

## **CAPACITACIÓN DE GERENTES A NIVEL LOCAL EN COLOMBIA: ANÁLISIS DE DIFERENTES ABORDAJES**

María Luisa Vázquez Navarrete<sup>1</sup> y Yolanda Arango Panesso<sup>2</sup>  
15 de Noviembre 1999

<sup>1</sup> Responsable de Investigación y Desarrollo. CHC Consultoría y Gestión

<sup>2</sup> Consultora independiente

Edición: Maite Pavón

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY</b>	<b>10</b>
<b>I PARTE: INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO</b>	<b>13</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>14</b>
Selección de universidades	15
Métodos	15
Límites del estudio	18
Estructura del informe	18
<b>2. CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Acerca del modelo de desarrollo y sus políticas sociales en América Latina</b>	<b>19</b>
2.1.1 Algunas cifras ilustrativas	20
2.1.2 Las políticas de privatización... un debate presente	20
2.1.3 Situación de salud: avances, retrocesos y nuevos retos	21
2.1.4 De los sistemas de salud y sus reformas	22
<b>2.2 Reforma del sector salud en Colombia</b>	<b>24</b>
2.2.1 Formación de recursos humanos	26
<b>2.3 A modo de reflexión final</b>	<b>27</b>
Bibliografía	30
<b>II PARTE: RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>3. ESPECIALIDAD EN GESTIÓN APLICADA A LOS SERVICIOS DE SALUD. UNIVERSIDAD JAVERIANA/FUNDAPS</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Descripción del postgrado</b>	<b>32</b>
3.1.1 Estructura	32
3.1.2 Objetivo	32
3.1.3 Contenidos	33
3.1.4 Métodos de enseñanza	34
3.1.5 Materiales de enseñanza	35
3.1.6 Formas de evaluación	35
3.1.7 Funciones de los tutores	36
3.1.8 Interacción de los tutores	36
3.1.9 Interacción entre participantes y tutores	37
3.1.10 Perfil de los participantes	37
3.1.11 Personal docente	38
3.1.12 Costo	38
<b>3.2 Aplicación del curso en la práctica</b>	<b>39</b>
Aplicación del proyecto fin de curso	39
Utilidad del curso	39
Cambio de puesto de trabajo	40
Obstáculos para la aplicación de lo aprendido	40
Oportunidades para la aplicación de lo aprendido	41

<b>3.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio</b>	<b>41</b>
3.3.1 Fortalezas del postgrado	41
3.3.2 Debilidades del postgrado	43
3.3.3 Sugerencias de cambios	47
Documentos consultados	49
<b>4. ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</b>	<b>50</b>
<b>4.1 Descripción del postgrado</b>	<b>50</b>
4.1.1 Estructura	50
4.1.2 Objetivos del postgrado	50
4.1.3 Contenidos	52
4.1.4 Métodos de enseñanza	53
4.1.5 Materiales de enseñanza	54
4.1.6 Formas de evaluación	54
4.1.7 Funciones de los docentes	55
4.1.8 Interacción entre los docentes	56
4.1.9 Interacción entre participantes y docentes	56
4.1.10 Perfil de los participantes	57
4.1.11 Personal docente	57
4.1.12 Costo	58
<b>4.2 Aplicación del curso en la práctica</b>	<b>58</b>
Aplicación del proyecto fin de curso	58
Utilidad del curso	58
Cambio de puesto de trabajo	59
Obstáculos a la aplicación de lo aprendido	59
Oportunidades para aplicar lo aprendido	60
<b>4.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio</b>	<b>60</b>
4.3.1 Fortalezas del postgrado	60
4.3.2 Debilidades del postgrado	62
4.2.3 Sugerencias de cambio	63
Documentos consultados	65
<b>5. ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DEL ROSARIO/CES</b>	<b>66</b>
<b>5.1. Descripción del postgrado</b>	<b>66</b>
5.1.1 Estructura	66
5.1.2 Objetivos	66
5.1.3 Contenidos	66
5.1.4 Métodos de enseñanza	68
5.1.5 Materiales de enseñanza	69
5.1.6 Formas de evaluación	69
5.1.7 Funciones del docente	70
5.1.8 Interacción de los docentes	71
5.1.9 Interacción de los docentes y estudiantes	71
5.1.10 Perfil de los participantes	71
5.1.11 Personal docente	72
5.1.12 Costo del postgrado	72
<b>5.2 Aplicación del curso en la práctica</b>	<b>73</b>
Aplicación del proyecto fin de curso	73
Utilidad del curso	73

Cambio del lugar de trabajo _____	74
Obstáculos para la aplicación de lo aprendido _____	74
Factores que facilitan la aplicación de lo aprendido _____	74
<b>5.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio _____</b>	<b>74</b>
5.3.1 Fortalezas del postgrado _____	75
5.3.2 Debilidades del postgrado _____	77
5.3.3 Sugerencias de cambios _____	80
Documentos consultados _____	83
<b>6. MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD. UNIVERSIDAD DEL VALLE _____</b>	<b>84</b>
<b>6.1. Descripción del postgrado _____</b>	<b>84</b>
6.1.1 Estructura _____	84
6.1.2 Objetivos _____	84
6.1.3 Contenidos _____	84
6.1.4 Métodos de enseñanza _____	86
6.1.5 Materiales de enseñanza _____	86
6.1.6 Formas de evaluación _____	87
6.1.7 Funciones de los docentes _____	87
6.1.8 Interacción entre los docentes _____	87
6.1.9 Interacción entre participantes y docentes _____	88
6.1.10 Perfil de los participantes _____	88
6.1.11 Personal docente _____	89
6.1.12 Costo _____	89
<b>6.2 Aplicación del curso en la práctica _____</b>	<b>89</b>
Aplicación de la tesis de grado _____	89
Utilidad del curso _____	89
Cambio de puesto de trabajo _____	90
Obstáculos para la aplicación _____	90
Posibilidades de aplicación _____	91
<b>6.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias del cambio _____</b>	<b>91</b>
6.3.1. Fortalezas del postgrado _____	91
6.3.2 Debilidades del postgrado _____	93
6.3.3 Sugerencias para el cambio _____	96
Documentos consultados _____	98
<b>7. ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER _____</b>	<b>99</b>
<b>7.1. Descripción del postgrado _____</b>	<b>99</b>
7.1.1 Estructura _____	99
7.1.2 Objetivos _____	99
7.1.3 Contenidos _____	100
7.1.4 Métodos de enseñanza _____	101
7.1.5 Materiales de enseñanza _____	102
7.1.6 Formas de evaluación _____	102
7.1.7 Funciones de lo/as docentes _____	102
7.1.8 Interacción de los docentes _____	103
7.1.9 Interacción entre participantes y docentes _____	103
7.1.10 Perfil de los participantes _____	103
7.1.11 Personal docente _____	104
7.1.12 Costo _____	104

