (6.5%), contaduría (6.1%) derecho y ciencias sociales (5.2%) y administración (4.8%), y 6.1% no tiene licenciatura alguna. La última cifra lleva a pensar en una insuficiente calificación general de un porcentaje importante de mandos medios, mientras que la primera que citamos nos habla de una fuerte ausencia de conocimientos administrativos que sólo podrían haber sido adquiridos a través de estudios de posgrado. Acerca de estos últimos nos informan de los siguientes resultados:
 - El 77% de los encuestados no estudió una especialidad clínica. Entre los que sí la tienen destacan: cirugía, con 4.3%; ginecobstetricia y pediatría, con 3.9%. Ninguna de las anteriores incluye conocimientos administrativos.
 - El 80% tampoco ha estudiado una especialización no clínica, cuya duración promedio es de un año. El 8.3% estudió salud pública y el 2.6% administración de servicios de salud o de hospitales. Sólo estas últimas se refieren específicamente a la disciplina de nuestro interés, ya que, como hemos planteado en un trabajo anterior,⁴ la primera incluye aproximadamente 30% de conocimientos administrativos.
 - El 74.8% carece de formación en el nivel de maestría. Entre quienes sí la tienen, las más estudiadas han sido: salud pública (17%) y administración de hospitales y administración pública (1.3% cada una). Si bien este nivel suele exigir dos años de estudios, el Instituto Nacional de Salud Pública, una de las instituciones a las que más se recurre en materia de formación, continúa dictando la primera con un año de duración y desarrolló la segunda con la misma duración hasta 1987, año en el que la transformó en especialización para ser congruente con el tiempo que se le dedica.

⁴ Myriam Cardozo Brum, "Formación administrativa de recursos humanos para la descentralización en salud", *The Journal of Health Administration Education*, EUA, vol. II, núm. 4, otoño de 1993.

- Finalmente, sólo 2 casos en la muestra (0.9%) manifestaron tener estudios doctorales, pero estos no estaban referidos a nuestra área de interés sino a psicología.

Lo anterior nos deja prácticamente con sólo 10.9% de funcionarios que estudió administración, contaduría o administración en la licenciatura, y sólo 6.2% que llevó después posgrados de un año de duración en promedio, específicos en el área (administración de servicios de salud 3.6%, administración de hospitales 1.3% y administración pública 1.3%). De los restantes posgrados hay que resaltar salud pública (8.3% como especialidad y 17.0% como maestría), la que redundaría en una formación equivalente en administración, de poco más de 7%. Estaríamos hablando entonces de que aproximadamente 23% de la muestra tiene estudios administrativos, en muchos casos mínimos, lo que representa un porcentaje excesivamente bajo.

Las carencias anteriores sólo pueden ser suplidas mediante una intensa actividad de formación y capacitación a través de cursos de educación continua. Lo que al respecto indagamos muestra lo siguiente:

- El promedio de cursos tomados por los funcionarios resultó de 6.96, con una desviación estándar de 11.98, un mínimo de 1 y un máximo de 130 en su vida profesional. El promedio es muy bajo y sólo en los casos cercanos al máximo podemos hablar de que se podría haber adquirido por esta vía una formación adecuada, siempre y cuando haya habido una buena programación de los mismos en términos de pertinencia, buena cobertura de temas, secuencia y calidad adecuadas, que permitan el crecimiento progresivo del conocimiento, similar al planeado en un currículum de grado, especialización, especialidad, maestría o doctorado.
- La duración promedio de los cursos anteriores fue de 79 horas o 6 semanas. El promedio es alto pues aquí se incluyen los cursos de diplomado los cuales llegan a durar incluso 6 u 8 meses, razón por la cual la dispersión de los datos es muy alta.

Los principales temas en los que los encuestados manifiestan haber recibido formación fueron:

- Administración (22.6%)
- Habilidades directivas (20.0%)
- Administración de servicios de salud (19.1%)
- Planeación estratégica (11.3%)
- Calidad (10.9%)
- Administración de sistemas locales de salud (8.2%)
- Programación y presupuestación (7.0%)
- Dirección de hospitales (6.1%)

Esto muestra porcentajes aceptables para conceptos y métodos generales de administración, así como un énfasis en actividades específicas de planeación y dirección, descuidando aspectos como administración de recursos, proyectos, diseño organizacional, control y evaluación.

Las instituciones que más apoyan la formación mediante educación continua son: el INSP (18.2%), la Secretaría de Salud (21.8% en el nivel estatal y 19.8% en el D.F.), las universidades estatales (10.4%) y los institutos tecnológicos de los estados (3.8%).

La mitad de los cursos (50.5%) los tomaron en su localidad, 21.2% en el D.F. y 11.7% en Morelos (porque allí se ubica el INSP). El nivel que se mostró poco relevante es el correspondiente a la región (7.8%), lo que muestra que en caso de tener que salir de la localidad, el funcionario se dirige fundamentalmente al D.F. o al INSP en Morelos.

Entre los cursos no administrativos, pero que pudieran apoyar el desempeño en esta área fueron citados: computación (7.8%), formación docente (3.9%) y formación en investigación (3.5%).

En resumen, puede decirse que la formación administrativa de los directivos de salud es insuficiente en el nivel de grado y posgrado, así como en el nivel de educación continua. Aun cuando resulta adecuada la cantidad, la cobertura de temáticas es parcial y la distribución geográfico-institucional es poco adecuada, quedando pendientes de evaluación los aspectos de pertinencia, calidad y secuencia de los aprendizajes.

Con el fin de profundizar en casos particulares, ya que los resultados anteriores se extrajeron de la muestra, se procedió al análisis del universo completo de los funcionarios para el estado de Tlaxcala, así como a la formación adquirida por los mismos en el estado de Tabasco durante los últimos años, lo que subrayó la contundencia de las conclusiones anteriores. Los resultados se exponen a continuación:

El caso de Tlaxcala

El análisis de su formación académica arroja los siguiente resultados:

- Ninguno de los encuestados tiene formación en salud con posgrado en administración
- El 9.09% son médicos con formación en salud pública⁵
- El 2.27% posee estudios técnicos (no universitarios) en estadística en salud pública.
- El 27.27% tiene una licenciatura o estudios técnicos en las áreas de administración y economía, careciendo de formación en el área de salud.
- El 40.91% son médicos con especialidades clínicas.
- El restante 20.45% incluye formaciones tan diversas como derecho, veterinaria, ingeniería, educación, técnicos en saneamiento ambiental y militares.

Si consideramos que lo ideal es poseer conocimientos de salud y también de

⁵ Dichos programas desarrollan en sus currícula aproximadamente 30% de conocimientos administrativos, generalmente con una duración de sólo un año.

Cuadro 4
Formación académica

Niveles	Med. con esp. clin.	Med. con form. en salud pública	Contador público, administrador o econ.	Médico veterinario	Téc. contable y adm.	Militar	Técnico en estadística en salud pública	Varios
Secretario de salud	1							
Directores de área	4	1	1					
Directores de hospital	7							
Subdirectores	1	1		1	1	1		
Jefes de departamento	5	2	10				1	6
Secretario particular								1
	18	4	11	1	1	1	1	7

administración, la distribución anterior nos muestra la poca pertinencia que existe entre los niveles de formación académica y los puestos ocupados.

Si desglosamos el análisis por niveles jerárquicos, los resultados son los que se muestran en el cuadro 4. Estos demuestran la enorme presencia de los médicos con especialidad clínica, fundamentalmente en los tres niveles jerárquicos más altos de la dirección (85.71%), lo que traduce la importancia de un análisis más a fondo de una muestra del personal directivo en la que se conozcan los cursos de educación continua en áreas administrativas que pudieran haber recibido, así como sus necesidades y oportunidades de formación y principales obstáculos para tener acceso a los mismos.

El caso de Tabasco

En años anteriores el personal capacitado con nivel de posgrado en áreas administrativas se concentró en el cuadro 5.

Los datos muestran que, en promedio, se han capacitado 6 personas al año, alcanzando el máximo en 1986 y 1987 (10 personas) y disminuyendo notablemente hacia el final del periodo (1 en 1992 y 3 en 1993). De todas maneras este esfuerzo resulta excepcional en el nivel nacional y coincide con uno de los estados más ricos del país.

Cuadro 5

Año	Maestría en salud pública	Especialidad en admón. de serv. de enf.	Especialidad en salud pública	Especialidad en enf. en salud pública	Maestría en org. y dir. de sist. de salud	Total
1983	2	1	1			4
1984	2		3			5
1985	2		3	2		7
1986	1	1	4	4		10
1987	2		7		1	10
1988	1	1	3	1		6
1989	1		4	2		7
1990			3	1		4
1991		2	4	2		8
1992	1					1
Total	12	5	32	12	1	62

Principales actividades incrementadas por el proceso descentralizador

Más de la mitad de los encuestados (59.6%) coinciden en que sus actividades se ampliaron con el proceso descentralizador (Anexo 5, apartado 2, pregunta 1 y gráficas en el Anexo 6). Las áreas en que esto aconteció son las siguientes, en orden de importancia, según las frecuencias con que resultaron nombradas por los 137 funcionarios que compusieron el porcentaje de la muestra antes citado:

- Supervisión y control (29.2%)
- Gestión (23.4%)
- Desarrollo de programas (19.7%)
- Planeación (18.2%)
- Programación (15.3)
- Coordinación (14.6%)
- Toma de decisiones (14.6%)
- Organización municipal (10.9%)
- Presupuestación (10.2%)
- Finanzas (9.5%)
- Evaluación (9.5%)

Esta jerarquización muestra una mayor preocupación en las áreas más generales de dirección y coordinación, en detrimento de aspectos más específicos como presupuestación o finanzas.

Necesidad de nuevos conocimientos administrativos percibidos por el ocupante del cargo

El 44.3% (102 funcionarios) de los encuestados respondió que no tiene la formación necesaria para su cargo (Anexo 5, apartado 2, pregunta 2 y gráficas en Anexo 6). Se trata de 77 hombres y 25 mujeres; el 32.4% son directores de hospitales y el 41.2% jefes de departamento. Su antigüedad promedio en el cargo es de poco más de tres años, o sea que no se trata de los recién llegados al puesto, y muchos tienen más de 10 años trabajando para el sector. Son médicos en un 64.7% y no tienen ninguna licenciatura en el 6.9%. Sólo 14.7% estudió una especialidad no clínica y 12.7% una maestría. Tienen un promedio de 4.9 cursos tomados en áreas administrativas con una duración promedio de tres semanas.

Muchos funcionarios consideran que, aunque tienen la formación necesaria, no es suficiente o desean actualizarse. Corresponde aclarar que en estados donde todo hacía suponer que la amplia mayoría manifestaría la necesidad de mayores conocimientos administrativos, la respuesta fue la opuesta (por ejemplo, Morelos). La hipótesis explicativa que creemos válida es que muchos temen decir que no tienen la formación adecuada para el puesto, porque esto podría ser causa de despido o al menos disminuir sus posibilidades de promoción, cuestión que se agrava en momentos de cambio de autoridades gubernamentales en la entidad.

Los que informaron que necesitan mayor formación o capacitación indicaron con énfasis las siguientes áreas (Anexo 5, apartado 2, pregunta 3):

- Paquetes de Cómputo (56.9%)
- Planeación (42.2%)
- Presupuestación (42.2%)
- Gestión financiera (29.4%)
- Evaluación de proyectos (26.5%)
- Evaluación de resultados (22.5%)
- Toma de decisiones (15.7%)

Éstas coinciden mucho con las que se señalaron como áreas con incremento de actividad a causa de la descentralización. De todos los funcionarios, 74.5% considera que es a través de la educación continua como tiene posibilidad de adquirir los conocimientos que necesita. Sólo 32.4% se propone hacer una maestría, 9.8% una especialidad, 2.0% propone una licenciatura, 5.9% un doctorado y 8.8% desearía tomar un diplomado (Anexo 5, apartado 2, pregunta 4 y gráficas en Anexo 6).

Necesidades de nuevos conocimientos percibidos por otras instancias jerárquicas

Considerando que no siempre quien ocupa el cargo es capaz de detectar correctamente todas sus necesidades de formación, se recurrió, para complementar el diagnóstico

anterior, a solicitar la opinión tanto de los jefes respecto de sus subordinados así como a la inversa, y también la de informantes-clave como el secretario de Salud en el estado (o nombramiento equivalente) y los subdirectores estatales de Recursos Humanos y Enseñanza y Capacitación.

La opinión de los funcionarios respecto de sus subordinados sólo fue considerada cuando los últimos tenían nivel de mandos medios, ya que de lo contrario excederían el objetivo de la investigación (Anexo 5, apartado 2, preguntas 8 y 9 y gráficas en el Anexo 6). Esto dejó fuera a 55.7% de los encuestados. Los restantes calificaron al personal a su cargo como “bueno” en 61.71% de los casos, “regular” en 23.42%, “excelente” en 12.84% y “malo” en 2.03%. Recomendaron además una mayor formación para ellos en las siguientes áreas:

- Planeación (48.0%)
- Paquetes de cómputo (39.2%)
- Evaluación de proyectos (34.3%)
- Evaluación de resultados (34.3%)
- Toma de decisiones (32.4%)
- Presupuestación (24.5%)
- Administración de personal (29.4%)
- Gestión financiera (29.4%)
- Coordinación de equipos (22.5%)
- Control de gestión (18.6%)
- Idiomas (9.8%)

El área de toma de decisiones tiene mayor relevancia en este listado que en el que se enumeraban las necesidades de los propios ocupantes del cargo, quienes, en cambio, atribuían una importancia relativa mayor a la gestión financiera.

En relación con la opinión inversa (Anexo 5, apartado 2, preguntas 10 y 11 y gráficas en el Anexo 6), expresada por los funcionarios respecto de sus jefes inmediatos, percibimos que, si bien es riesgoso para ellos reconocer que su propia formación administrativa es insuficiente, mucho más lo es afirmar que no la tienen sus jefes, razón por la que no nos extraña que sólo 8.3% de los encuestados opinara en este sentido. En estos casos se señalaron las siguientes áreas como en las que necesitaban mayores desarrollos: aspectos generales de administración (47.4%), habilidades directivas como toma de decisiones, administración de su tiempo, relaciones humanas (31.6%), administración financiera (15.8%), conocimiento del sector público (10.5%) y otras de menor peso.

Los ocupantes de los puestos de máxima jerarquía en los estados coinciden en señalar una fuerte ampliación de responsabilidades delegadas por el proceso descentralizador (administración de recursos financieros, coordinación de sistemas locales de salud, programación, ejecución y evaluación de acciones de salud, designación de funcionarios estatales, actualización de la normatividad, etc.), que recaen sobre el personal a su cargo, mismo que juzgan con suficiente capacidad administrativa, salvo

en los estados de Tlaxcala, Guanajuato y Aguascalientes. Aún en los primeros, la formación ha sido obtenida fundamentalmente en programas de salud pública que, como ya se comentó, no brindan un conocimiento profundo en este campo. No obstante, esta cuestión no la perciben los entrevistados en toda su magnitud, salvo en el caso de Tabasco. De todas formas, todos los estados en estas condiciones brindan oportunidades de desarrollo a su personal.

En los casos de Guanajuato y Aguascalientes se consideró que no todo el personal tiene la formación adecuada, y en el último de estos, que la entidad carece además de una oferta educativa que pueda formarla, por lo que realizan esfuerzos por facilitar el acceso principalmente al programa de maestría en Salud Pública en su modalidad semipresencial. Finalmente, el secretario de Salud de Tlaxcala calificó como insuficiente la formación administrativa del personal a su cargo y planteó que se están haciendo acuerdos de colaboración institucional entre los tres niveles de gobierno para superar el problema, destacando el apoyo que les brinda la SSA a través del Cecade.

La resolución de su problema a corto plazo se facilita por ser un estado enclavado en la región centro, en el que el D.F. y Morelos centralizan la oferta educativa más amplia en la materia en el ámbito nacional.

En cuanto a los subdirectores de recursos humanos entrevistados, califican al personal de mandos medios como “bueno”, salvo los de Tlaxcala y Querétaro que los considera “regular”, coincidiendo en el primer caso con la opinión manifestada anteriormente por el secretario de Salud, y el de Aguascalientes que lo considera “excelente”, en abierta contradicción con el director general del Instituto de Salud en el Estado.

Todos los estados cuentan, en opinión de este grupo de entrevistados, con la caracterización del perfil profesional para cada puesto, mismo que se cumple en promedio en 90% de los casos. Destacan en los extremos: Guerrero con sólo 60% de cumplimiento, Querétaro con 80%, Tabasco, Guanajuato y Aguascalientes con 100%. Las recomendaciones políticas explican generalmente los porcentajes de no cumplimiento. Todos coinciden en la necesidad de implementar programas de desarrollo de personal para aumentar su productividad y eficiencia.

En general, los encuestados consideran que las áreas diagnosticadas como de mayor demanda son: administración en general, administración de recursos, relaciones humanas y laborales, liderazgo y otras habilidades directivas, como toma de decisiones, planeación, programación y control presupuestal, organización, normatividad jurídica y computación. Esta lista resulta más amplia y completa que la analizada en relación con los cursos tomados por los mandos medios, lo cual refuerza la idea de que existen aspectos poco cubiertos. Además, coincide ampliamente con las necesidades recogidas mediante la aplicación de la encuesta a los propios ocupantes del puesto.