<b>7.2. Aplicación del curso en la práctica</b>	<b>104</b>
Aplicación del proyecto de fin de curso	104
Utilidad del curso	105
Cambios de puesto de trabajo	105
Obstáculos para la aplicación de lo aprendido	105
Oportunidades para la aplicación de lo aprendido	105
<b>7.3. Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio</b>	<b>106</b>
7.3.1 Fortalezas del postgrado	106
7.3.2 Debilidades del programa	107
7.3.3 Sugerencias para el cambio	108
Documentos consultados	110
<b>RESUMEN DE RESULTADOS</b>	<b>111</b>
<b>III PARTE: LECCIONES APRENDIDAS</b>	<b>116</b>
<b>8. LECCIONES APRENDIDAS</b>	<b>117</b>
<b>8.1 Discusión</b>	<b>117</b>
8.1.1 Estructura del postgrado	117
8.1.2 Contenidos	118
8.1.3 Métodos de enseñanza	120
8.1.4 Materiales de enseñanza	121
8.1.5 Formas de evaluación	122
8.1.6 Docentes	122
8.1.7 Participantes	124
8.1.8 Financiación y sustentabilidad	125
8.1.9 Estructura institucional	125
8.1.10 Aplicación de los contenidos del curso en la práctica	126
<b>8.2 Conclusiones</b>	<b>128</b>
<b>8.3 Conclusions</b>	<b>133</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>137</b>
<b>A) TÉRMINOS DE REFERENCIA</b>	<b>138</b>
<b>B) ENTREVISTAS A EGRESADOS</b>	<b>144</b>
<b>C) ENTREVISTAS A ENCARGADOS DE CURSO</b>	<b>145</b>
<b>D) ENTREVISTAS A PROFESORES</b>	<b>147</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, queremos agradecer a todas las universidades e instituciones que mostraron su interés en participar, así como a los directores, coordinadores, docentes, egresados y todas aquellas personas que con su apoyo hicieron posible el presente estudio.

## RESUMEN

La reforma del sistema de salud en Colombia, con la creación del sistema general de seguridad social en salud en 1993 y la introducción de una gestión descentralizada, generó en el personal de salud la necesidad de desarrollar nuevos conocimientos y destrezas. Esta necesidad originó una gran demanda para cursos de postgrado en administración de servicios de salud. Entre ellos surgió la especialización en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud (GASS) de la Universidad Javeriana y la Fundación para la Asesoría a Programas de Salud (FUNDAPS) iniciada en 1996 con el apoyo del Centro de Promoción de la Salud Pública de la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE).

El presente estudio ha sido promovido por la DSE con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la formación en administración de servicios de salud en Colombia, mediante la caracterización y análisis – en relación al GASS – de los programas de especialización en administración de servicios de salud diseñados para dar respuesta a necesidades concretas del sistema de salud.

El trabajo de campo fue realizado entre el 8 de Agosto y el 5 de Septiembre y 23 a 25 de Septiembre de 1999. Además del GASS, se seleccionó una muestra de 4 universidades (Universidad de Antioquia, del Rosario, del Valle e Industrial de Santander), de acuerdo a una serie de criterios previamente establecidos, y el curso 1996/1997 como año de estudio. Para la recogida de información se utilizó una combinación de métodos de las ciencias sociales: revisión de documentos, entrevistas individuales y en grupo a jefes de postgrado, coordinadores y egresados de los distintos postgrados.

Se encontraron grandes similitudes entre los diferentes postgrados, presentando todos ellos fortalezas y debilidades. La modalidad de todos los cursos estudiados era semipresencial, facilitando la combinación del trabajo y estudio. La duración de los postgrados era percibida como insuficiente, especialmente para el GASS. El GASS era el postgrado más corto, demorando aproximadamente un año, mientras los otros se extendían tres semestres lectivos, más el tiempo dedicado a la tesis, que era variable según los postgrados, y solía conllevar una demora en la graduación. El GASS se impartía en centros ubicados cerca de los lugares de trabajo de los participantes.

Todos los cursos habían realizado adaptaciones de sus contenidos para incorporar una introducción de la ley 100 y la seguridad social en salud. No obstante estos contenidos eran insuficientes en todos los casos. El diseño del GASS se hizo en base a las experiencias previas, (TLEA y PEAS)<sup>1</sup> y contratando los módulos. Los contenidos de los otros postgrados se

---

<sup>1</sup> Taller Latinoamericano de Epidemiología aplicada a los Servicios de Salud; programa de enseñanza para administradores de salud a nivel local.

elaboraron en base al conocimiento y experiencia de los docentes y/o equipos de postgrado. La adaptación docente-asistencial en el GASS se hizo fundamentalmente mediante la capacitación de equipos de una misma institución. En los otros postgrados se utilizan las evaluaciones de los alumnos, en ocasiones pretest o análisis de las expectativas al iniciar el módulo y, en un caso, encuestas a las instituciones. En todos los postgrados la adaptación teórico-práctica y la incorporación de algunas temáticas gerenciales fue insuficiente. El enfoque de género sólo era considerado en uno de los postgrados.

El GASS, basado inicialmente en una metodología de autoinstrucción con apoyo tutorial, evolucionó a una combinación de métodos de enseñanza, con apoyo de docentes externos. Los otros postgrados contemplaban una gran variedad de métodos de enseñanza con énfasis participativo, presentando algunos un exceso de lecciones magistrales. En todos, incluyendo el GASS, se utilizaba abundantemente el trabajo grupal.

El GASS proporcionaba a participantes y tutores módulos escritos que, si bien facilitan el trabajo, presentan el riesgo de una visión única y desmotivación de pesquisa bibliográfica adicional. El material proporcionado por los otros cursos consistía en guías de módulo, con la información relevante sobre el módulo, que constituye un material abierto, de fácil actualización y adaptación a las necesidades cambiantes. En el caso del GASS y la UIS había dificultades de acceso a los centros de documentación.

La evaluación, realizada mediante una combinación de métodos, mostró ser excesiva en el caso del GASS e inadecuada en todos los postgrados, excepto en la Universidad de Antioquia. Se utilizaba de forma generalizada la modalidad de evaluación grupal a pesar de la dificultad que conlleva en la valoración del desempeño individual.

Los tutores del GASS eran personal de las secretarías departamentales y municipales de salud, contratados por hora/cátedra y tenían como función la ejecución de los módulos y el seguimiento y evaluación de los estudiantes. Los otros postgrados contaban con docentes expertos en las áreas temáticas que impartían y que se encargaban tanto del diseño como la ejecución de los módulos y seguimiento de los estudiantes. Algunos pertenecían a la plantilla y otros estaban contratados por hora cátedra. La contratación hora/cátedra impide la generación de líneas de investigación y el desarrollo de un pensamiento académico, y dificulta la coherencia de los contenidos impartidos. En el caso del GASS, los tutores interactuaban en reuniones mensuales mientras que en los otros, la interacción en relación al postgrado era informal.

En todos los cursos los participantes eran personal de salud, procedentes de las diferentes disciplinas y de cargos diversos en los servicios de salud, por lo que la relevancia y aplicabilidad de los contenidos era variable. Había una

tendencia a la disminución en el número de participantes en el último año debido a diferentes causas.

El GASS era el único curso subvencionado, mientras que los otros cursos se financian por medio de la matrícula y, por tanto, su permanencia está garantizada mientras se mantenga la demanda. No había becas disponibles para los participantes.

El GASS generó una estructura paralela a la universidad, que no logró suficiente apoyo académico, no permitió un desarrollo de un cuerpo docente sólido, ni un sentimiento de pertenencia por parte de los alumnos. En los otros postgrados la situación era variable, desde estructuras académicas sólidas y establecidas a cuerpos docentes basados fundamentalmente en contratación por hora cátedra.

Todos los postgrados buscaban la aplicación de los contenidos en los trabajos de los módulos y el proyecto fin de curso o tesis a la institución de que procedían. El grado en que esto se conseguía dependía en gran manera de la composición de los grupos, así como su uso posterior fundamentalmente del cargo ostentado por el participante y lo adecuado del tema.

En conclusión, el análisis realizado sugiere que la estructura, el desarrollo y resultados de los postgrados son los esperados en cursos que responden a las necesidades de capacitación del personal de salud en el nuevo sistema. No obstante, todos ellos presentan algunas debilidades que requieren una serie de ajustes y modificaciones para mejorar la consecución de sus objetivos.

## EXECUTIVE SUMMARY

The 1993 Colombian health sector reform brought about the new System of Social Security in Health that introduced a decentralised management and originated the need to develop new knowledge and skills. This need created a demand for courses in health services management. Amongst those, emerged in 1996 the course entitled specialisation in Applied Management of Health Services (*Gestión aplicada a los servicios de salud, GASS*) of the Javeriana University and FUNDAPS, subsidised by the Public Health Promotion Centre of the German Foundation for International Development (DSE).

The present study was promoted by DSE in order to contribute to quality improvement of training programmes in health services management in Colombia. This objective was to be achieved by means of a description and analysis – taking GASS as a reference – of training programmes in health services management designed to answer specific needs of the health system.

The field work was carried out between 8 August and 5 September and 23 to 25 September 1999. In addition to GASS, a sample of 4 universities (Universities of Antioquia, el Rosario, del Valle and Industrial de Santander, UIS) was selected according to previously defined criteria, and the academic year of 1996/97 defined as the year of study. A combination of social science methods was implemented to collect the information: documents and records review, and individual and group interview to directors of studies, course organisers and graduates of the different courses.

The results showed a number of similarities between the courses, all of which presenting strengths and weaknesses. All courses were offered on a part-time basis, allowing the combination of work and studies. The duration was perceived in all cases, and particularly for GASS, as insufficient. GASS was the shortest course, extending over slightly more than one year. All other courses had a duration of 3 semesters plus the time needed to accomplish the end-of-year project or thesis. This time varied among the courses and often caused delays in graduation. GASS training activities took place outside the university, in centres near the students' work places.

All courses had adapted their contents to incorporate an introduction to Law 100 and Social Security in Health. However, these contents were insufficient in all cases. GASS was designed based on previous experiences (TLEA, PEAS<sup>2</sup>) and the materials were written by contracting out. The contents of the other courses were elaborated based on the knowledge and experience of the lecturers and boards of studies. In order to adapt the training to the

---

<sup>2</sup> Latinamerican workshop of Epidemiology applied to the health services; Learning programme for local health managers.

needs of the health services, GASS aimed to train health teams belonging to the same institution. All other courses employed students evaluations, sometimes pre-tests or expectations analysis at the beginning of the module and, in one case, surveys to health institutions. In all cases, the incorporation of practical components and tools and specific managerial contents were insufficient. In all but one gender issues were completely absent.

GASS initially based in a self-learning methodology with tutorial support, quickly evolved to a combination of training methods with external lecturers support. All other courses applied a large variety of training methods with emphasis on a participatory approach. However, some of the them used too many lectures. In all cases, including GASS, group work was extensively employed.

GASS provided tutors and students with written modules. These highly appreciated modules risk introducing a single vision of the subject and discouraging further literature review. All other course facilitated a module guide, including all relevant information concerning the module. This is an open material, easy to actualise and to adapt to changing needs. Participants of GASS as well as UIS had difficulties to access documentation centres.

Students' assessment conducted by means of a variety of methods proved to be excessive for GASS participants and weak in all cases, except the University of Antioquia. Group evaluation was widely used with disregard of its limitation to assess individual performance.

GASS tutors were health personnel belonging to Departmental and Municipal Health Secretariats, appointed on contracts of teaching hours. They were responsible for the implementation of the modules and monitoring and evaluation of students' performance. The lecturers of all other courses were experts in their areas of teaching and responsible for the design, implementation of the modules and monitoring and evaluation of student performance. Some of the lecturers belonged to the universities and others were appointed on contracts of teaching hours. This kind of appointment impede the development of research and an academic thinking and put at risk the coherence of the course contents. GASS tutors met one a month, while in all other courses the interaction relating to the course was informal.

In all courses, participants were health personnel, belonging to different disciplines and working in different positions in the health system. In the current year there was a decrease in the number of participants in all course, due to different causes.

GASS was the only subsidised course. All other courses were financed by means of the course fees and therefore all are sustainable as long as the demand for them exists. No grants were available.

GASS created a structure parallel to the university that did not get enough academic support or allow the development of a solid teaching body. In the other courses the situation varied from solid and well established academic structures to teaching bodies mainly based on contracts by teaching hours.

All courses aimed at applying the contents to the participants institutions in course essays and end-of-year project or thesis. However, the extend to which this was achieved highly depended on the group composition. In addition, the utilisation of results depended on the participants institutional position and the adequacy of the subject.

In conclusion, the conducted analysis suggests that structure, development and results of the studied courses are the expected for courses that try to answer the training needs of the health personnel in the new system. Nevertheless, all courses present some weaknesses that require adjustment and changes in order to improve the achievement of their objectives.

## **I PARTE: INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO**

## 1. INTRODUCCIÓN

La ley 100 de 1993 crea la seguridad social en salud en Colombia y, con ello, inicia una nueva reforma del sistema de salud. Esta reforma cambia la forma de financiar y organizar el sistema y pasa de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda. Se promueve, entre otros, la gestión descentralizada de los fondos, tanto a nivel de administradoras de salud como de prestadores de servicios de salud (públicos o privados). Con ello se generó la necesidad para el personal de salud de desarrollar conocimientos y destrezas sobre la gestión de los servicios de salud. Esto originó una gran demanda para cursos de postgrado en administración de servicios de salud, existiendo actualmente alrededor de 20 posgrados sobre este tema en Colombia.

El Centro de Promoción de la Salud Pública de la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE) venía apoyando desde 1993 el programa de formación en servicio "Programa de Enseñanza para Administradores de Salud a Nivel Local (PEAS), en Colombia, Ecuador y, en menor grado en Perú. En Colombia, el PEAS pasó a ser la especialización en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud (GASS) ofrecida en 1996 por la Universidad Javeriana, y la especialización en Administración de Servicios de Salud, con énfasis en desarrollo empresarial ofrecida a partir de 1998 por la Universidad de Antioquia.

Con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de los programas de formación en administración de servicios de salud en Colombia, la DSE promovió el presente análisis que buscó identificar los contenidos imprescindibles, métodos didácticos apropiados y estructura adecuada de una especialización en administración de servicios de salud diseñada para dar respuesta a una necesidad concreta de los servicios de salud, mediante el análisis de un grupo de posgrados seleccionados en las diversas regiones del país (ver términos de referencia en anexo).