Por otra parte, todos consideran que los estados apoyan a los candidatos para que se capaciten, salvo en los casos de Guanajuato y Querétaro; sin embargo, no en todos los estados se tienen en cuenta estos esfuerzos para promover a los funcionarios, por lo que en estos casos (Colima, Baja California Sur) falta el elemento motivacional más importante.

Finalmente, los subdirectores de enseñanza y capacitación (o nombramiento equivalente) informaron que todos sus estados, salvo Guanajuato, basan la programación de sus actividades en el diagnóstico de necesidades que recoge el Cecade anualmente, complementándolo en algunos casos con otras demandas específicas. Lamentablemente, el diagnóstico citado no es un censo, porque su respuesta es voluntaria, el porcentaje que lo contesta es bajo y la muestra aleatoria con base en la cual se realiza no puede considerarse representativa. En el caso de Guanajuato la programación se hace a partir de la información que les envían las direcciones generales de la SSA en el país, en la que pensamos que, aunque no nos fue indicado, el Cecade debe ser relevante a través de la Dirección General de Enseñanza.

Con base en la información de que disponen, señalan que las necesidades más destacadas por los funcionarios, por niveles jerárquicos son:

- Para directores generales: administración general, pública y de servicios, con enfoque gerencial que incluya: liderazgo, toma de decisiones, planeación estratégica, calidad total y coordinación del trabajo.
- Para directores de área: las mismas disciplinas anteriores con enfoque similar y énfasis en: organización, planeación estratégica, coordinación, supervisión, relaciones humanas, liderazgo y motivación, toma de decisiones, calidad, análisis de costos y computación.
- Para jefes de departamento: mismas disciplinas con cobertura de los siguiente temas: planeación, toma de decisiones, organización del trabajo, relaciones humanas y administración de personal, liderazgo, comunicación, calidad, auditoría, desarrollo de programas en todas sus fases, computación, formación de instructores y redacción.
- Para otros mandos medios: desarrollo organizacional, programación y presupuestación, control y supervisión, y aspectos gerenciales.

Limitaciones al acceso de programas académicos que satisfagan las necesidades anteriores

Las instituciones prioritariamente señaladas (Anexo 5, apartado 2, preguntas 5 y 6, y gráficas en el Anexo 6) como las más adecuadas para brindar a los funcionarios los conocimientos administrativos que requieren incluyen, en primer lugar, al INSP, localizado desde 1990 en el estado de Morelos (34.3% de los encuestados lo nombran). Sin embargo, tener acceso a él implica tiempo y costos importantes para casi todos los estados descentralizados de los cuales provenga el candidato.

Las universidades estatales ocupan el segundo lugar (26.5%), facilitando el acceso con menores costos al no requerir salir fuera del estado. Sin embargo, 33.3% de los que desean continuar formándose manifiestan que necesitan trasladarse para ello a otras entidades, ya que los temas de su interés no se desarrollan en su propio estado.

El tercer y cuarto lugar en la oferta educativa de programas corresponde a los cursos desarrollados por los mismos sistemas estatales de salud en el ámbito local (22.5%) y por la Secretaría de Salud en el D.F. (14.7%).

Corresponde destacar que son muy pocos los funcionarios que se plantean estudiar fuera del estado pero manteniéndose dentro de su región geográfica (5.9%), lo que indica que si sienten la necesidad de salir, prefieren dirigirse al INSP en Morelos o a la SSA en el Distrito Federal.

Las limitaciones que restringen el acceso a los programas tanto locales como regionales o nacionales (Anexo 5, apartado 2, pregunta 7 y gráficas en el Anexo 6) resultaron ser en 62.7% de los casos concernientes al tiempo disponible, a pesar de que, en su mayoría, las autoridades de salud opinan que apoyan al personal en este sentido. Cerca de la tercera parte de los encuestados agrega a la razón anterior las limitaciones de presupuesto (36.3%) y la carencia de información sobre las oportunidades que se brindan (34.3%). Finalmente, 19.6% de los que desean capacitarse opinan que los cursos que necesitan no son brindados por ninguno de los niveles señalados, poniendo en entredicho la sensibilidad de la respuesta educativa actual.

Resultados por grupos de estados según el nivel de desarrollo socioeconómico

En el apartado en que caracterizamos a los estados descentralizados hemos manejado una clasificación de ellos con base en tres niveles (avanzados, intermedios y rezagados) de acuerdo con su grado de desarrollo socioeconómico. Pensamos que el diagnóstico global sobre necesidades de formación administrativa del personal directivo, presentado en los puntos anteriores, encubre diferencias importantes de los diferentes estados sometidos a estudio. En el presente apartado se intentará explorar las variaciones más importantes que se han detectado en los tres grupos de estados y que serán de fundamental importancia para recomendar, en posteriores trabajos, una política regional de formación, capacitación y actualización en nuestra área de interés.

Las 230 encuestas aplicadas (véanse las gráficas en el Anexo 6) se distribuyen con base en esta clasificación de la siguiente manera:

- Estados avanzados, 90 encuestas (39.1%)
- Estados intermedios, 37 encuestas (16.1%)
- Estados rezagados, 103 encuestas (44.8%)

Dicha distribución es bastante representativa del tamaño e importancia de los estados incluidos en cada grupo, sin embargo, sería deseable obtener la información de Quintana Roo (único estado descentralizado no incluido en el informe), pues quita representatividad relativa al segundo grupo.

En relación con el perfil de los funcionarios se detectó que:

- La distribución por sexos muestra mayor presencia femenina en los estados

avanzados y la menor en los estados intermedios. En cuanto al nivel jerárquico de los encuestados, réplica aproximada de la distribución de los mismos en el universo de funcionarios, nos muestra que los estados rezagados presentan mayor concentración de funcionarios en los niveles superiores, en cambio, sucede lo contrario en los estados intermedios

- Las licenciaturas en medicina tienen menos presencia en los estados intermedios que en el conjunto, los posgrados con nivel de especialidad no clínica de un año de duración en promedio abundan un poco más en los estados rezagados mientras que la formación más sólida que se puede obtener mediante una maestría o un doctorado se distribuye de manera decreciente, tal cual sería de esperar, en estados avanzados, estados intermedios y estados rezagados.
- En cuanto a sus opiniones, podemos encontrar una mayor coincidencia en cuanto al aumento de las actividades provocadas por la descentralización en los estados intermedios. En el análisis por actividad se observa que la responsabilidad creciente en materia de toma de decisiones y participación comunitaria, fundamentales en el proceso, es menos sentida en los estados rezagados, probablemente a causa de que asumieron en menor grado la descentralización. Por otra parte, llama la atención que no se reconocen mayores esfuerzos en capacitación en los estados intermedios, a pesar de ser otro de los prerrequisitos de un buen funcionamiento descentralizado. Finalmente, la concertación con otros niveles e instituciones sólo es señalada en los estados intermedios
- Respecto a la autoconciencia, en relación con la necesidad de seguir obteniendo mayor formación administrativa, ésta disminuye al hacerlo también el nivel de desarrollo socioeconómico. En los estados avanzados se demanda reforzar fundamentalmente las áreas de planeación, presupuestación, gestión financiera y computación. Los estados intermedios requieren: planeación, gestión financiera, administración de personal y computación. Las demandas son un poco más amplias en los estados rezagados: presupuestación, planeación, computación, gestión financiera, evaluación de proyectos, evaluación de resultados y toma de decisiones. En los estados rezagados, los énfasis también son mucho más fuertes que en el resto para los casos de computación, toma de decisiones, evaluación de proyectos, planeación y presupuestación.

La tendencia general es adquirir estos conocimientos mediante educación continua, sin embargo, los estados avanzados visualizan la posibilidad de cursar estudios de posgrado mientras los otros aún tienen alguna necesidad de estudios de nivel de licenciatura. En el caso de los estados rezagados, sus demandas se distribuyen en todos los niveles, fundamentalmente en maestrías.

Las universidades estatales y del D.F. son relevantes como instituciones formadoras principalmente para los estados intermedios, en cambio, las de la región son consideradas en los otros dos tipos de estados. La explicación sería la falta de desarrollos temáticos y de calidad locales en los estados rezagados.

Las limitantes para el acceso a programas son básicamente de tiempo e información en los estados rezagados, y de falta de oferta del tema en los estados intermedios.

No aparecen diferencias significativas referidas a la calidad de la formación del personal a su cargo, en cambio, las opiniones relativas a que el superior inmediato carece del perfil adecuado se concentran en los estados intermedios.

Discusión de resultados y conclusiones

El análisis realizado para 13 de los 14 estados, con servicios de salud descentralizados y una cobertura de 28.45% de los funcionarios de nivel superior y medio de estas entidades, permite arribar a las siguientes conclusiones en relación con las hipótesis planteadas:

1) Poco más de la mitad de las personas encuestadas (58.7%) obtuvieron su grado universitario en la carrera de medicina y 33.0% de ellos estudió un posgrado en una especialidad clínica (cirugía, ginecología, pediatría, etc.). Este es el perfil predominante en los niveles directivos de la salud, donde, además, la presencia de profesionales formados en otras carreras (ingeniería 6.5%, contaduría 6.1%, derecho y ciencias sociales 5.2%, administración 4.8%, etc.) aparece fundamentalmente en el nivel de los jefes de departamento, que constituyen la instancia jerárquica más baja de los mandos medios.

Esto se explica fundamentalmente en términos de una cultura médica excesivamente autosuficiente, que da pocas oportunidades de trabajo interdisciplinario con otros especialistas, considerando que son ellos los mejor capacitados para ocupar cualquier puesto del sector salud, aunque éste tenga un carácter predominantemente administrativo.

También se investigó en el nivel de las autoridades centrales de la SSA si había alguna exigencia o recomendación dentro de la normatividad aplicable en el sentido de que estos funcionarios fueran médicos, y se nos indicó que hace muchos años no se estipula más requisito que el tener una licenciatura en cualquier área. Sin embargo, en la investigación se vio que 6.1% de los funcionarios no han obtenido un grado universitario, y que en la práctica se aceptan si cuentan con un aval político suficiente.

2) Tal como se planteaba en el marco teórico, lo ideal sería que los directivos de la salud tuvieran un doble conocimiento, el de su sector y el administrativo. La especialización exclusiva en cualquiera de estos aspectos no nos parece adecuada, por lo que consideramos que podría resultar aceptable la situación descrita en el punto anterior, si los directivos con formación clínica hubieran obtenido un posgrado en áreas administrativas o bien hubieran tenido acceso a una serie de cursos de educación continua, que les garantizaran una buena cobertura de temas administrativos, así como una secuencia y calidad adecuadas.

La investigación muestra que 6.2% de los funcionarios tiene especialidades de un año de duración en áreas administrativas de la salud y 2.6% con maestrías de duración

variable. Además, 25.3% ha estudiado salud pública durante un año, programa en el que aproximadamente la tercera parte del plan de estudios se refiere a los aspectos administrativos más elementales.

En cuanto a educación continua en la disciplina, los funcionarios declaran haber sumado en promedio unos siete cursos en su vida profesional, de los cuales sólo pueden recordar el tema de aproximadamente tres de ellos. Esto es consecuencia del nivel de pasividad que suelen mantener en ellos, fruto de su falta de motivación personal y de las características de los programas ofrecidos.

Frente a este panorama, consideramos suficientemente probadas las dos primeras hipótesis del trabajo, referidas al predominio de la formación del médico clínico y la insuficiente formación administrativa en los niveles directivos.

3) Los ocupantes de los puestos directivos de mayor jerarquía en todos los estados estudiados, así como 59.6% de los encuestados, coincidieron en que sus actividades se ampliarían de manera importante durante el proceso descentralizador. Tres de los 11 secretarios de salud (o nombramiento equivalente) entrevistados opinaron que los mandos medios a su cargo no tienen suficiente formación administrativa para asumir las funciones que les fueron delegadas. Dos de los 11 subsecretarios de Recursos Humanos manifiestan tener problemas con el desempeño de estos últimos. La cuarta parte de los funcionarios encuestados (25.45%), que tienen mandos medios a su cargo, opina que su gestión puede ser calificada de regular o mala. El 44.3% (102 personas) reconoce que no tiene la formación administrativa necesaria para el cargo que ocupa y 8.3% se atreve a decir que su jefe inmediato también tiene problemas de formación. En estos dos últimos casos debe destacarse el riesgo que para ellos significó opinar de esta manera en la encuesta, lo que nos induce a pensar que estos porcentajes aumentarían considerablemente si pudiésemos generar condiciones que garantizaran más el anonimato de las respuestas. También pudimos encontrar mayor tendencia a opinar que tenían una formación suficiente en los estados en que, a corto plazo, se iba a producir un cambio en las autoridades políticas del mismo, lo que aumentaba su inseguridad de mantenerse en el puesto.

4) Una parte sustantiva de 55.7% de los encuestados que declararon tener suficiente formación administrativa para el cargo, tiene muy pocas posibilidades de demostrarlo a partir de los estudios formales realizados y de la experiencia práctica acumulada de acuerdo con su antigüedad. El 14% estudió Administración o Contaduría en su licenciatura, 2.3% tiene una especialización en Administración de Hospitales y 34.4% ha dedicado un año a formarse en Salud Pública; mientras 5.5% no tiene licenciatura alguna, y de los restantes, 75.8% no tiene estudios de especialidad y 64.8% carece de formación en el nivel de maestría. En cuanto a su antigüedad en el cargo, ésta es de tres años y medio en promedio. El grupo que se muestra más sensible en su necesidad de continuar capacitándose resultó ser el de directores de hospitales.

En consecuencia, podemos afirmar que se asiste más bien a un proceso de desmotivación del directivo para capacitarse en áreas administrativas, en parte por problemas propios de la cultura médica, ya comentados, y también por falta de tiempo disponible (en 62.7% de los casos), restricciones financieras (36.3%) y carencia de

información sobre las oportunidades que se brindan (34.3%). Además, 19.2% opinó que los cursos que necesitan no son brindados en ningún nivel (local, regional o nacional), cuestionando la pertinencia y cobertura de los programas que se ofrecen. Por otra parte, de los cursos que satisfacen la demanda sólo un poco menos de la mitad pueden tomarse dentro del estado, que serían los más accesibles en tiempo, dinero e información. Posteriormente, vendrían los programas regionales, pero estos son muy poco considerados por los funcionarios (5.9%). En cambio, ellos visualizan mayores oportunidades en el Distrito Federal (SSA, 14.7%) y sobre todo en el estado de Morelos (INSP, 34.3%), con el consiguiente incremento de dificultades para el acceso.

5) Finalmente, aunque no se planteó una hipótesis específica al respecto, podemos detectar variaciones importantes en el diagnóstico realizado si diferenciamos los estados sometidos a estudio de acuerdo con su grado de desarrollo socioeconómico. Así, el predominio de la formación médico-clínica resulta menor en los estados intermedios que en los demás, mostrando mayor apertura del sector; la formación de posgrado más sólida (maestría, ya que los únicos dos doctorados detectados lo son en áreas clínicas) y la autoconciencia de la necesidad de seguirse capacitando, se correlacionan positivamente con el nivel de desarrollo; los estados intermedios están más conscientes del incremento de sus funciones por la descentralización, sin embargo, no realizan mayores esfuerzos en formación, capacitación y actualización; los estados rezagados tienen mayores carencias en cuanto a la oferta local de programas con buena cobertura y calidad, y mayores restricciones de tiempo e información para tener acceso a otros.

En resumen, el médico directivo no tiene suficiente formación administrativa para salir airoso en un proceso de alta descentralización de funciones, carece en proporciones importantes de conciencia de este problema, así como de motivación para continuar estudiando estos aspectos, entre otras razones, por el carácter fuertemente político de su designación. A esto se suman restricciones importantes para el acceso a programas educativos y una probable insuficiencia de la cantidad, calidad, cobertura y pertinencia temática y mala distribución geográfica de los mismos. Este último aspecto, relacionado con las características de la oferta de programas académicos en el área, apenas si se ha indagado en el presente diagnóstico, pues será el tema central por desarrollar en otro trabajo de esta misma investigación. En él se pretende plantear algunas estrategias de formación y capacitación, como la desconcentración geográfica de programas (actualmente se brindan seis programas específicos y estos se desarrollan en el D.F. y los estados circundantes de Morelos y México) con base en la determinación de centros regionales de impartición de conocimientos, localizados a través de la combinación de criterios geográficos y del nivel de desarrollo socioeconómico y educativo; la formación regional de docentes e instructores que reproduzcan cursos en su zona, o un sistema flexible, pero con buen control de calidad, que permita a los funcionarios tomar una serie de módulos secuenciales de educación continua, sin abandonar su trabajo, para sumar créditos hasta alcanzar el grado de especialidad o maestría cuando hayan cubierto la totalidad del plan de estudios correspondiente.

Anexo 1. Glosario de términos

Los principales términos empleados en el trabajo en relación con la educación y la salud se definen a continuación:

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

Capacitación. Actividades de enseñanza-aprendizaje tendientes a desarrollar en el capacitado nuevos conocimientos y habilidades, sin reconocimiento universitario.