La recogida de la información se realizó entre el 8 de agosto y el 5 de septiembre, para todos los posgrados analizados, excepto para la Universidad Industrial de Santander. La visita a esta universidad tuvo que ser realizada entre los días 23 a 25 de setiembre debido a que en la fecha prevista inicialmente estuvo cerrada en apoyo a un paro nacional que afectó a todo el país.

Este estudio tenía como finalidad analizar los posgrados en administración de servicios de salud de Colombia, en comparación con el GASS 1996/97. Por tanto, el GASS se convirtió en curso de referencia para la selección de los otros cursos y 1996/1997 el año de estudio.

## Selección de universidades

Para garantizar la participación de las distintas universidades en el estudio, se realizó en junio, en Cali, un taller de sensibilización, al que se invitaron 10 de las aproximadamente 20 universidades de Colombia que ofrecen postgrados en Administración de Servicios de Salud. Todas las universidades invitadas acudieron al taller y mostraron su disponibilidad a participar en el análisis.

Para la selección de los postgrados se emplearon los siguientes criterios:

- Ser una universidad de fácil acceso
- Haber desarrollado contactos previos
- Ofrecer programas similares al programa de referencia
- Estar ubicados en regiones diversas del país
- Tener una trayectoria reconocida en salud pública.

Los postgrados que respondieron a estos criterios y constituyeron la muestra final para el análisis, junto con el GASS, fueron:

- *Especialidad en Administración de los servicios de salud* de la Escuela de Medicina en la Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, en Bucaramanga.
- *Especialidad en Administración de los servicios de salud, con énfasis en seguridad social* de la Facultad nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, en Medellín.
- *Magister en Administración de salud* de la Escuela de Salud Pública en la Facultad de Salud, Universidad del Valle
- *Gerencia en salud pública*, de la Unidad de Gestión en Salud de la Escuela de Negocios, Universidad del Rosario/CES.

## Métodos

Para obtener la información necesaria para el análisis se utilizó una combinación de métodos de investigación de las ciencias sociales: revisión de documentos, entrevistas individuales a docentes y coordinadores, y entrevistas individuales y en grupo a egresados.

a) *Revisión de documentos* relativos a los postgrados.

Se solicitaron los siguientes documentos a las universidades

- Programa del postgrado o documento similar, donde se describen objetivos y contenidos del curso, estructura, programa resumido y cronograma
- Programas de todas las materias o módulos
- Materiales completos de por lo menos una materia o módulo

- Documentos donde se especifiquen los criterios de selección de los alumnos y otros aspectos relativos a la organización del curso
- Costos y formas de financiación de los cursos
- Evaluaciones, informes, estadísticas, y cualquier otro tipo de documento relativo al postgrado.

No todos los documentos solicitados estaban disponibles y, en cambio, se consultaron para algunos postgrados otros documentos adicionales. La lista de documentos revisada por universidad se encuentra al final del capítulo correspondiente.

Aunque se había programado la revisión de los materiales antes de la visita a las universidades, esto no fue posible ya que la mayoría de los materiales se recogieron durante las visitas y algunos se recibieron con posterioridad.

b) *Entrevistas individuales al personal docente.*

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas utilizando una guía de preguntas. Se desarrollaron guías diferentes para los coordinadores de postgrado y docentes (anexo). Dependiendo de la estructura de la universidad se entrevistó para cada postgrado al director o jefe de postgrado, al coordinador y de 4 a 5 docentes. Se realizaron un total de 36 entrevistas. En cuanto a los docentes, se procuró que la mitad de los entrevistados fueran mujeres. Esto no siempre fue posible, debido al número mucho menor de docentes femeninas en algunos postgrados. El número final y sexo de los docentes y coordinadores entrevistados por universidad se refleja en la tabla 1.

La duración de las entrevistas fue de 1,5 a 3 horas.

c) *Entrevistas individuales o en grupo a egresados de los diferentes postgrados.*

En las entrevistas, tanto individuales como en grupo, a egresados se utilizó la misma guía de preguntas (anexo). Para cada postgrado se entrevistó de 4 a 6 egresados, excepto en el caso del GASS, para el que el número de entrevistados fue ligeramente superior debido a que se utilizó un criterio adicional en la selección, que era la inclusión de participantes no profesionales. En total se entrevistaron 29 egresado/as.

En el caso de los egresados también se procuró que la mitad de los entrevistados fueran mujeres y además, se intentó que estuviera representada la variedad de profesionales que habían participado en el curso y que trabajasen en distintos tipos de instituciones en salud. Como se refleja en las tablas 1 y 2 esto no siempre fue posible. Hubo dificultades en localizar a algunos egresados, y no todos respondieron a la invitación de participar en la entrevista. La composición final del grupo

de egresados estuvo determinada por su disponibilidad a ser entrevistados.

Se hicieron entrevistas en grupo a los egresados de la Universidad de Antioquia y del GASS en Cúcuta. La duración de las entrevistas individuales fue de 1 a 1,45 horas y en grupo de 2 horas. Las entrevistas individuales se realizaron en la mayoría de los casos en el lugar de trabajo de los egresados, en tanto que las entrevistas en grupo se hicieron en la sede de la universidad y del Servicio Seccional de Salud, respectivamente.

**Tabla 1: Número total de entrevistados por universidad según tipo, sexo y modalidad de entrevista. Colombia 1999.**

Modalidad de entrevista Universidad	Coordinadores*		Docentes Individual		Egresados				
	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Individual		En grupo		
	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total
Javeriana/FUNDAPS	7**	3	5	3	3	1	6	3	9
De Antioquia	2	0	4	2	0	-	4	0	4
Del Rosario/CES	3	0	4	1	6	2	0	0	6
Univalle	1	0	4	0	5	5	0	0	5
U.I.S.	1	1	5	2	5	4	0	0	5

\* Incluye coordinadores y directores de postgrado

\*\* Incluye los coordinadores departamentales, director de FUNDAPS, coordinadoras académico-administrativas de Cali y Bogotá y directores del postgrado

**Tabla 2: Número de egresados entrevistados por universidad según profesión. Colombia 1999.**

Universidad	Javeriana/ FUNDAPS		Antioquia		Rosario/CES		Univalle		U.I.S.	
	Profesión	Cargo	clínico	Adm.	clínico	Adm.	Clínico	Adm.	clínico	Adm.
Médico/a			3	1		2	1	3		3
Enfermero/a						1		5		1
Bacteriólogo/a						1				
Odontólogo/a					1					1
Economista				1						
Abogado/a							1			
Técnico Saneamiento ambiental				2						
Tecnólogo en administración				1						
Auxiliar de información				1						
Total			3	6	1	3	1	5	5	5

d) *Retroalimentación de los resultados.*

Los resultados preliminares del estudio fueron presentados a las universidades para su discusión, en un taller realizado en Cali el 29 de Noviembre. A este taller fueron invitadas todas las universidades que participaron en el taller de sensibilización y el estudio. Acudieron 6 universidades. Los resultados de la discusión han sido reflejados en este informe.

### **Límites del estudio**

Los resultados que aquí se presentan corresponden a un estudio exploratorio realizado utilizando exclusivamente métodos cualitativos, en un período de tiempo corto, con una muestra de informantes y documentación limitada y dos años después de haber tenido lugar los postgrados. Así mismo el nivel de información proporcionada por las universidades ha sido variable. Por tanto, deben ser considerados con cautela y ser interpretados como lo que son, una aproximación a la realidad, ya que en ocasiones se muestran contradictorios y más que obtener una respuesta o visión definitiva indican la necesidad de obtener mayor información. Al mismo tiempo ha de recordarse que estamos describiendo una experiencia de 1996/97 y algunos de los elementos descritos ya han sido modificados en las diferentes especializaciones.

### **Estructura del informe**

El informe está estructurado en tres partes. Inicia con una descripción del contexto en que se realizan las reformas de los sistemas de salud. En la segunda parte se describen detalladamente, en capítulos separados, todos los postgrados estudiados. En esta descripción se incluye la opinión de los egresados sobre su aplicación en la práctica, así como, las opiniones de docentes y egresados sobre fortalezas, debilidades y posibles cambios al postgrado. Al final de esta parte se presentan los principales resultados resumidos en tablas. En la tercera parte, se discuten los aspectos principales surgidos de la descripción y se presentan las conclusiones sobre los elementos más importantes.

## 2. CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN

### 2.1 Acerca del modelo de desarrollo y sus políticas sociales en América Latina

Una de las consecuencias de las políticas de desarrollo en América Latina, ha sido la exclusión social y las inequidades de orden económico, cultural, étnico y recientemente las reconocidas de género. Este fenómeno socio político ha sido analizado por diversos estudios realizados en las últimas décadas. El modelo de desarrollo que las determina ha mantenido rasgos estructurales en la sociedad que se caracterizan por expresiones concretas de marginalización, pauperización y discriminación, es decir, una conjunción de situaciones donde el denominador común ha sido la perpetuación de profundas y dolorosas inequidades.

Esta exclusión social se ha reflejado en el orden de lo humano, geográfico, económico, social, cultural, étnico, tecnológico, ambiental... por tanto sus efectos, para la mayoría de la humanidad han conducido a la pobreza, el hambre, las muertes prematuras, la violencia, la destrucción ecológica, el desarraigo cultural y las discriminaciones de género, de clase y étnicas. Este desfavorable saldo social puede considerarse como el más vergonzoso resultado del llamado desarrollo y sus políticas en el presente siglo.

Bajo esta “lógica del desarrollo” se han aplicado políticas económicas que han conducido a los desequilibrios anotados. Entre las más recientes (desde la década del 80) y presentes en el contexto latinoamericano, están las denominadas políticas de ajuste estructural derivadas del endeudamiento de los países del sur. Endeudamiento que ha sido estimulado por los países del norte para encontrarle una salida al exceso de petrodólares circulantes. En la actualidad la carga de la deuda de los países del sur se ha acrecentado, de tal suerte que asciende a US\$1,4 trillones (la carga de la deuda para América Latina y el Caribe corresponde al 42% del total). Gran parte de esta deuda ha sido adquirida en función de la importación de armas vendidas por los países industrializados avanzados. El mayor abastecedor ha aportado el 76% para gastos militares, diseño de megaproyectos y ejecutorias “desarrollistas” que han desencadenado procesos de destrucción ecológica y desarraigo cultural.

Al presentarse la crisis, como producto de la deuda financiera adquirida, aparecieron –para estos países- los paquetes de ajuste estructural concebidos por el FMI y el Banco Mundial como instrumentos adecuados para resolverla. Surgieron medidas y recomendaciones para que los países endeudados “sanearan sus economías”. Estas han estado orientadas bajo las premisas del modelo económico neoliberal concebido desde el libre mercado, cuyos objetivos han sido la liberación de los mercados nacionales e internacionales, la reducción sustancial del tamaño del estado, la privatización de las entidades estatales de servicios públicos y la orientación

institucional bajo criterios de eficiencia. Todas estas orientaciones han exigido cambios institucionales profundos con serias repercusiones en el orden económico, político y social de los países regidos por dicho modelo.

### **2.1.1 Algunas cifras ilustrativas**

Según el informe sobre Desarrollo Humano de 1999 las disparidades de ingresos se han ampliado sustancialmente: el patrimonio de las 200 personas más ricas del mundo aumentó de 400 mil millones de dólares a más de un billón de dólares entre 1994 y 1998.

Por otra parte el informe explicita que:

- "Las amenazas contra la seguridad humana pueden acelerarse en todo el mundo: el colapso de los mercados financieros, el VIH/SIDA, el recalentamiento mundial de la atmósfera, la violencia. Las amenazas mundiales están aumentando, superando la capacidad nacional para hacerles frente."
- A medida que se fusionan las multinacionales, la reestructuración empresarial significa pérdida de empleo.
- En América Latina, en el decenio del 90, el empleo en el sector no estructurado aumentó del 52% al 58% y se ha observado que 85 de cada cien empleos creados corresponden al sector no estructurado.
- Se están agotando rápidamente y en forma insostenible los recursos renovables: la existencia de peces son tres cuartas partes de lo que fueron en un momento reciente.
- La disponibilidad de agua es hoy en día el 60% del nivel de 1970, así como la capa forestal, amenazando así, la seguridad económica, alimentaria y de salud de los habitantes más pobres del mundo.

Estos indicadores muestran equívocos atroces, derivados de la aplicación desmedida de unas fundamentaciones económicas asentadas en las leyes del mercado y operativizadas por las políticas de globalización. Globalización cuyos "dos elementos básicos son la constitución de un mercado mundial competitivo y la revolución tecnológica, informática y comunicativa que juntas disuelven las fronteras nacionales e interconectan los procesos productivos, políticos, sociales y culturales" (Laurell 1999).

### **2.1.2 Las políticas de privatización... un debate presente**

Desde la lógica anteriormente señalada se ha venido legitimando la privatización de las instituciones del estado de bienes y servicios, la desregulación laboral, la incorporación de los mecanismos del mercado en el sector social con esquemas de competitividad y gestión empresarial. Bajo esta concepción, las funciones sociales del Estado se orientan por las premisas que regulan las reformas económicas. Se suceden así diversas

fases que han ido caracterizando las políticas gubernamentales en diversas regiones del mundo, entre ellas América Latina:

“En una primera fase le corresponde al estado promover el mercado y la competencia con medidas de (re)mercantilización de los servicios y beneficios sociales. En una segunda fase el Estado interviene para dismantelar o privatizar deterioradas instituciones públicas de bienestar social” (Laurell 1999)... que de una u otra manera ha conducido a una conflictividad política y social manifiesta a través de marchas, huelgas, paros, levantamientos armados, apareciendo, por parte del Estado, rasgos de autoritarismo de larga tradición en América Latina. Ante los fracasos que se empiezan a reconocer derivados de la debilitación del Estado, aparece la ola en defensa del Estado.

Según la misma autora “se corrige el discurso sobre el Estado mínimo y se reivindica éste como un instrumento necesario y decisivo para el desarrollo”, tendencia liderada actualmente desde el Banco Mundial (1999).

“Este nuevo pensamiento no contraviene ninguna de las premisas fundantes del proyecto neoliberal por tanto la inversión en servicios sociales que procuren el incremento del capital humano – alimentación, salud, educación, capacitación - laboral se siguen viendo abocados a las restricciones presupuestales de los gobiernos de turno” (Laurell, 1999).