Actualización. Actividad de enseñanza-aprendizaje dirigida a la renovación del conocimiento de quien tiene ya una formación en el tema.

Adiestramiento. Desarrollo de una destreza especial (por ejemplo, manejo de la computadora).

Educación continua. Programa de corta duración dirigido a profesionales que buscan actualizar sus conocimientos o a los que incursionan en un área nueva (e.g. médicos directivos) y requieren de capacitación en disciplinas no conocidas (e.g. administración).

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 (e.g. comunicación, liderazgo, etc.).

Destreza. Idoneidad en el empleo de una técnica.

Sistema de salud. Conjunto de instituciones que tienen por objetivo mejorar las condiciones de salud, de carácter público, de seguridad social o privadas, tanto normativas como operativas, o sea que incluye a tanto las instancias de planeación, control y evaluación como las que prestan directamente servicios de salud.

Población abierta. Se refiere a la población no cubierta por los servicios de seguridad social y que no se encuentra en condiciones económicas para tener acceso a los servicios privados.

Niveles de atención. Los servicios de salud se organizan en México en tres niveles:

Primer nivel. Corresponde a servicios de baja complejidad, de atención ambulatoria, destinados a prevenir enfermedades y conservar la salud mediante la promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes. Estos servicios se brindan a través de seis tipos de unidades: Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural para población concentrada (sin área de hospitalización), Centros de Salud Rural para Población Dispersa (o Unidad Médica Rural en el Programa IMSS-Solidaridad), Unidades Auxiliares de Salud, Unidades Móviles y Casas de Salud.

Segundo nivel. Acciones dirigidas a restaurar la salud y superar los daños mediante la atención médica brindada a través de las cuatro especialidades básicas (pediatría, ginecobstetricia, medicina interna y cirugía). Implica atención ambulatoria y hospitalización.

Tercer nivel. Acciones de restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes, a través de atención médica especializada y recursos de alta complejidad.

Especialidades clínicas. Estudios de posgrado dirigidos a especializar al médico en determinadas patologías que permitan brindar al paciente individual un tratamiento más efectivo (e.g. oncología, cardiología, psiquiatría, etc.).

Especializaciones no clínicas. Estudios de posgrado dirigidos a formar profesionales del área de la salud que se especialicen en el tratamiento de los problemas de salud colectiva (no individual) o salud pública y las diversas disciplinas que la componen, fundamentalmente epidemiología y administración de sistemas de salud.

Anexo 2. Guía de entrevista dirigida a la máxima autoridad de salud en el estado

1. ¿Cuáles son las principales funciones que le fueron delegadas al estado a partir de su descentralización?

2. ¿Considera Ud. que el personal de nivel medio y superior de los sistemas estatales de salud en su entidad federativa tiene la formación administrativa necesaria para cumplir sus funciones?

Sí: _____ No: _____

3. ¿Cuáles son las políticas aplicadas en su estado para mejorar la situación anterior y lograr así un desempeño más eficiente?

4. ¿Existe en el estado una oferta educativa adecuada para resolver las necesidades de formación administrativa del personal de salud?

5. ¿Cuáles son los principales apoyos que podrían brindarle las autoridades federales para colaborar en este proceso?

- 5.1 Enviar información sobre cursos en el Distrito Federal: _____

- 5.2 Enviar docentes del Distrito Federal a brindar cursos en la región: _____

- 5.3 Capacitar a docentes de la región para que ellos reproduzcan los cursos: _____

- 5.4 Otros (especificar): _____

Anexo 3. Guía de entrevista dirigida al subdirector de Recursos Humanos

1. ¿Cómo calificaría el desempeño de los mandos medios y superiores de los Sistemas Estatales de Salud en su entidad?
 - 1.1 Excelente: _____
 - 1.2 Bueno: _____
 - 1.3 Regular: _____
 - 1.4 Malo: _____

2. ¿Existe una caracterización del perfil de la persona que debe ocupar cada puesto directivo?
Sí: _____ No: _____

3. En su opinión, ¿qué porcentaje del personal directivo tiene el perfil adecuado al cargo que desempeña?

4. ¿Considera que el desempeño podría mejorarse mediante actividades de formación, capacitación, actualización, etc.?
Sí: _____ No: _____
¿Por qué? _____

5. ¿Cuáles son las mayores necesidades de conocimientos administrativos que al respecto percibe entre los funcionarios de nivel medio y superior?

6. ¿Coinciden éstas con las demandas que los mismos realizan o cuáles son las principales diferencias?

7. ¿Se apoya al personal directivo en aspectos financieros, con disposición de tiempo y de información para que pueda satisfacer sus necesidades de formación, capacitación, etc.?

8. ¿Se reconocen los esfuerzos anteriores con motivo de promover al interesado?

9. ¿Considera Ud. que el personal directivo ha visto incrementada su actividad a partir de la descentralización de su entidad?
Sí: _____ No: _____

10. Si contestó afirmativamente a la anterior, ¿cuáles serían las principales funciones ampliadas?

Anexo 4. Guía de entrevista dirigida al subdirector de Enseñanza

1. ¿Las actividades de enseñanza se planean de acuerdo con el diagnóstico que recoge anualmente el Centro de Capacitación y Desarrollo (Cecade) de la Secretaría de Salud?
Sí: _____ No: _____

2. ¿Se tienen en cuenta otras fuentes de información? ¿Cuáles?

3. ¿Cuáles considera las demandas más sentidas en el área administrativa, por niveles jerárquicos?

3.1 Directores generales: _____

3.2 Directores de área: _____

3.3 Jefes de departamento: _____

3.4 Otros (especificar): _____

4. ¿Podría brindarme un listado de los cursos desarrollados durante 1993 en la jefatura a su cargo con el total de horas-clase impartidas y el número de asistentes? _____

5. ¿Podría informarme sobre el número de personas que salieron del estado en 1993 con el objetivo de continuar o iniciar su formación administrativa, especificando duración y lugar en que se impartió la misma?

5.1 Cursos de educación continua: _____

5.2 Programas de diplomado: _____

5.3 Programas de especialidad: _____

5.4 Programas de maestría: _____

5.5 Programas doctorales: _____

5.6 Otros (especificar): _____

6. ¿Cuáles son las instituciones que brindan formación administrativa dirigida a los directivos de la salud?

6.1 En su localidad: _____

6.2 En la región: _____

6.3 Fuera de la región: _____

Anexo 5. Encuesta dirigida a los mandos medios y superiores de los estados con servicios descentralizados de salud

1. Información general

0. Folio núm. _____
1. Estado en que se aplica la encuesta: _____
2. Fecha de aplicación: _____
3. Nombre del encuestado (si desea brindarlo):

4. Sexo: _____
5. Área de trabajo: _____
6. Nivel de cargo: _____
- 6.1 Director de área: _____
- 6.2 Director de hospital: _____
- 6.3 Subdirector: _____
- 6.4 Jefe de departamento: _____
- 6.5 Jefe de jurisdicción: _____
- 6.2 Otros: _____
7. Antigüedad: _____
- 7.1 En el cargo: _____
- 7.2 Dentro de la SSA en el estado (Sistemas Estatales de Salud actuales y Servicios Coordinados de Salud Pública en el pasado): _____
- 7.3 Dentro de la SSA a nivel nacional (especificar en qué otras entidades federativas trabajó): _____
- 7.4 Dentro del sector salud a nivel nacional (SSA, organismos de seguridad social, iniciativa privada, etc.): _____

8. Nivel de formación: _____
- 8.1 Licenciatura en la carrera de: _____,
egresado (a) en el año: _____
- 8.2 Especialización clínica en: _____,
egresado (a) en el año: _____
- 8.3 Especialidad en áreas no clínicas en: _____,
egresado (a) en el año: _____
- 8.4 Maestría en _____, egresado (a) en el año: _____
- 8.5 Doctorado en: _____, egresado (a) en el año: _____
- 8.6 Cursos de educación continua en temas administrativos:
- Número de cursos tomados: _____
 - Duración promedio de los mismos: _____
 - Temas de los cursos recordados, anotando el lugar y la institución que los impartió: _____
- 8.7 Otros cursos de apoyo al desempeño administrativo: _____
-

2. Encuesta de opinión

1. ¿Cree Ud. que la descentralización de su estado incrementó las tareas a desarrollar en su puesto de trabajo?
Sí: _____ No: _____
Si contestó afirmativamente, favor de enunciar las principales:

2. ¿Considera Ud. que tiene la formación administrativa necesaria para desempeñar eficientemente el cargo que ocupa?
Sí: _____ No: _____
(Si contestó afirmativamente, favor de pasar a la pregunta núm. 8.)
3. Si contestó negativamente a la anterior, favor de especificar los tres principales temas en que siente necesidad de reforzar sus conocimientos, habilidades y destrezas:
- 3.1 Planeación: _____

- 3.2 Preparación y administración del presupuesto: _____

- 3.3 Control de gestión: _____
- 3.4 Toma de decisiones: _____
- 3.5 Coordinación de equipos: _____
- 3.6 Manejo de personal: _____
- 3.7 Gestión financiera: _____
- 3.8 Evaluación de proyectos: _____
- 3.9 Evaluación de resultados: _____
- 3.10 Manejo de paquetes computacionales: _____

- 3.11 Idiomas: _____
- 3.12 Otros (especificar): _____

4. Para cubrir las necesidades anteriores estima necesario tomar:
- 4.1 Cursos de educación continua: _____

- 4.2 Licenciatura: _____
- 4.3 Especialidad: _____
- 4.5 Maestría: _____
- 4.6 Doctorado: _____
- 4.7 Otros: _____
5. ¿En qué instituciones y lugares cree que podría obtener la preparación que necesita?

6. En el caso en que los lugares antes especificados no correspondan a su localidad, anotar las razones que fundamentan su elección:
- 6.1 El tema no se desarrolla en la localidad: _____

- 6.2 El tema es desarrollado en la localidad pero carece de la calidad deseada: _____

- 6.3 El tema es desarrollado en la localidad pero no tiene el enfoque didáctico y metodológico deseado: _____

- 6.4 Otros (especificar): _____

7. ¿Cuáles han sido las restricciones que le han impedido tomar los cursos que estima necesarios?
- 7.1 De tiempo disponible: _____
- 7.2 Financieras: _____
- 7.3 El tema no se ofrece: _____
- 7.4 Falta información: _____
- 7.5 Otros (especificar): _____

8. Si el nivel jerárquico de las personas que dependen inmediatamente de Ud. corresponde aún a mandos medios, favor de opinar sobre el grado de suficiencia de su formación administrativa promedio:
- 8.1 Excelente: _____
- 8.2 Buena: _____
- 8.3 Regular: _____
- 8.4 Mala: _____
9. Indicar, retomando la lista de la pregunta núm. 3, los cinco temas principales en que recomendaría su formación, capacitación o actualización:

10. ¿Cree que su jefe inmediato tiene el perfil administrativo adecuado a su cargo?
Sí: _____ No: _____
11. Si contestó negativamente ¿cuáles son las áreas en que cree debería complementar o actualizar su formación?

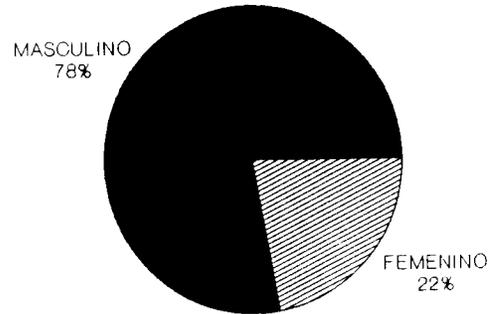
Referencias bibliográficas

- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Washington.
- Cardozo B., Myriam (1993), "Formación administrativa de recursos humanos para la descentralización en Salud", *The Journal of Health Administration Education*, EUA, núm. 11:4.

- (1993a), “Análisis de la política descentralizadora en el sector salud”, División de Administración Pública, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C., Primer premio en el concurso organizado por la Asociación de Administradores Gubernamentales en Argentina, abril.
- Cardozo B., Myriam y otros (1992), *Prospectiva de la educación en salud pública. 2005*, aceptado en Serie Perspectivas en Salud Pública, INSP, Cuernavaca, Morelos.
- Cecade/SSA (1993), *Concentrado nacional de detección de necesidades de capacitación para el desempeño 1993*, tomo III, abril.
- CIESS (1992), “Informe 1992 y Programa 1993”, XVI Asamblea General, Acapulco, Guerrero, noviembre.
- INEGI (1992), *XI Censo de Población y Vivienda 1990*, México.
- (1994), *Finanzas públicas estatales y municipales 1989-1992*, México.
- Kliksberg, Bernardo, “¿Cómo enfrentar la pobreza? Dilemas gerenciales y experiencias innovativas”, *Modelos organizacionales para América Latina*, CIDE/UAM/HEC (en prensa).
- Ocampo, Federico (1994), “El estrategia público en el sector salud en los estados descentralizados de Morelos, Tlaxcala y México”, CIDE, México, Tesina para obtener el grado de maestro en Administración Pública.
- OPS/OMS (1985), *Nuevos enfoques en la enseñanza de la administración de Salud*, Río de Janeiro, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, núm. 68, mayo.
- (1989), *Revista Educación Médica y Salud*, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre.
- (1991), *Revista Educación Médica y Salud*, vol. 25, núm. 4, octubre-diciembre.
- Palencia y otros (1987), “El proceso de diseño curricular de la maestría en Ciencias en Organización y Dirección de Sistemas de Atención a la Salud del PROASA-México”, ponencia presentada en la Primera Reunión Académica de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Educación, A.C., México.
- Ruelas, E. y otros (1991), “Análisis de los problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias”, *The Journal of Health Administration Education*, EUA, núms. 8:2, 3:3 y 8:4.
- (1991), “Análisis de los problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias”, *The Journal of Health Administration Education*, EUA, núm. 9:1.
- Ruelas E. y P. Leatt (1985), “The Role of Physician Executives in Hospitals: A Framework for Management Education”, *The Journal of Health Administration Education*, EUA, núm. 3.
- Sociedad Mexicana de Salud Pública (1990), *El recurso humano para la salud pública*, Memoria de la XLIV Reunión Anual, Morelia, Michoacán, noviembre.

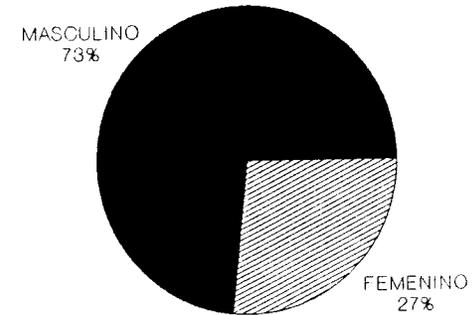
SEXO

(Muestra Nacional • 230)



SEXO

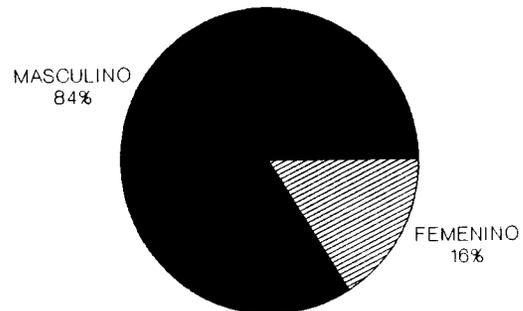
(Estados Avanzados • 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

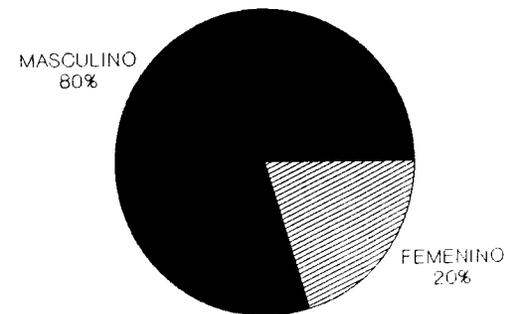
SEXO

(Estados Intermedios • 37)



SEXO

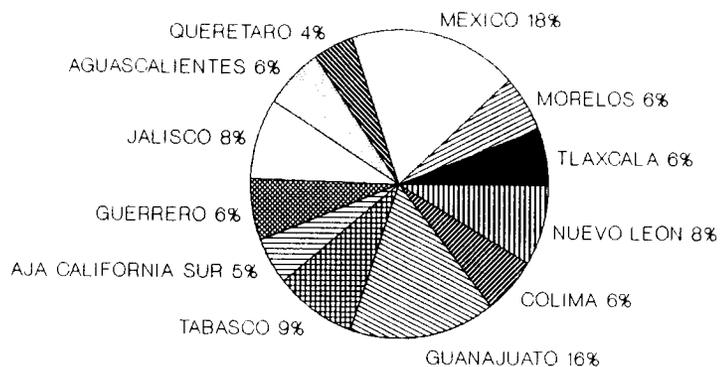
(Estados Rezagados • 103)



CLAD-CIDE, 1994.