### **2.1.3 Situación de salud: avances, retrocesos y nuevos retos**

A pesar de reconocerse que algunos indicadores epidemiológicos de salud en América Latina presentan logros en la última década;

- Mayor esperanza de vida (68 a 70 años).
- Mejores coberturas de saneamiento ambiental (78% de la población dispone de agua potable intradomiciliaria).
- La desnutrición infantil ha llegado a disminuir a una tasa de 35 por 1.000 N.V.
- En la población infantil se presenta un menor porcentaje de desnutrición (reducción de la prevalencia del bajo peso para la edad y talla).

este mejoramiento no ha sido similar en todos los países de la región, ni en todos los grupos de un mismo país.

El cólera reapareció en 1991 con alrededor de 1.2 millones de casos. Las enfermedades no transmisibles explican aproximadamente, dos terceras partes de la mortalidad. Una de las preocupaciones mayores, son los efectos de los problemas sociales, entre ellos, la creciente violencia y

persistencia referencia de problemas como la tuberculosis, que ratifican la necesidad de fortalecer medidas de salud pública en la región.

A su vez en muchos países persisten los tradicionales problemas derivados de la pobreza y del deterioro de la calidad de vida:

Una de cada seis familias latinoamericanas no logra satisfacer sus necesidades básicas aún suponiendo que gasten sus recursos enteramente en salud. Según la CEPAL, se calcula que para 1997, la población que vive en la indigencia aumentó en 6.4 millones de personas en América Latina, siendo la región del mundo donde los ingresos se distribuyen en la forma más inequitativa.

#### **2.1.4 De los sistemas de salud y sus reformas**

Como se ha señalado anteriormente, las políticas de desarrollo de la década anterior - en la mayoría de los países de América Latina- según analistas de diversos países Fleury (1998), Castellanos, Velásquez (1999) centraron su prioridad en asuntos macroeconómicos, conduciendo a un profundo debilitamiento de las políticas sociales. Desde comienzos de la presente década se reactivaron las propuestas de los sectores sociales, por las razones mencionadas anteriormente. En consecuencia gran parte de los nuevos créditos, de los países, están destinados a dar prioridad a estos sectores, entre ellos salud. Por tanto, el diseño de nuevas propuestas para atender las crecientes necesidades de la población, han estado dirigidas a la reorganización de los servicios de salud, en términos de introducir mejoras en la accesibilidad y calidad de estos. En tal sentido, una parte importante de los nuevos créditos se ha otorgado para financiar reformas sanitarias. El financiamiento proviene de organismos multilaterales complementándose con recursos aportados a través de presupuestos nacionales.

Un indicador de la "preeminencia social en el nivel macroeconómico", es la participación del gasto público social en el producto interno bruto. En el periodo 1994-1995 este indicador creció 1.8% en relación con el bienio 1990-1991. El gasto en salud de las instituciones públicas de la seguridad social es el componente más importante del gasto público, ya que "representa alrededor del 40% del total de los recursos públicos" (OPS, 1998, Vol.I).

Sin embargo, es interesante observar el comportamiento del gasto en salud de los países de América Latina como porcentaje del producto interno bruto, entre los años 1980-1995. Si bien el gasto aumentó de 5.8% a 7.3%, el gasto público mostró disminuyó de un 46% a un 41%, mientras que el gasto privado se incrementó del 54% al 59%. Se ha observado, que la

razón del gasto per capita en salud privado/público paso de 1:1 en 1980 a casi 2:1 en esta década (OPS/OMS, 1998).

Así mismo, de acuerdo al informe de las Naciones Unidas (1999), los "datos sobre patrones de utilización y el rápido aumento de esquemas de aseguramiento, parecen reflejar que estos esquemas están desempeñando un papel importante en las tendencias de prestación y demanda de servicios. La situación parece ser coherente con el incremento de oferta de profesionales de la salud... y el rápido aumento de las prácticas médicas privadas que sirven a distintos segmentos del mercado o estratos de ingreso."

El mismo informe, destaca que

especialmente la tendencia al modelo de flexibilidad (postaylorismo o postfordismo) que hace referencia a la relación de la empresa con el mercado de trabajo, y sus efectos en el contrato laboral ha conducido, en buena parte de los países latinoamericanos, a la implantación de planes de flexibilización de las relaciones laborales en donde se sustituye el contrato laboral indeterminado por una modalidad flexible de contratación. Gran parte de las propuestas de modernización estatal, en la administración pública, se basan en este plan conduciendo a la supresión de normas que regulan la estabilidad y seguridad en el empleo público, el progreso de la carrera pública y los incentivos. En casi todos los casos, el sector salud se ha visto afectado de diversas maneras, creando un clima laboral incierto y de conflicto, al perderse garantías laborales vigentes desde hace varias décadas.

Por otra parte, el mismo informe señala que las políticas de reforma de salud, que contribuyan a mejorar la eficiencia operativa de las instituciones del sector, producirán un efecto bastante limitado en la resolución de los problemas de ineficiencia e inequidad en la asignación de los recursos. " El alcance limitado de estas políticas de reforma está estrechamente ligado a la estructura de la composición del gasto nacional en salud de los países."

## 2.2 Reforma del sector salud en Colombia

Una de las reformas de salud catalogadas como de gran complejidad es la realizada en Colombia a partir del marco legal de la Ley 100 de 1993. En ella se definieron las bases del nuevo sistema de Seguridad Social en donde se sustituye el papel del Estado, en lo concerniente a la salud pública, por un *mercado* abierto a la participación de todos los sectores. Esta modalidad permite a los usuarios la libre escogencia, fomentando la competencia entre las instituciones que ofertan servicios. Los aspectos fundamentales que contempla esta Ley están enfocados alrededor de tres aspectos: A) Régimen de pensiones, B) Sistema de Salud y C) Sistema de riesgos profesionales.

En el sistema de salud, las metas propuestas dentro del marco de la reforma se centraron en lograr *cobertura universal*, mediante un modelo de aseguramiento único para toda la población, *acceso equitativo* a un paquete básico de servicios de salud, y el mejoramiento de la *eficiencia* en la utilización de los recursos disponibles y garantizando estándares de *calidad* en los servicios ofertados. Una orientación sustancial del sistema es la sustitución de subsidios a la oferta por el subsidio a la demanda.

La Ley sustituyó los subsectores público y privado por dos regímenes denominados CONTRIBUTIVO para personas con capacidad de pago y SUBSIDIADO para la población más pobre y vulnerable del país. Ambos regímenes funcionan a través de unos intermediarios: las *Entidades Promotoras de Salud* (EPS) para el régimen contributivo y *Administradoras del régimen subsidiado* (ARS) para el subsidiado. Estas entidades se responsabilizan de afiliar a la población, registro de los afiliados y el recaudo de las cotizaciones en el primer régimen. Su función principal es la de garantizar y organizar la prestación de servicios de salud, mediante la gestión y ejecución de contratos con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que pueden pertenecer a una red propia o ser contratadas. Para garantizar una cobertura de servicios de salud uniforme independiente de la capacidad de pago, se reglamentó un *plan obligatorio de salud* (POS), que contiene una serie de servicios básicos para el cuidado, mantenimiento y recuperación de la salud, entre ellos: servicio de ambulancia, hospitalización, control prenatal, vacunación y consulta médica, y un *plan de atención básica en salud* (PAB), programas de prevención y promoción de la salud. En el régimen subsidiado las ARS reciben del Estado una unidad de pago por capitación subsidiada (UPCS) mediante la cual ofrece a las personas afiliadas el plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S), más restringido que el POS inicialmente definido.