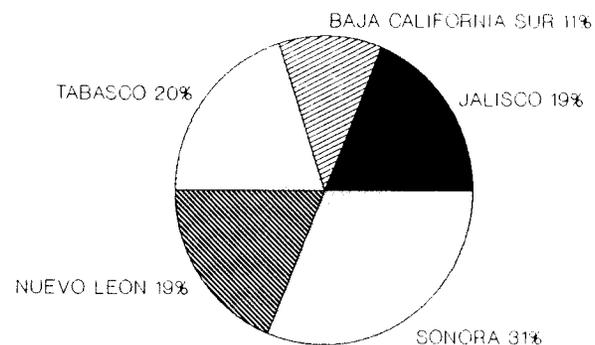
ESTADO

(Muestra Nacional - 230)



ESTADO

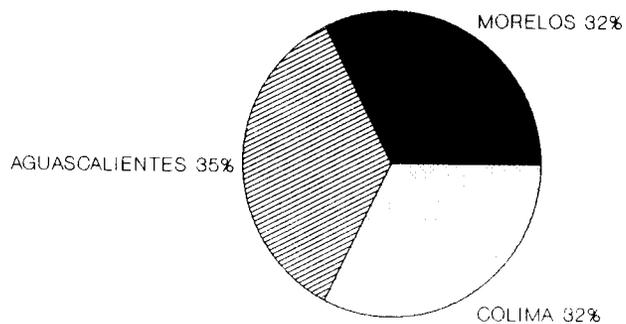
(Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

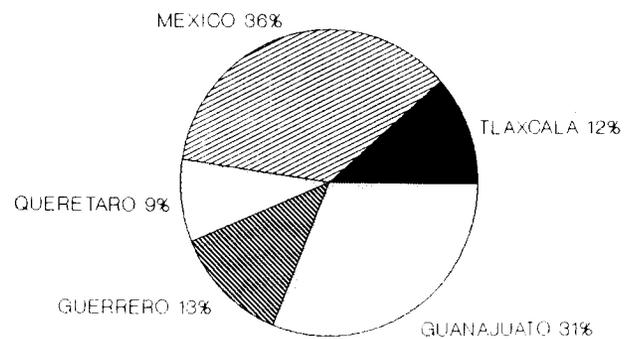
ESTADO

(Estados Intermedios - 37)



ESTADO

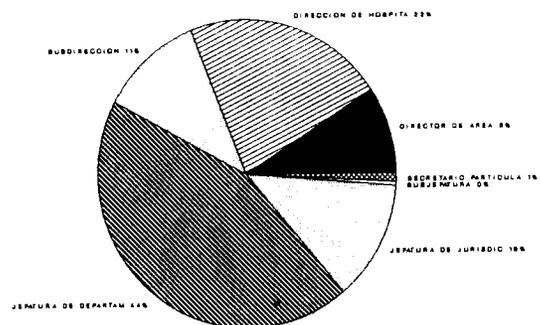
(Estados Rezagados - 103)



CLAD-CIDE, 1994.

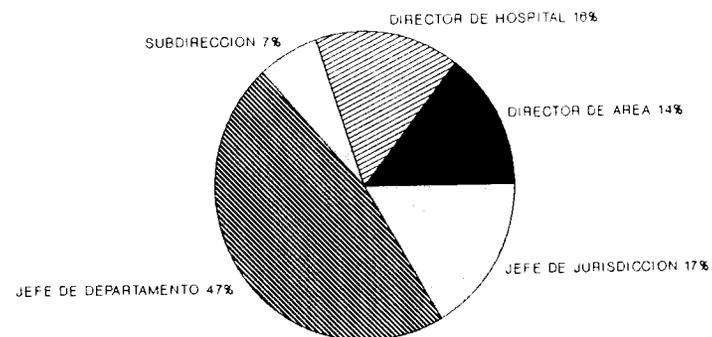
NIVEL DEL ENTREVISTADO

(Muestra Nacional - 230)



NIVEL DEL ENTREVISTADO

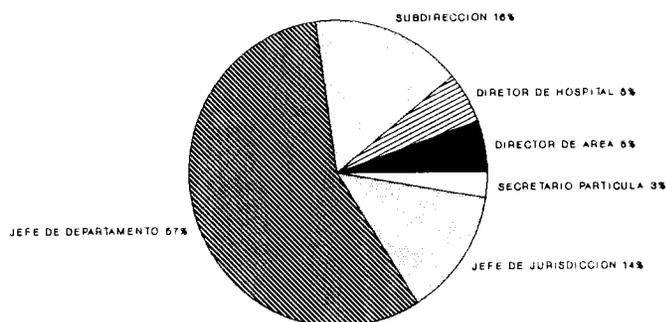
(Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

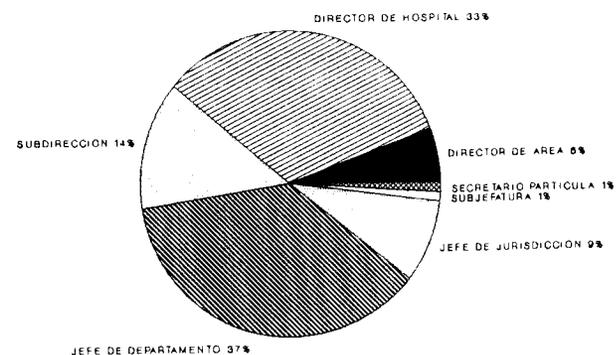
NIVEL DEL ENTREVISTADO

(Estados Intermedios - 37)



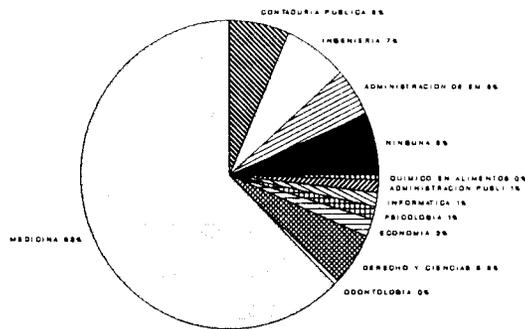
NIVEL DEL ENTREVISTADO

(Estados Rezagados - 103)

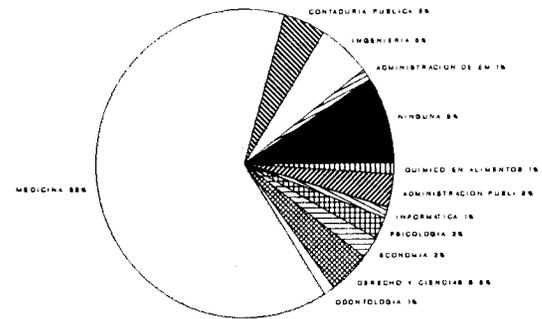


CLAD-CIDE, 1994.

LICENCIATURA EN
(Muestra Nacional = 230)

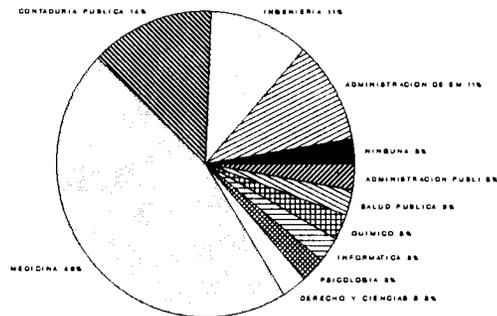


LICENCIATURA EN
(Estados Avanzados = 90)

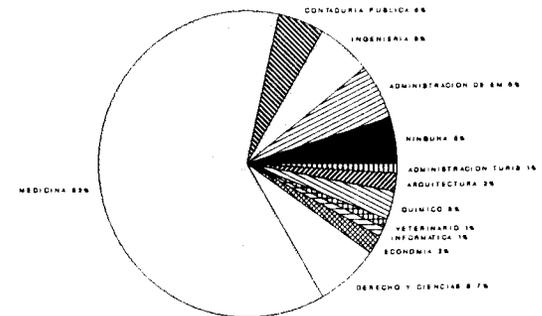


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

LICENCIATURA EN
(Estados Intermedios = 37)

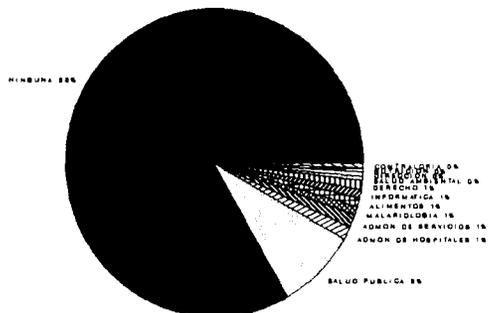


LICENCIATURA EN
(Estados Rezagados = 103)



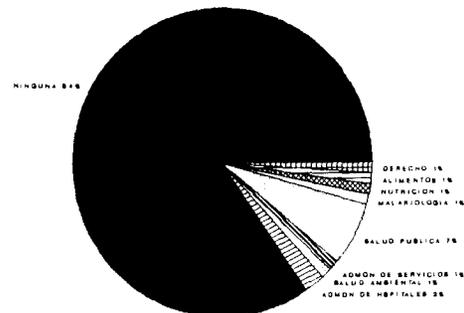
ESPECIALIDAD NO CLINICA DEL ENTREVISTADO

(Muestra Nacional = 230)



ESPECIALIDAD NO CLINICA DEL ENTREVISTADO

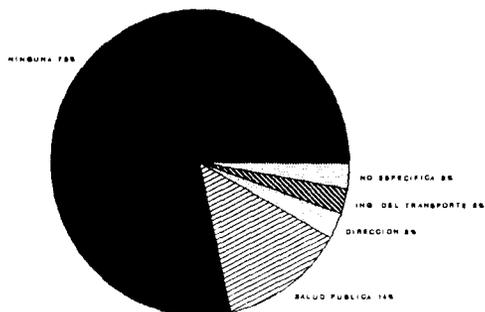
(Estados Avanzados = 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

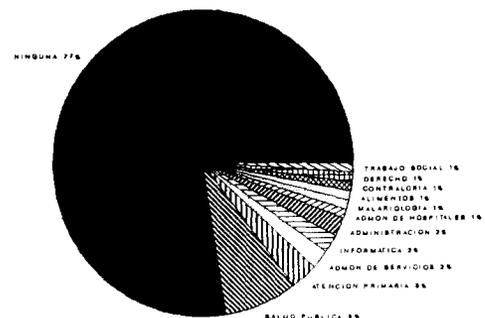
ESPECIALIDAD NO CLINICA DEL ENTREVISTADO

(Estados Intermedios = 37)



ESPECIALIDAD NO CLINICA DEL ENTREVISTADO

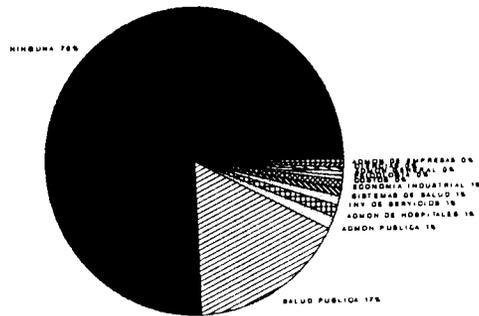
(Estados Rezagados = 103)



CLAD-CIDE, 1994.

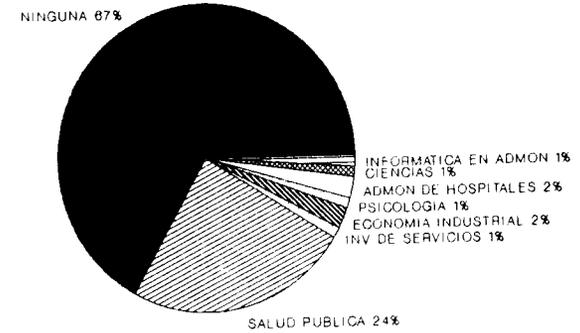
PROGRAMA DE MAESTRIA

(Muestra Nacional = 230)



PROGRAMA DE MAESTRIA

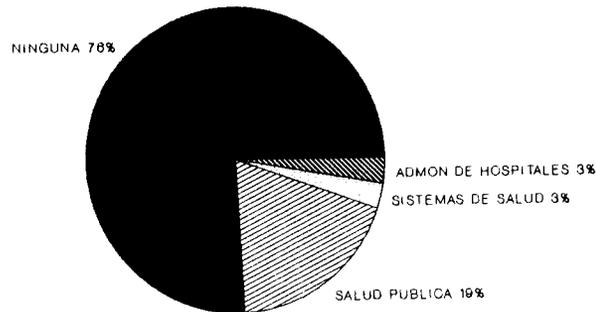
(Estados Avanzados = 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

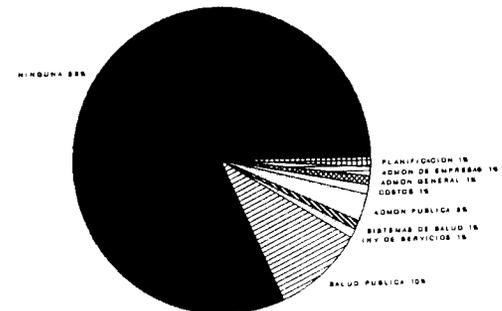
PROGRAMA DE MAESTRIA

(Estados Intermedios = 37)



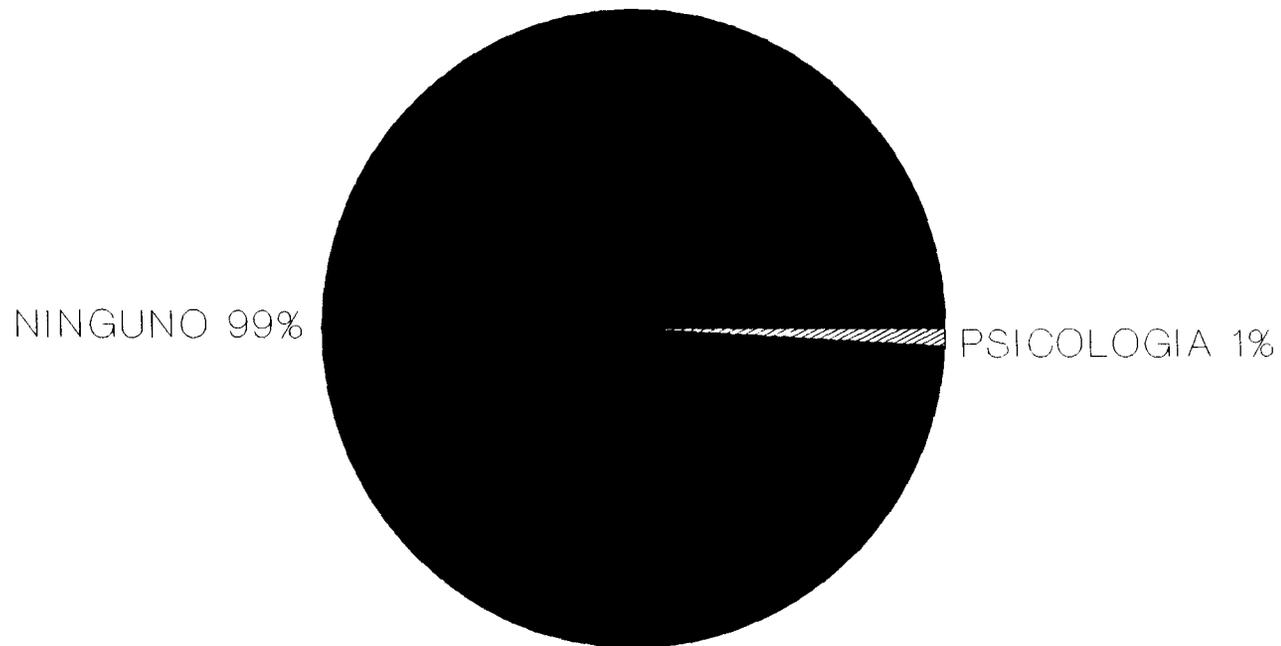
PROGRAMA DE MAESTRIA

(Estados Rezagados = 103)



CLAD-CIDE, 1994.

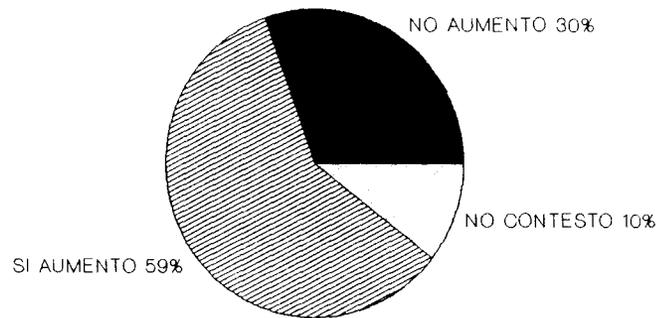
ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL
DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD
DOCTORADO*
(Muestra Nacional = 230)



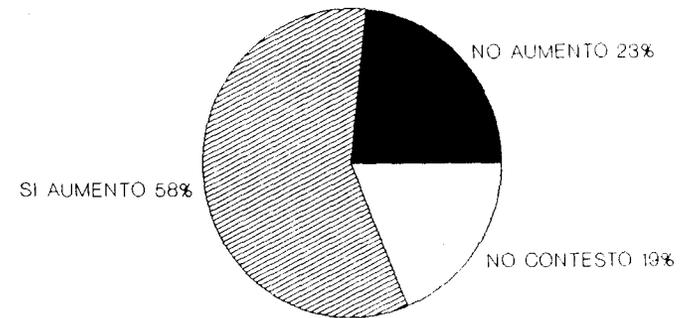
CLAD-CIDE, 1994.