Se propone que los hospitales públicos pasen progresivamente a ser gestionados autónomamente como Empresas Sociales del Estado (ESE), como uno de los cambios requeridos para pasar del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, según lo define la Ley 100.

La puesta en marcha de la reforma ha requerido de innumerables intervenciones regulatorias de índole técnico-administrativas, operativas y frente a la cultura organizativa institucional que, si bien han buscado propiciar los cambios y ajustes necesarios, han creado un clima de tensión y rechazo al interior de las instituciones y entre diversos subsectores. En especial los sindicatos, gremios de diversas profesiones y el personal hospitalario argumentan que "la reforma ha sido más el resultado de la implantación dentro del sector salud de un determinado modelo económico, que de un modelo sanitario que respondiera a las verdaderas necesidades del sector y del país en materia de salud pública y de seguridad social (Giacometti Rojas, 1998).

El mismo autor al referirse a las principales dificultades en la implementación del proceso de la Reforma señala:

- a) Uno de los principales obstáculos lo ha constituido la capacidad de adaptación de los hospitales, a las "nuevas reglas de juego" impuestas por el sistema en relación con la transformación de los flujos financieros, producto del cambio del subsidio a la oferta por el de subsidio a la demanda. Para la mayoría de estas instituciones se han exigido profundas transformaciones para alcanzar resultados de productividad que permitan, a mediano plazo, el crecimiento dentro de la lógica del mercado de la compra y venta de servicios.
- b) A pesar de que los hospitales se han visto sometidos a un proceso de "empresarización", es muy grande aún la brecha que separa a aquellas instituciones que han logrado ajustarse de manera adecuada a las exigencias del sistema y la restante, gran mayoría de hospitales que aún se encuentra lejos de lograr estos niveles de productividad y eficiencia.
- c) La dificultad en ajustar los procesos de facturación y en garantizar el ágil recaudo de los beneficios obtenidos de la venta de servicios, ha llevado a muchos hospitales a experimentar periodos de iliquidez muy serios, que incluso han puesto en grave peligro la supervivencia de muchos hospitales, con el costo político, económico y social que eso puede implicar.
- d) La casi totalidad de los entes territoriales y los hospitales se resisten a aceptar una reducción en los recursos de oferta, por las consecuencias funestas para muchos hospitales que no son capaces de compensar esta pérdida de recursos con la venta de servicios a las Administradoras del Régimen Subsidiado y a las Entidades Promotoras de Salud.
- e) La información que genera el sistema está dispersa en múltiples actores que la generan. Esto conlleva a que sea inoportuna, pobre e innecesaria.
- f) Las funciones de vigilancia y control en el sistema están dispersas en varias superintendencias estatales que operan sobre diversos aspectos

de la seguridad social como las pensiones, el subsidio familiar, los riesgos profesionales, los seguros de salud y la medicina prepagada. Estas entidades generalmente operan de manera aislada, descoordinada e ineficiente, lo cual conduce a una baja credibilidad frente al control y vigilancia de la reforma, así como lo relacionado con la calidad de los servicios –uno de los principios fundamentales del nuevo sistema-.

- g) *La evaluación de los niveles de educación de los profesionales de la salud es urgente con el objeto de establecer el grado de correspondencia entre el perfil profesional y las realidades del país para determinar las necesidades en materia de capacitación, modificaciones curriculares y requerimientos para la acreditación de los distintos programas de formación superior.*
- h) Los programas de salud pública, de promoción y prevención, se han visto profundamente deteriorados. La mayoría de estas acciones sólo llegan al 30% de la población, "en razón a que el Plan de Atención Básica tiene un ambiguo respaldo estatal y, en muchos casos, ha quedado en manos de empresarios particulares que rara vez consideran rentable, y por tanto poco o nada apetecible" (Jaramillo, 1999).
- i) Las Administradoras del Régimen Subsidiado se consideran entidades intermediarias costosas e innecesarias para la reforma. Las críticas en este sentido han llevado a cuestionar su existencia en tanto no cumplen las funciones para las que fueron creadas.

Por otra parte, Jaramillo (1999), uno de los principales autores del equipo que trabajó el marco de la Ley 100, señala como logros de la reforma "el avance de la cobertura de la Seguridad Social al pasar en tiempo récord del 20% al 57%" y las reglamentaciones correspondientes a las diversas entidades y planes requeridas para operativizar la reforma. Considera que los profesionales contratados por las EPS-ARS, que requieren estabilidad y buena remuneración, necesitarían un sistema de reglamentaciones sobre contratación independiente y que se les brindara la posibilidad de "convertirse en microempresarios de salud".

### **2.2.1 Formación de recursos humanos**

En una reciente publicación, la OPS/OMS (1998) destaca en su análisis para América Latina que "la participación de las universidades en el esfuerzo de mejorar los servicios de salud es aún incipiente. Las autoridades del sector y de las instituciones de servicios de salud consideran que hay un retraso de las instituciones de formación de personal, con respecto a la velocidad con que se producen los cambios en los servicios de salud. Las instituciones formadoras deben redefinir su misión, para incrementar su participación integral, en el proceso de desarrollo de la salud y reformular los perfiles de enseñanza de acuerdo a los cambios propuestos".

Así mismo plantea que la creciente demanda de programas de capacitación en el campo de la gestión de los servicios de salud ha desencadenado el surgimiento de nuevas instituciones de formación y la apertura de programas (presenciales y a distancia) que requieren ser evaluados respecto a las verdaderas necesidades de los países y sus respectivas reformas. En particular la enseñanza de la Salud Pública, tiende a separarse de otros procesos de especialización, dando prioridad al personal que se desempeña en funciones de dirección. Se calcula que en las instituciones de salud latinoamericanas, el 30% del personal desempeña funciones de administración. Sin embargo las actividades de capacitación no parecen planificadas o sólo de manera marginal, a pesar de reconocerse su importancia para mejorar las intervenciones de los servicios de salud (OPS, 1998).

Teniendo en cuenta las tendencias de las políticas sanitarias en el marco de las reformas, se observan esfuerzos dirigidos a la acreditación de las entidades y el diseño de indicadores y variables de calidad, tendientes a valorar el desempeño real o potencial de las instituciones de educación superior en sus programas de postgrados. Esta necesidad es aun más sentida en esta década, dado que las reformas sectoriales han establecido nuevos escenarios que hacen imprescindible la capacitación del personal y en un gran número de países, se han destinado importantes montos presupuestales, para actividades de educación. Según la fuente de OPS, antes citada, en algunos casos representa el 50% del financiamiento total de los proyectos. A su vez se llama la atención en el sentido que "estas nuevas formas de organización de los sistemas de salud, y la ejecución de actividades de capacitación requieren que las instituciones de salud, establezcan términos de referencia, organicen concursos, supervisen las actividades y evalúen resultados."

### 2.3 A modo de reflexión final

La situación planteada en el presente capítulo, a manera de marco introductorio contextual, permite colocar algunas reflexiones finales en razón de la situación particular que vive el país.