* Solo se reportaron 2 encuestas con programa doctoral, ambas pertenecientes a los Estados Avanzados.

¿AUMENTARON SUS TAREAS CON LA
DESCENTRALIZACION?
(Muestra Nacional • 230)

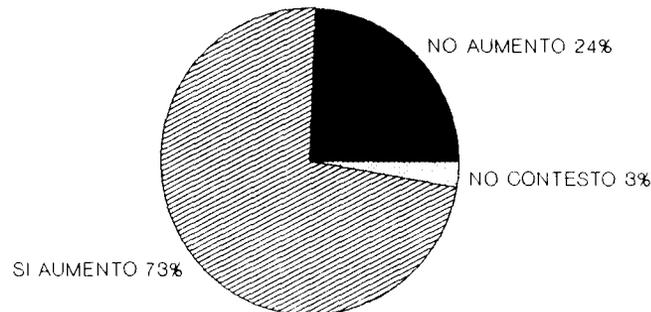


¿AUMENTARON SUS TAREAS CON LA
DESCENTRALIZACION?
(Estados Avanzados • 90)

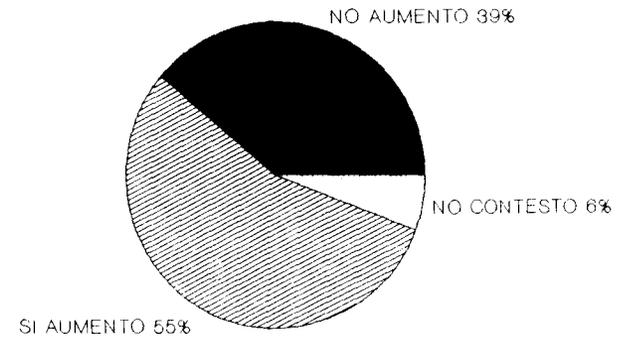


ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

¿AUMENTARON SUS TAREAS CON LA
DESCENTRALIZACION?
(Estados Intermedios • 37)

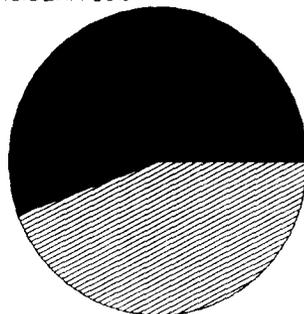


¿AUMENTARON SUS TAREAS CON LA
DESCENTRALIZACION?
(Estados Rezagados • 103)



¿TIENE LA FORMACION ADMINISTRATIVA NECESARIA?
(Muestra Nacional • 230)

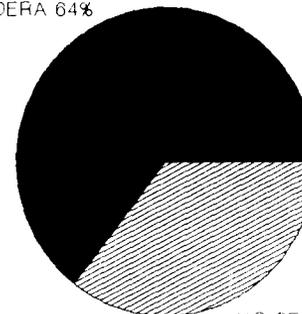
SI SE CONSIDERA 56%



NO SE CONSIDERA 44%

¿TIENE LA FORMACION ADMINISTRATIVA NECESARIA?
(Estados Avanzados • 90)

SI SE CONSIDERA 64%

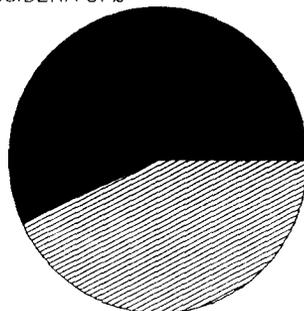


NO SE CONSIDERA 36%

ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

¿TIENE LA FORMACION ADMINISTRATIVA NECESARIA?
(Estados Intermedios • 37)

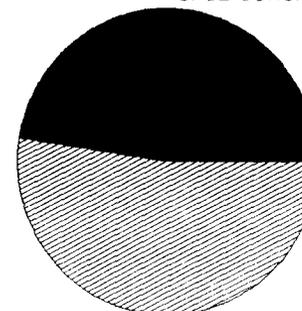
SI SE CONSIDERA 57%



NO SE CONSIDERA 43%

¿TIENE LA FORMACION ADMINISTRATIVA NECESARIA?
(Estados Rezagados • 103)

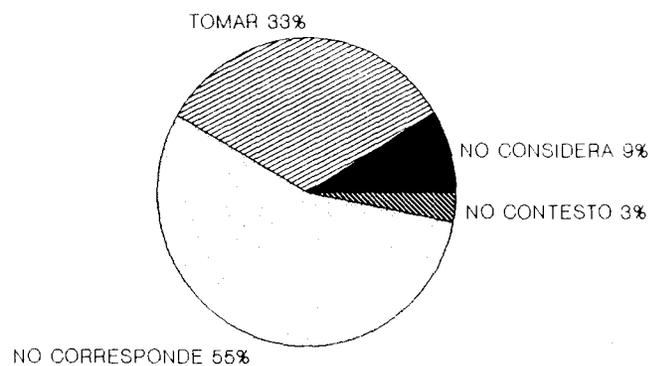
SI SE CONSIDERA 48%



NO SE CONSIDERA 52%

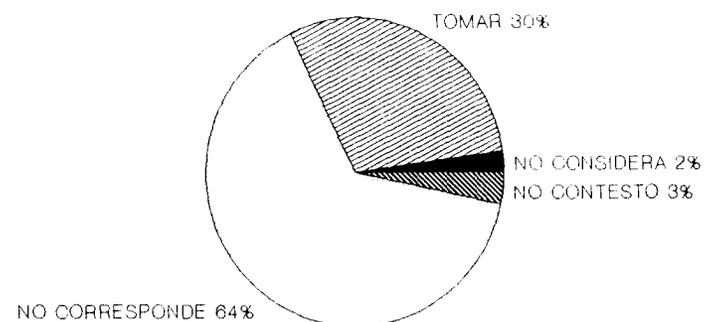
CURSOS DE EDUCACION CONTINUA

(Muestra Nacional - 230)



CURSOS DE EDUCACION CONTINUA

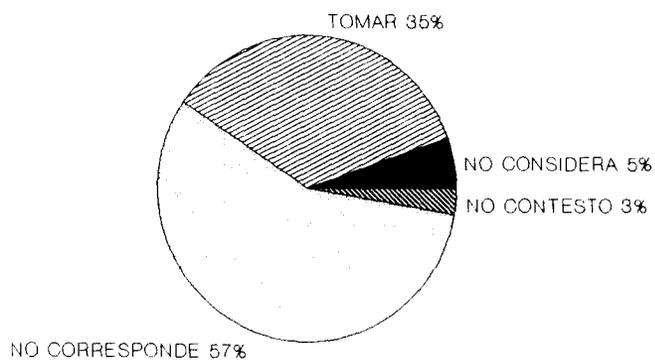
(Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

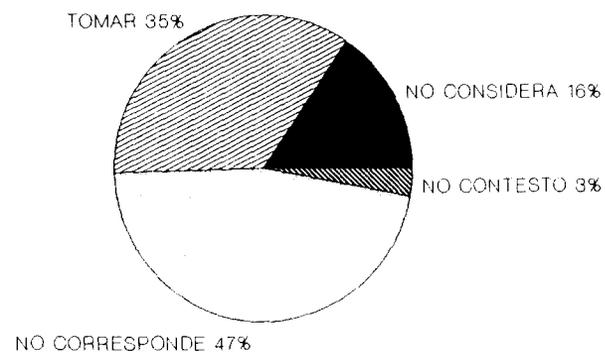
CURSOS DE EDUCACION CONTINUA

(Estados Intermedios - 37)



CURSOS DE EDUCACION CONTINUA

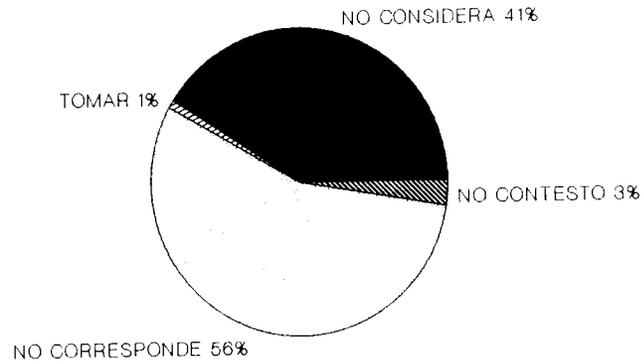
(Estados Rezagados - 103)



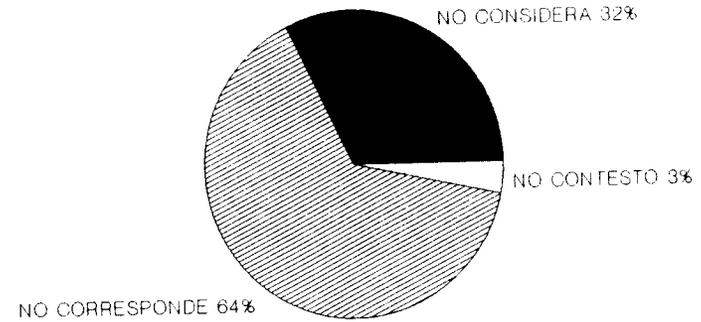
CLAD-CIDE, 1994.

CURSOS QUE RECOMIENDA TOMAR EL ENTREVISTADO

LICENCIATURA
(Muestra Nacional - 230)

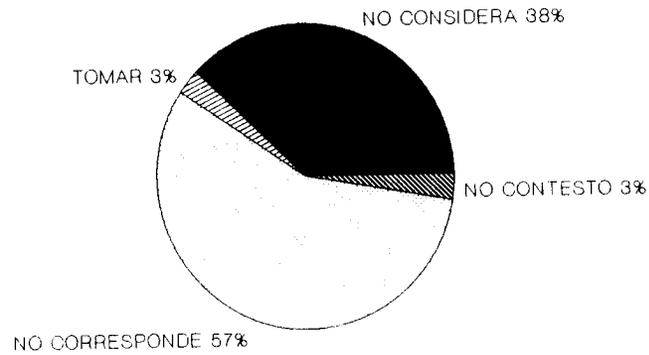


LICENCIATURA
(Estados Avanzados - 90)

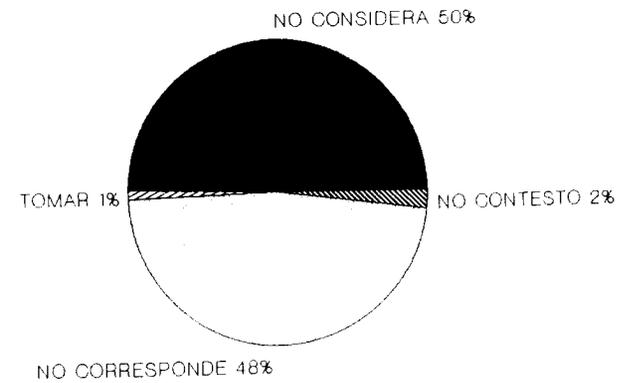


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

LICENCIATURA
(Estados Intermedios - 37)



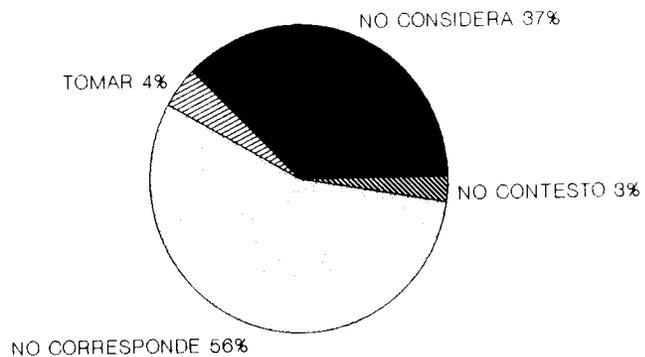
LICENCIATURA
(Estados Rezagados - 103)



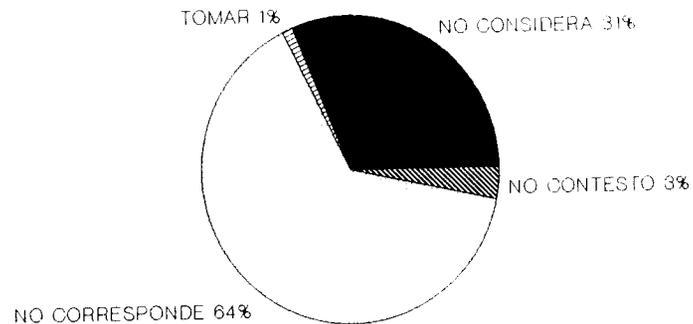
CLAD-CIDE, 1994.

CURSOS QUE RECOMIENDA TOMAR EL ENTREVISTADO

ESPECIALIDADES
(Muestra Nacional • 230)

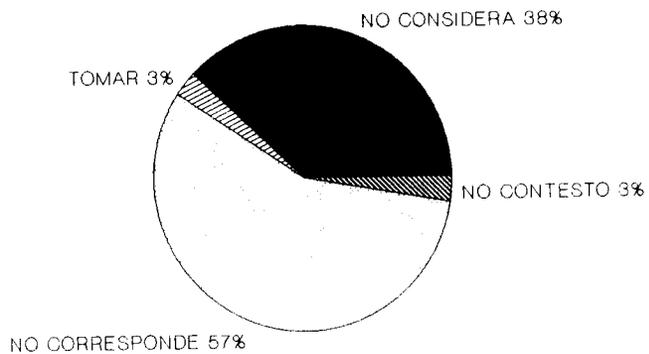


ESPECIALIDADES
(Estados Avanzados • 90)

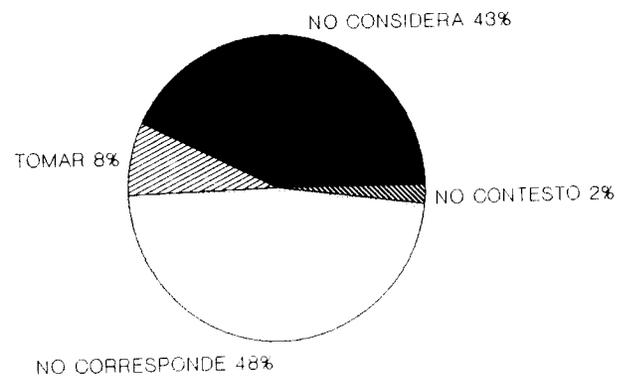


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

ESPECIALIDADES
(Estados Intermedios • 37)



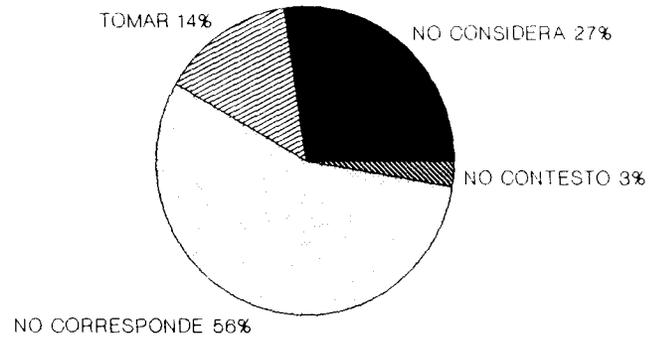
ESPECIALIDADES
(Estados Rezagados • 103)



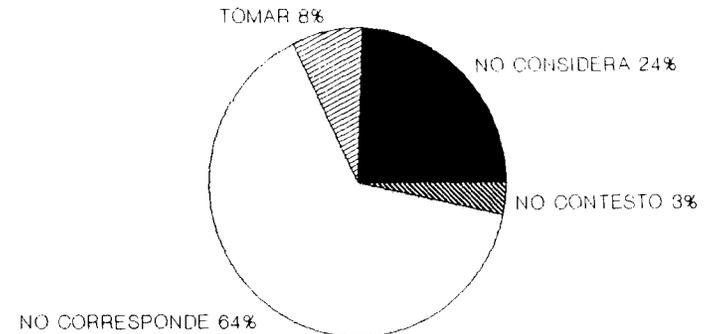
CLAD-CIDE, 1994.

CURSOS QUE RECOMIENDA TOMAR EL ENTREVISTADO

MAESTRIA
(Muestra Nacional - 230)

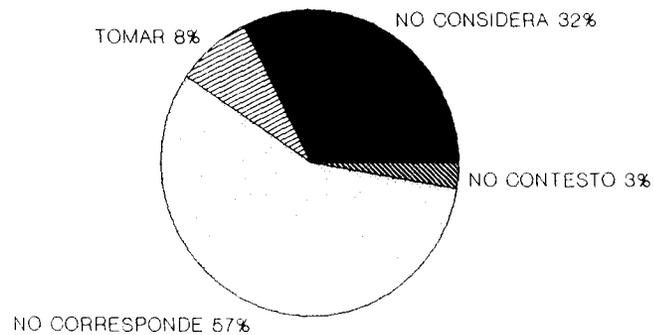


MAESTRIA
(Estados Avanzados - 90)

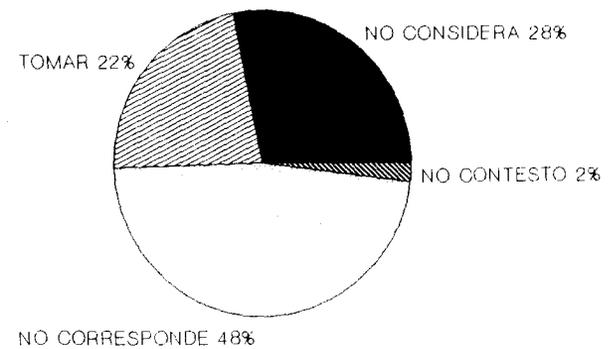


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

MAESTRIA
(Estados Intermedios - 37)



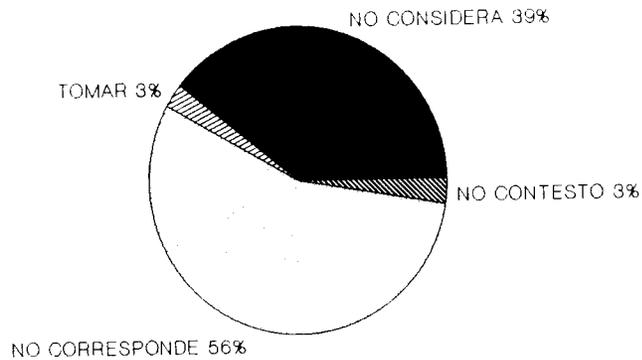
MAESTRIA
(Estados Rezagados - 103)



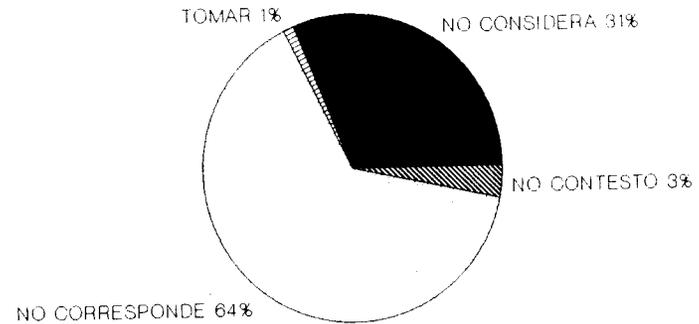
CLAD-CIDE, 1994.

CURSOS QUE RECOMIENDA TOMAR EL ENTREVISTADO

DOCTORADO
(Muestra Nacional • 230)

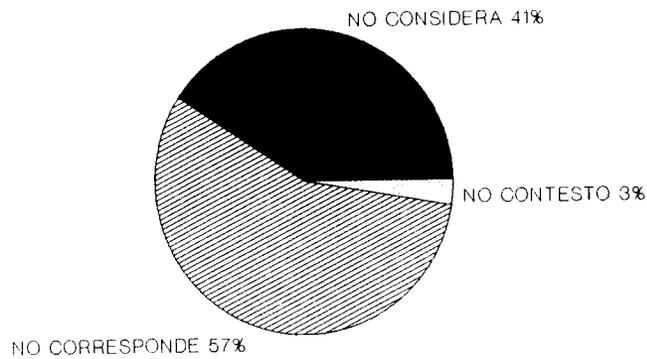


DOCTORADO
(Estados Avanzados • 90)

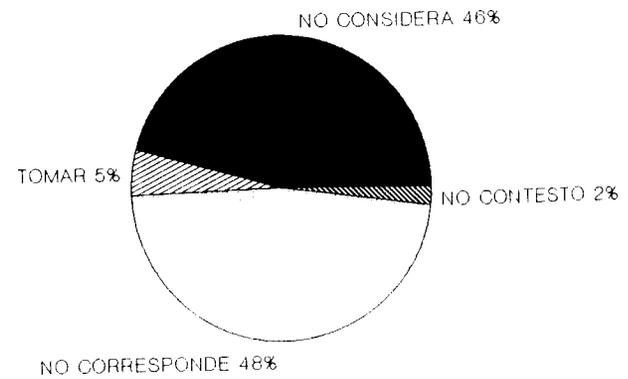


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

DOCTORADO
(Estados Intermedios • 37)



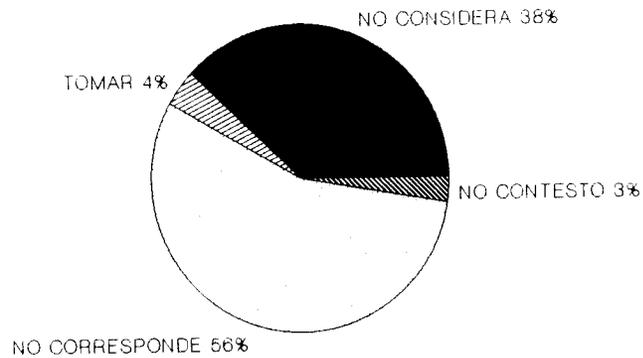
DOCTORADO
(Estados Rezagados • 103)



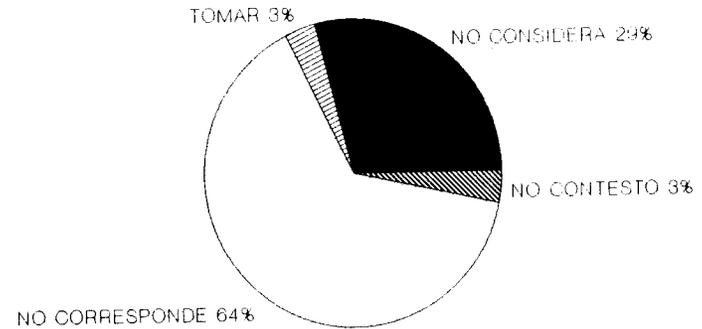
CLAD-CIDE, 1994.

CURSOS QUE RECOMIENDA TOMAR EL ENTREVISTADO

OTROS
(Muestra Nacional - 230)

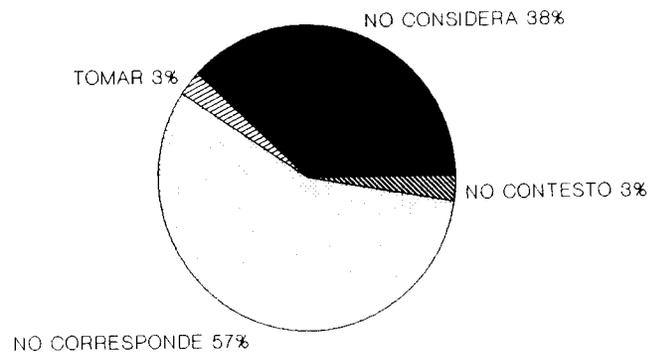


OTROS
(Estados Avanzados - 90)

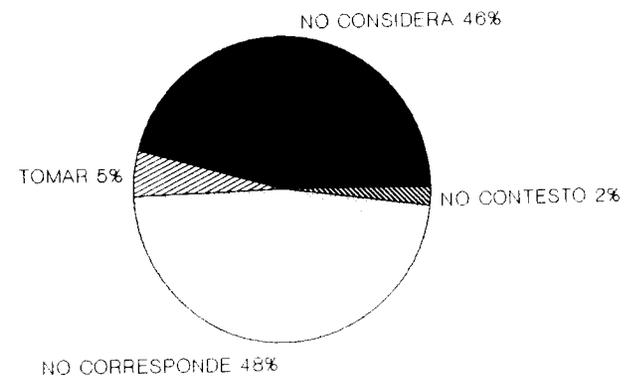


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

OTROS
(Estados Intermedios - 37)



OTROS
(Estados Rezagados - 103)

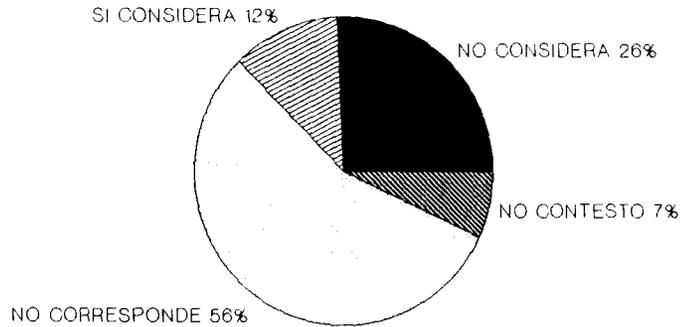


CLAD-CIDE, 1994.

CURSOS QUE RECOMIENDA TOMAR EL ENTREVISTADO

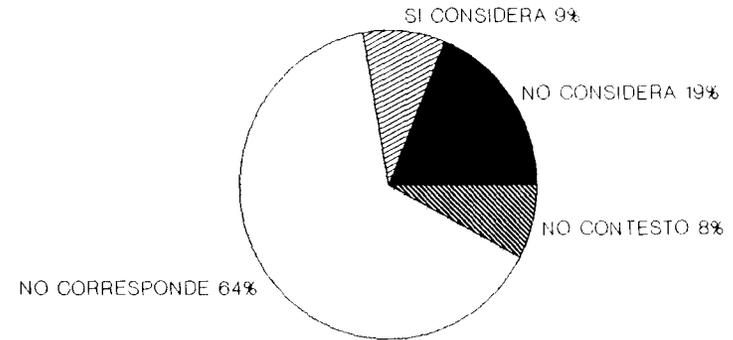
UNIVERSIDAD ESTATAL

(Muestra Nacional • 230)



UNIVERSIDAD ESTATAL

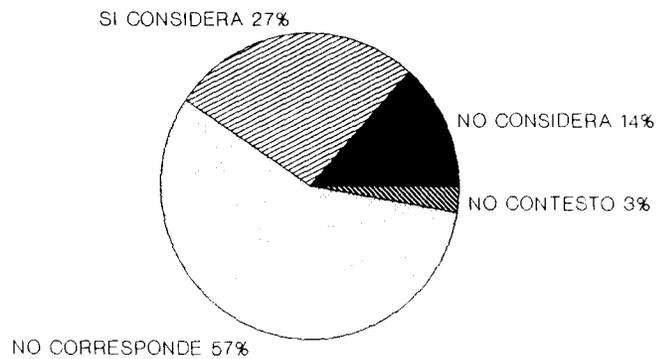
(Estados Avanzados • 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

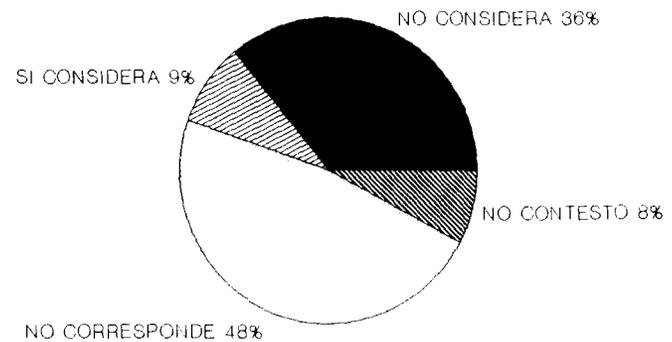
UNIVERSIDAD ESTATAL

(Estados Intermedios • 37)



UNIVERSIDAD ESTATAL

(Estados Rezagados • 103)

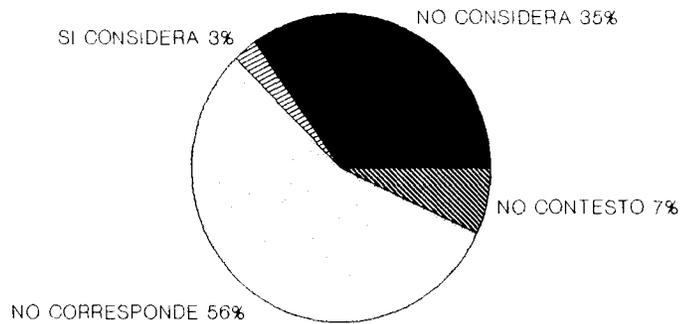


CLAD-CIDE, 1994.

LUGARES DONDE EL ENCUESTADO RECOMIENDA TOMARLOS

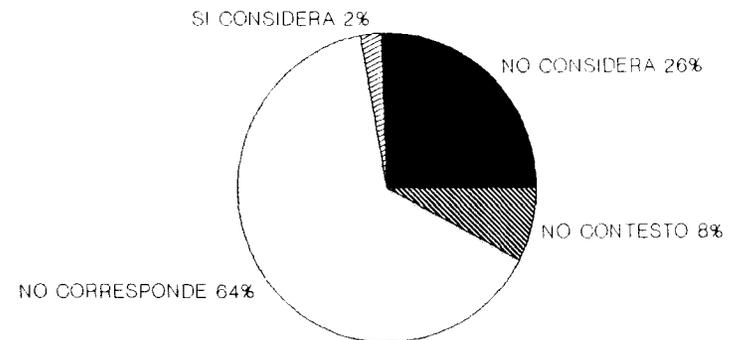
UNIVERSIDADES REGIONALES

(Muestra Nacional - 230)



UNIVERSIDADES REGIONALES

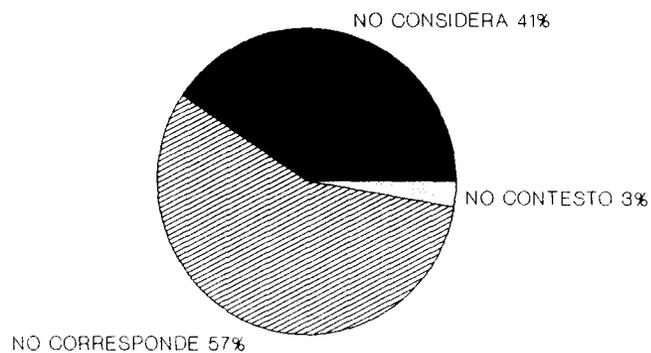
(Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

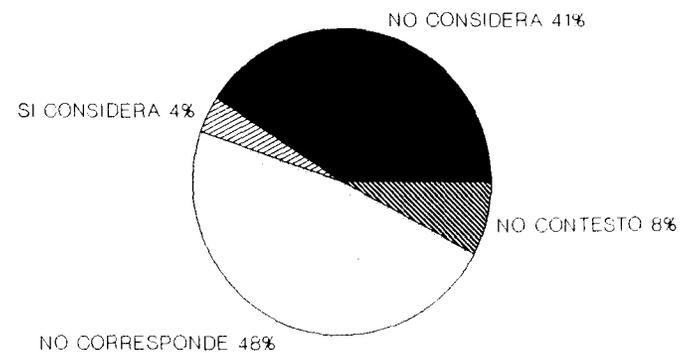
UNIVERSIDADES REGIONALES

(Estados Intermedios - 37)



UNIVERSIDADES REGIONALES

(Estados Rezagados - 103)

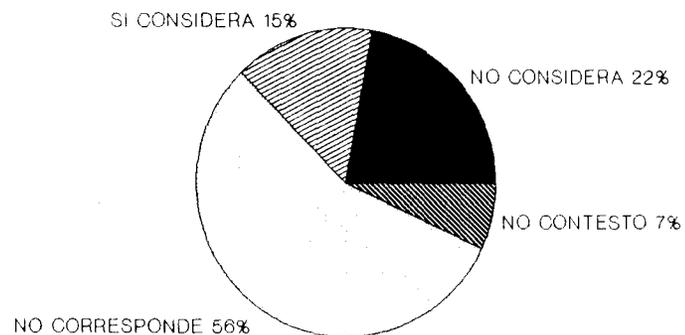


CLAD-CIDE, 1994.

LUGARES DONDE EL ENCUESTADO RECOMIENDA TOMARLOS

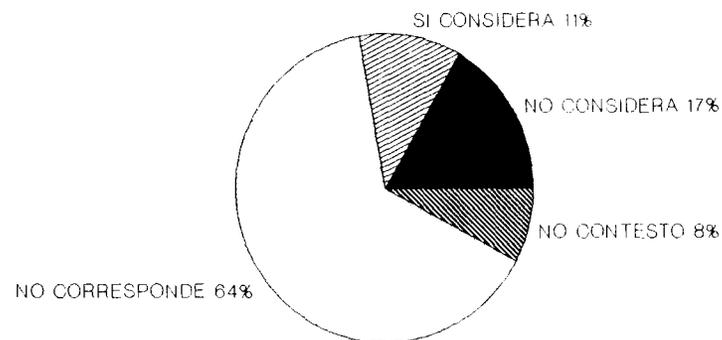
**INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD PUBLICA**

(Muestra Nacional • 230)



**INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD PUBLICA**

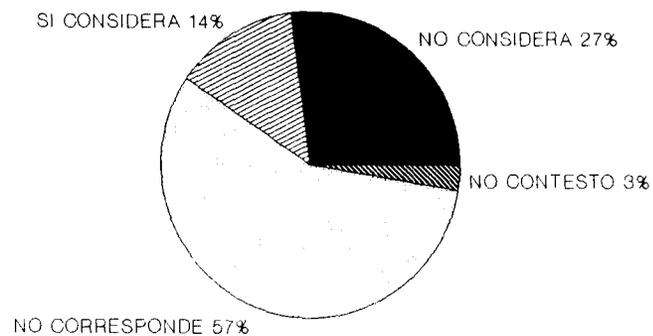
(Estados Avanzados • 90)



**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

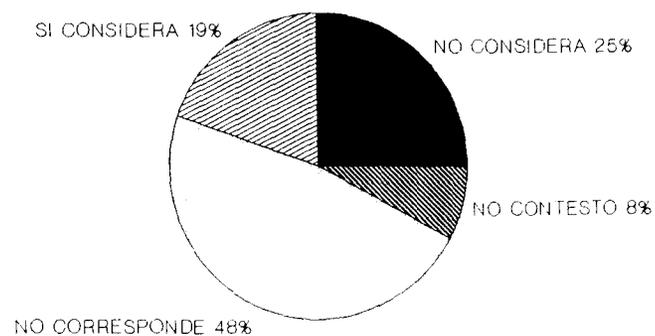
**INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD PUBLICA**

(Estados Intermedios • 37)



**INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD PUBLICA**

(Estados Rezagados • 103)

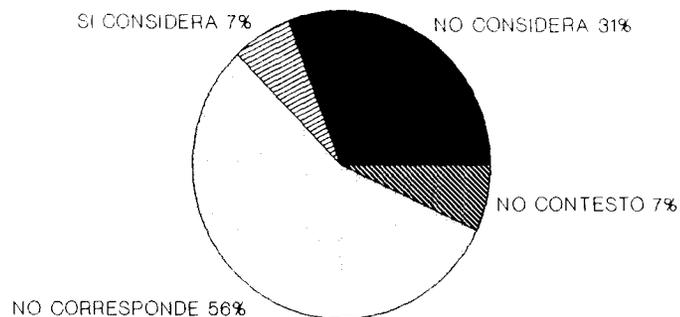


CLAD-CIDE, 1994.

LUGARES DONDE EL ENCUESTADO RECOMIENDA TOMARLOS

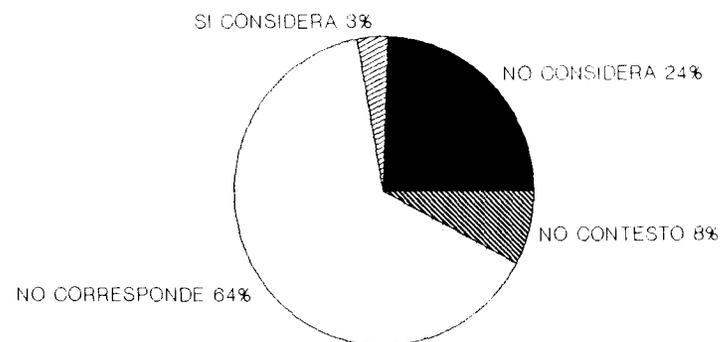
SECRETARIA DE SALUD (D.F.)

(Muestra Nacional - 230)



SECRETARIA DE SALUD (D.F.)

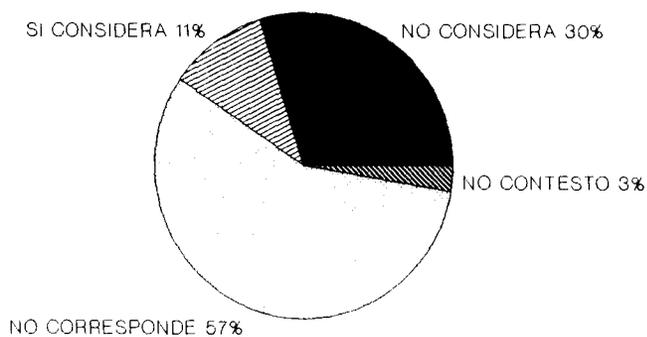
(Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

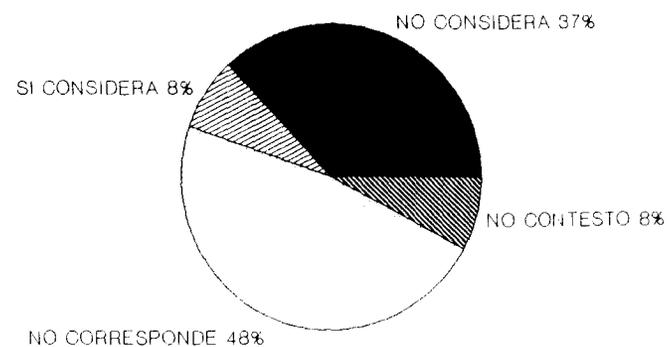
SECRETARIA DE SALUD (D.F.)

(Estados Intermedios - 37)



SECRETARIA DE SALUD (D.F.)

(Estados Rezagados - 103)

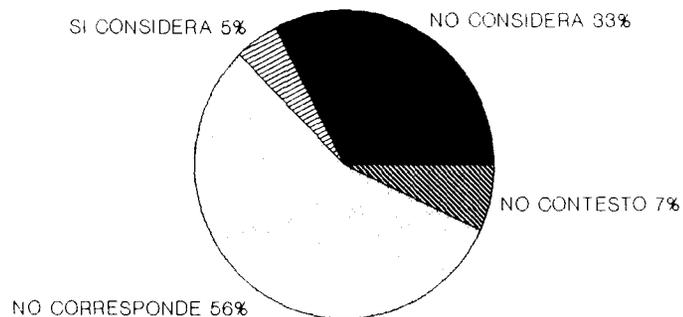


CLAD-CIDE, 1994.

LUGARES DONDE EL ENCUESTADO RECOMIENDA TOMARLOS

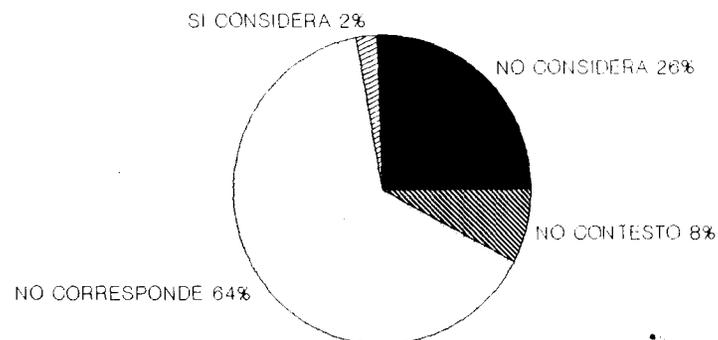
UNIVERSIDADES DEL D.F.

(Muestra Nacional • 230)



UNIVERSIDADES DEL D.F.

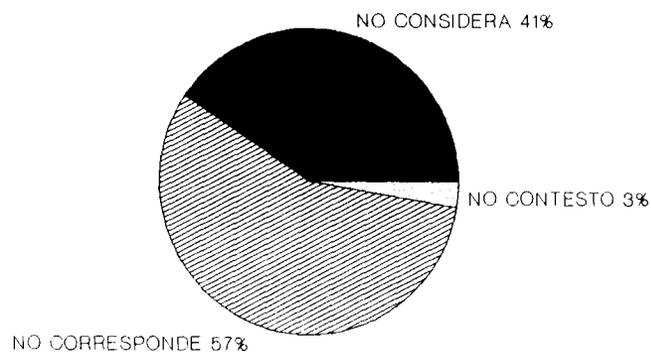
(Estados Avanzados • 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

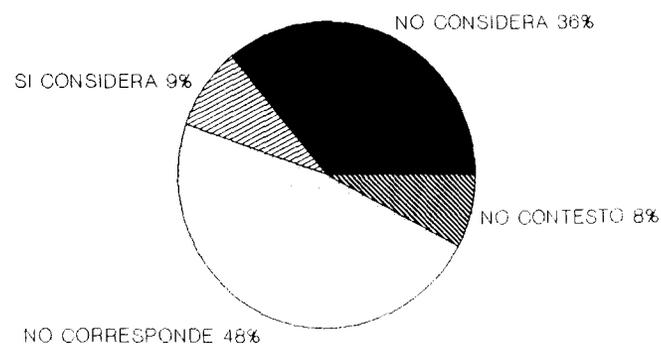
UNIVERSIDADES DEL D.F.

(Estados Intermedios • 37)



UNIVERSIDADES DEL D.F.

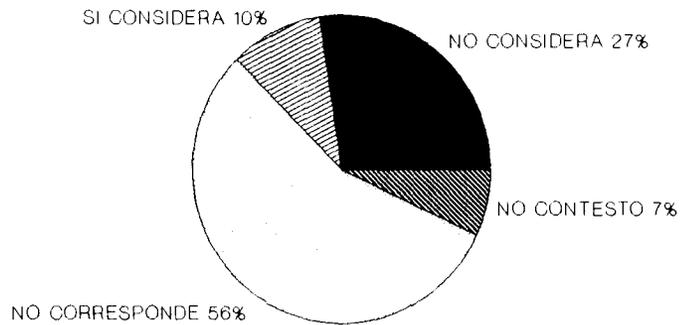
(Estados Rezagados • 103)



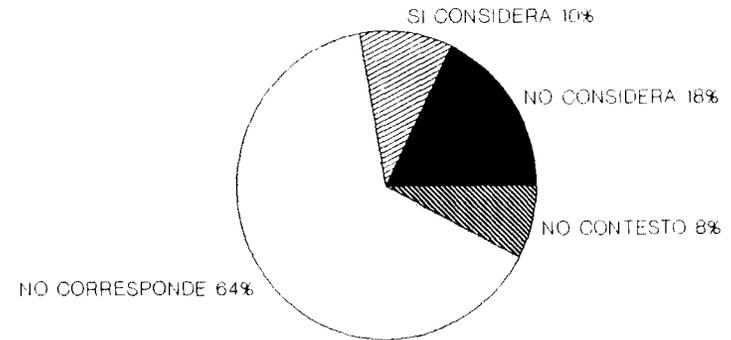
CLAD-CIDE, 1994.

LUGARES DONDE EL ENCUESTADO RECOMIENDA TOMARLOS

**SECRETARIA DE SALUD
(NIVEL LOCAL)**
(Muestra Nacional • 230)

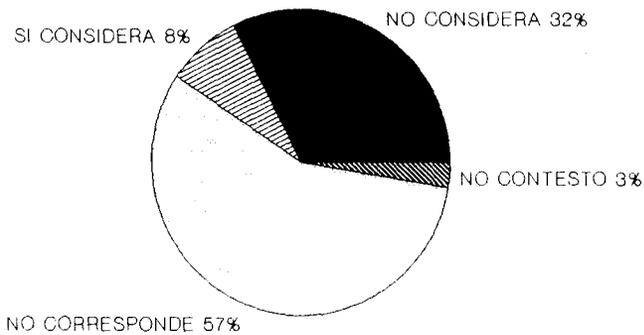


**SECRETARIA DE SALUD
(NIVEL LOCAL)**
(Estados Avanzados • 90)

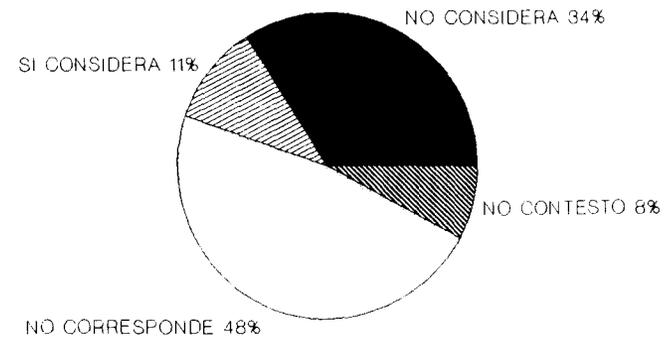


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

**SECRETARIA DE SALUD
(NIVEL LOCAL)**
(Estados Intermedios • 37)

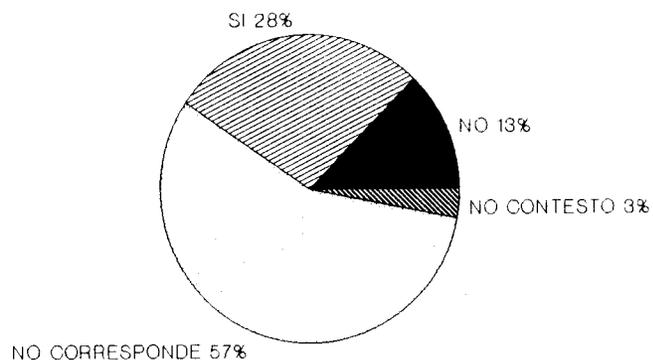


**SECRETARIA DE SALUD
(NIVEL LOCAL)**
(Estados Rezagados • 103)



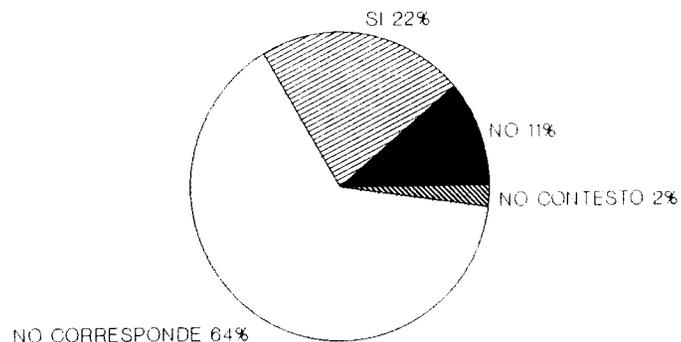
FALTA DE TIEMPO

(Muestra Nacional • 230)



FALTA DE TIEMPO

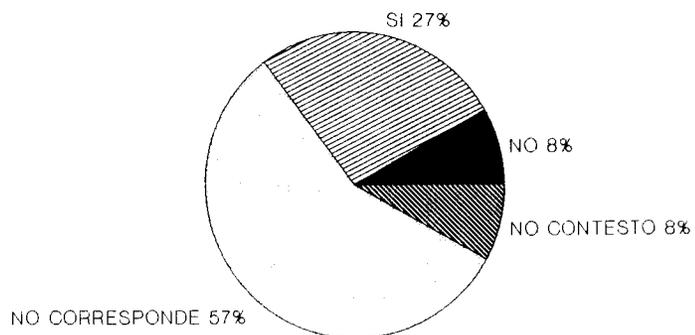
(Muestra Estados Avanzados • 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

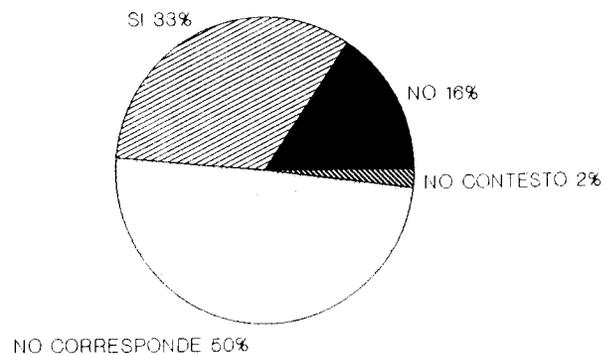
FALTA DE TIEMPO

(Muestra Estados Intermedios • 37)



FALTA DE TIEMPO

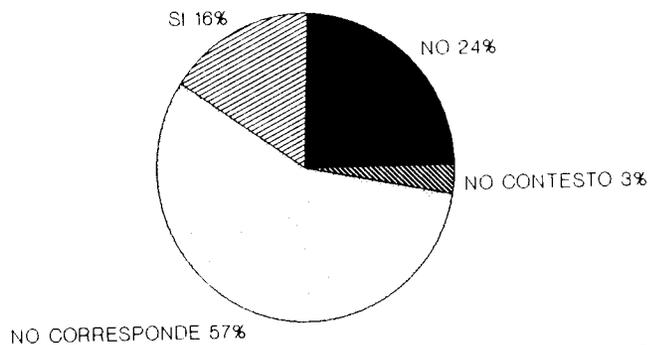
(Muestra Estados Rezagados • 103)



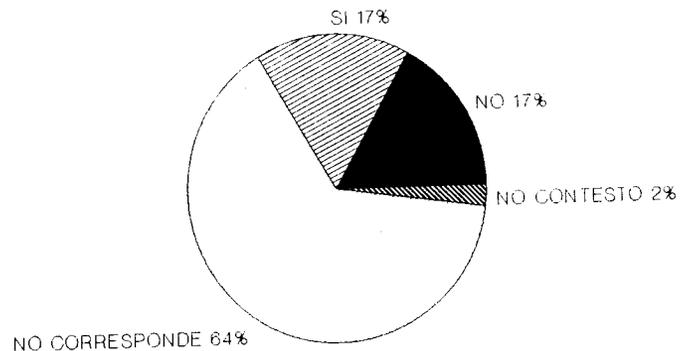
CLAD-CIDE, 1994.

RAZONES POR LA QUE NO HA TOMADO CURSOS

FINANCIERAS
(Muestra Nacional - 230)

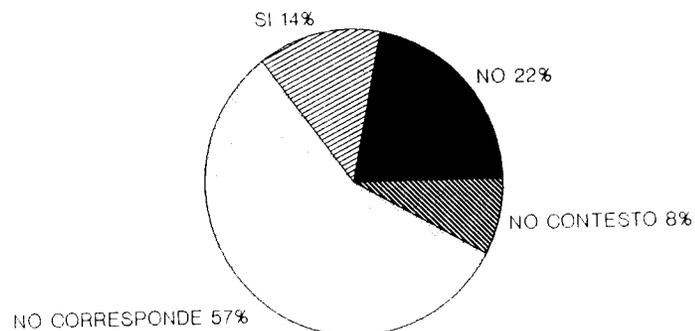


FINANCIERAS
(Muestra Estados Avanzados - 90)

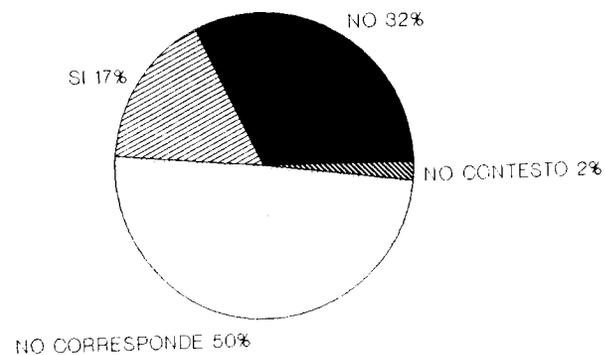


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

FINANCIERAS
(Muestra Estados Intermedios - 37)



FINANCIERAS
(Muestra Estados Rezagados - 103)

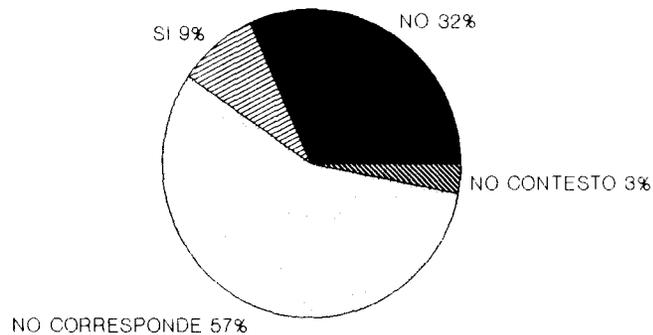


CLAD-CIDE, 1994.

RAZONES POR LA QUE NO HA TOMADO CURSOS

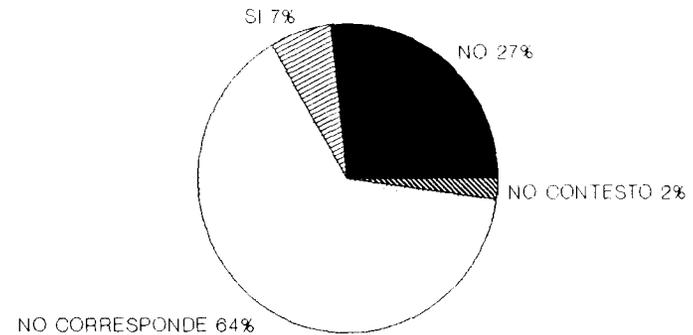
EL TEMA NO SE OFRECE

(Muestra Nacional - 230)



EL TEMA NO SE OFRECE

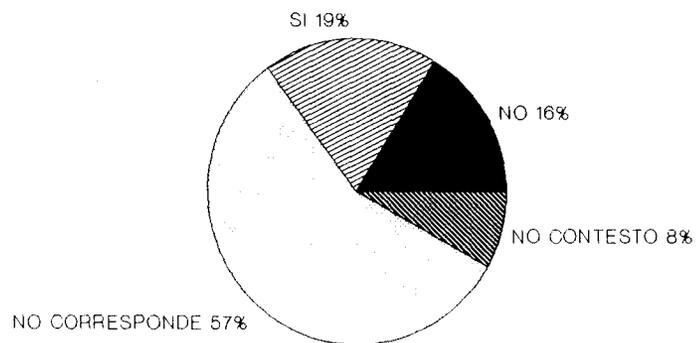
(Muestra Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

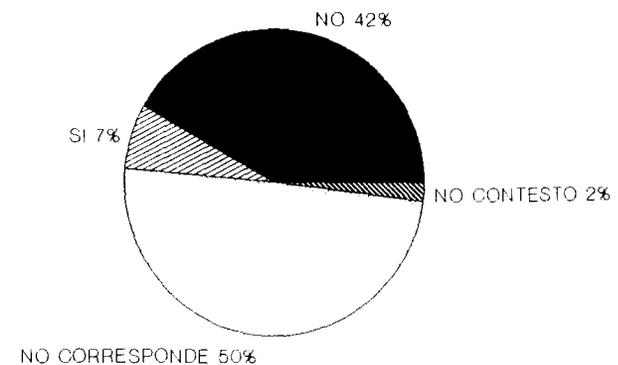
EL TEMA NO SE OFRECE

(Muestra Estados Intermedios - 37)



EL TEMA NO SE OFRECE

(Muestra Estados Rezagados - 103)

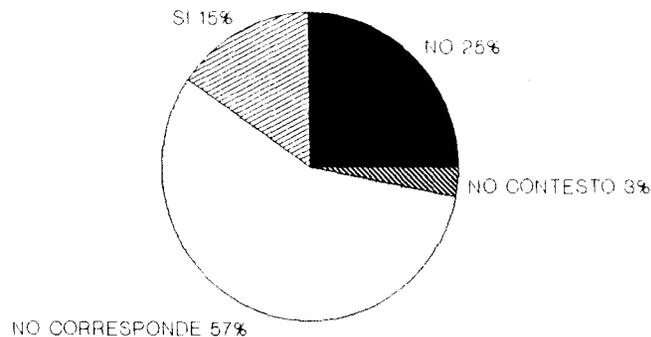


CLAD-CIDE, 1994.

RAZONES POR LA QUE NO HA TOMADO CURSOS

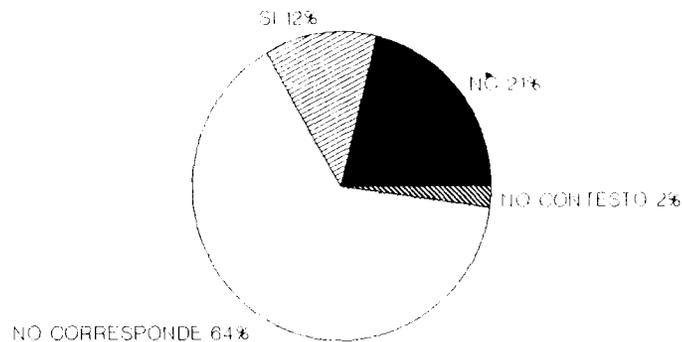
FALTA DE INFORMACION

(Muestra Nacional - 230)



FALTA DE INFORMACION

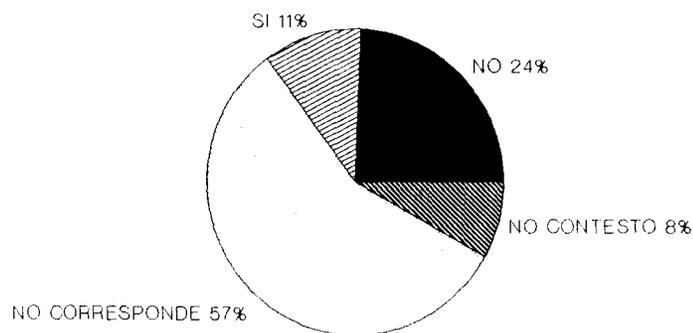
(Muestra Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

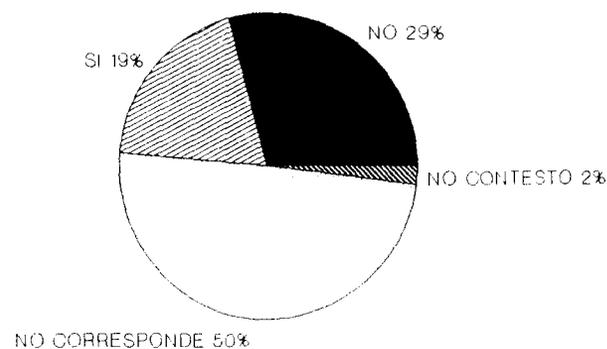
FALTA DE INFORMACION

(Muestra Estados Intermedios - 37)



FALTA DE INFORMACION

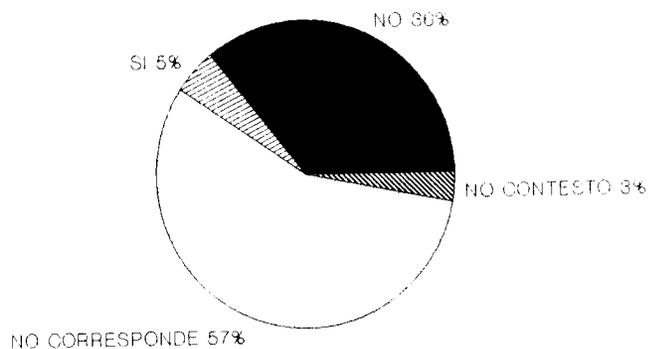
(Muestra Estados Rezagados - 103)



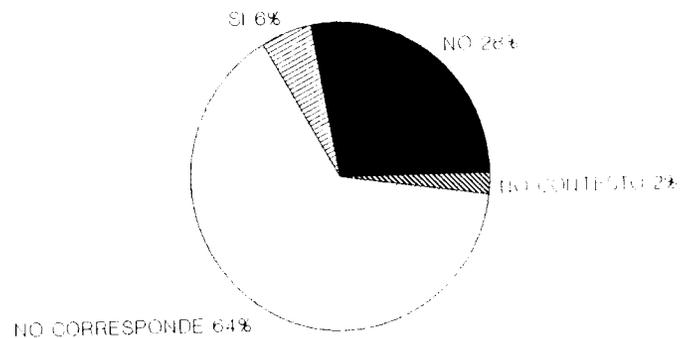
CLAD-CIDE, 1994.

RAZONES POR LA QUE NO HA TOMADO CURSOS

OTROS
(Muestra Nacional • 230)

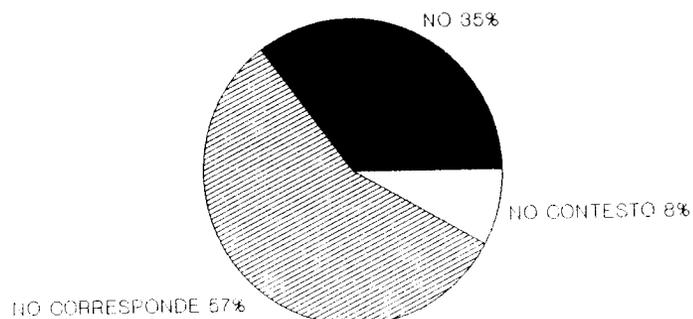


OTROS
(Muestra Estados Avanzados • 90)

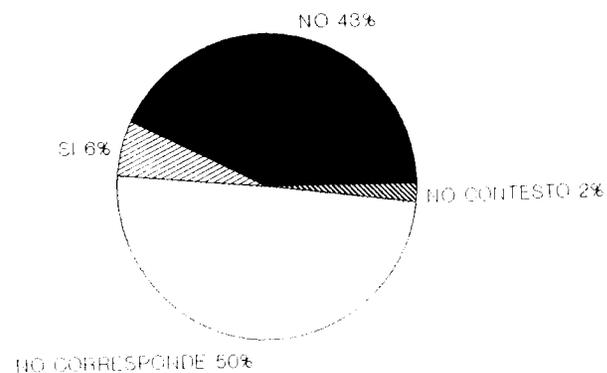


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

OTROS
(Muestra Estados Intermedios • 37)



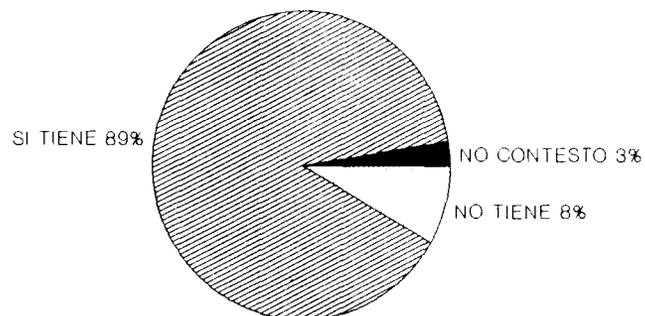
OTROS
(Muestra Estados Rezagados • 103)



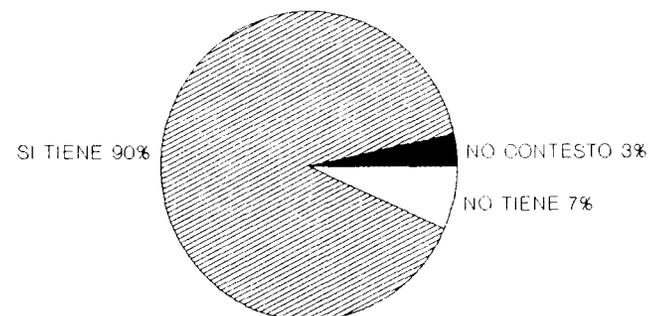
CLAD-CIDE, 1994.

RAZONES POR LA QUE NO HA TOMADO CURSOS

**MI JEFE INMEDIATO TIENE EL
PERFIL NECESARIO**
(Muestra Nacional - 230)

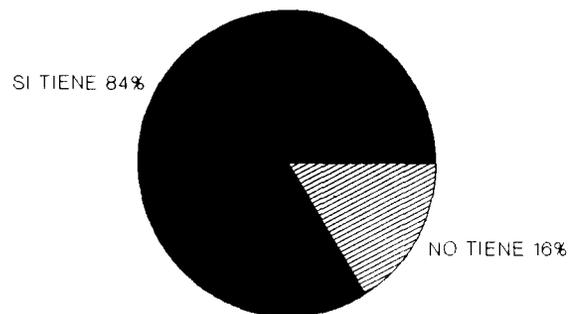


**MI JEFE INMEDIATO TIENE EL
PERFIL NECESARIO**
(Muestra Estados Avanzados - 90)

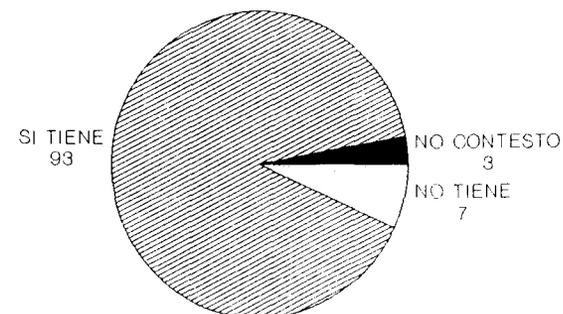


**ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL
PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD**

**MI JEFE INMEDIATO TIENE EL
PERFIL NECESARIO**
(Muestra Estados Intermedios - 37)

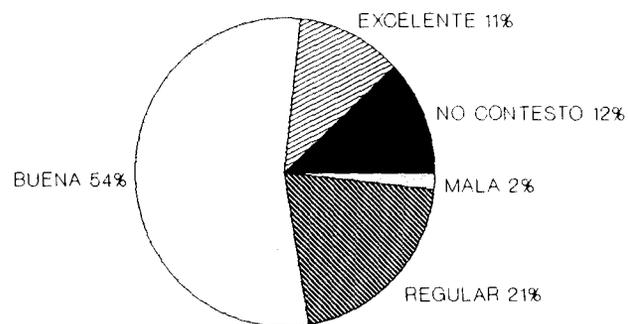


**MI JEFE INMEDIATO TIENE EL
PERFIL NECESARIO**
(Muestra Estados Rezagados - 103)

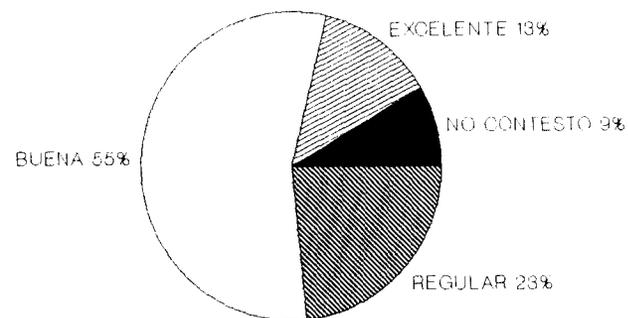


CLAD-CIDE, 1994.

NIVEL DE FORMACION PROMEDIO DEL PERSONAL A SU CARGO
(Muestra Nacional - 230)

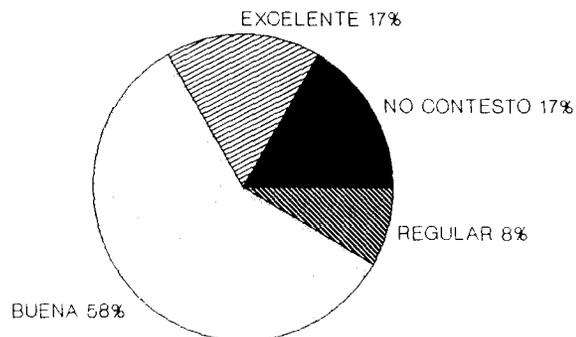


NIVEL DE FORMACION PROMEDIO DEL PERSONAL A SU CARGO
(Muestra Estados Avanzados - 90)



ENCUESTA SOBRE LA FORMACION DEL PERSONAL DIRECTIVO DEL SECTOR SALUD

NIVEL DE FORMACION PROMEDIO DEL PERSONAL A SU CARGO
(Muestra Estados Intermedios - 37)



NIVEL DE FORMACION PROMEDIO DEL PERSONAL A SU CARGO
(Muestra Estados Rezagados - 103)