Puede afirmarse que el debate de la salud pública en la academia se torna de vital importancia. Lo que está en juego son asuntos macro de profunda trascendencia: Estado y Sociedad, lo Público y lo Privado, las Políticas Sanitarias, la Promoción de la Salud, la Organización Interinstitucional, la Descentralización. Estos asuntos se concretan a nivel micro en espacios locales como es la municipalidad. En este sentido las políticas sociales mercadocéntricas -como señala Velásquez en su reciente intervención sobre políticas sociales en el país (1999)- con características de **marginalidad** (subordinadas a las políticas económicas), **sectorialidad** (descoordinadas entre sectores: salud, educación vivienda...), **asistencialistas** (propenden

una “ciudadanía asistida”) se vienen desarrollando en el marco de relaciones asimétricas entre el Estado y la Sociedad Civil.

Estas características no brindan las herramientas para “erradicar las distintas formas de exclusión y para asegurar en contrapartida a todos y todas el ejercicio de sus derechos políticos y sobre todo sociales” (Velásquez, 1999).

Por tanto, una lectura del acontecer de la salud pública no puede hacerse sin considerar los fundamentos estructurales donde la reforma de salud del país se está desarrollando. En particular, los debates de la salud pública en la academia se tornan ejes articuladores del saber y la práctica de la salud pública y en este caso, de la formación de quienes ejercen las funciones de dirección en un periodo clave de la ejecución de la Ley 100.

De hecho la universidad constituye un lugar privilegiado, donde el análisis del contexto y de la crisis exige un punto de agenda inmediato. En este sentido, el presente estudio constituye una fuente de información actualizada en lo concerniente a la formación de los recursos humanos en postgrados en administración de Salud Pública, por tanto se constituye en una fuente de información útil para las instancias decisorias responsables de educación superior y de quienes dirigen las instituciones de salud en el marco de la reforma.

Reclamar esa urgencia, es asumir la responsabilidad de contribuir a construir un futuro más sano y más vital en donde valga la pena vivir. Es llegar a un nuevo siglo, con la credibilidad en la capacidad del ser humano de construir y no destruir, de amar y no de odiar, de generar vida y no muerte, ni dolor, ni agonía.

Repensar la salud pública y la formación de sus recursos humanos es enfrentar nuevos derroteros, es tomar decisiones que contribuyan a abrir nuevas avenidas en el saber y en el hacer sanitario. Estas decisiones deben tener concreciones e intervenciones curriculares conducentes a la formación integral de mujeres y hombres que contribuyan a liderar procesos de salud colectiva tendientes a lograr niveles de equidad, justicia y de paz en un país donde acontecen 25.000 muertes anuales por homicidios y es catalogado como una de las zonas de mayor violencia en el mundo.

La universidad como institución social conductora de pensamiento, creadora de cultura y de ciencia está llamada como participante principal en esta monumental tarea.

Finalmente, la siguiente cita del Informe sobre Desarrollo Humano de 1999, se hace pertinente a la luz del análisis de contexto presentado como capítulo introductorio del presente estudio:

"Cuando el afán de lucro de los participantes en el mercado se descontrola, desafía la ética de los pueblos y sacrifica el respeto por la justicia y los derechos humanos"

## Bibliografía

Arango Panesso Y. La Formación Médica: Espacio para la reflexión y el análisis de la Salud Pública. Material mimeografiado. Universidad del Valle, 1995.

Banco Mundial. Informe 1999.

Castellanos P.L. Proyecto sistemas de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. Documento de circulación interna. Programa análisis situación salud y tendencias. OPS/OMS, sin fecha.

Departamento Nacional de Planeación. Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1998.

Fleury S. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa. Trabajo presentado en el Seminario Política Social, Venezuela. Mayo 1998.

Giacometti Rojas L.F. La Reforma del Sector Salud en Colombia. Resumen Ejecutivo. 1999.

Jaramillo Pérez I. El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 100: Política Social, Mercadeo y Descentralización. Segunda edición. Fescol, 1995.

Jaramillo Pérez I. Ley 100: Los cinco primeros años. Revista SaluTad #5. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Mayo 1999.

Laurell C. Globalización, Estado y género. Ponencia presentada en Río de Janeiro. Seminario Globalización y género. Sept 1999.

Naciones Unidas. Informe de Desarrollo Humano 1999.

OPS/OMS. La Salud en las Américas. Vol. 1. 1998.

Velásquez F. Políticas sociales y participación de las ONGs. Material mimeografiado. Cali 1999.

## **II PARTE: RESULTADOS**

### **3. ESPECIALIDAD EN GESTIÓN APLICADA A LOS SERVICIOS DE SALUD. UNIVERSIDAD JAVERIANA/FUNDAPS**

#### **3.1 Descripción del postgrado**

##### **3.1.1 Estructura**

La especialidad en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud (GASS) ofrecida por la Universidad Javeriana y la Fundación para la Asesoría a Programas de Salud (FUNDAPS), en convenio con las secretarías departamentales de salud, se inició en 1996 como curso semipresencial y descentralizado en cuatro ciudades: Cali, Cúcuta, Medellín y Bogotá.

La duración del curso era de un año y sus contenidos estaban estructurados en 13 módulos y un proyecto de fin de curso.

La base de la metodología implementada era la autoinstrucción, con apoyo tutorial. Los participantes se organizaban en grupos de 8 a 10 alumnos y cada uno tenía un tutor asignado. El aprendizaje se realizaba mediante el trabajo individual y grupal, facilitado por el tutor en encuentros semanales. El tiempo previsto para el contacto de alumnos y tutores era de 4 horas semanales. Se procuraba que los encuentros se realizaran en una ubicación central a cada grupo de participantes, es decir, era un curso extramural.

El trabajo práctico del curso consistía en la aplicación de los trabajos de los módulos y proyecto fin de curso a las instituciones de los participantes.

##### **3.1.2 Objetivo**

El objetivo del postgrado se definía como:

Acompañar al profesional interesado en los servicios de salud en el desarrollo de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para modernizar los procesos de gestión, con el fin de mejorar su capacidad de respuesta en el nuevo contexto de la Seguridad Social en Salud, implementando una alternativa de educación permanente, que le permita profundizar y debatir los principales problemas que identifica en su quehacer diario (GASS, 1998).

### **3.1.3 Contenidos**

#### **Definición**

El origen del curso se encuentra en el Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a los Servicios de Salud (TLEA), cuyos contenidos fueron ampliados y modificados para la realización del Programa de Epidemiología Aplicada a los Servicios de Salud (PEAS, 1993-1995). Con la experiencia del PEAS, y de la especialización en Administración en Salud ya existente en la Universidad Javeriana, se identificaron elementos adicionales que era necesario incorporar y que reflejaban las necesidades expresadas por los alumnos. Así mismo, era necesario introducir la reforma en marcha del sistema de seguridad social (Ley 100) y dotar a los participantes de nuevas herramientas para la aplicación de la misma en la práctica. Según un informante, las debilidades encontradas en la aplicación de la guía de desempeño institucional aplicada por la Secretaría de Salud a los hospitales contribuyeron también a la identificación de algunos contenidos necesarios como diversos aspectos sobre control de la gestión, mercadeo, política y economía de la salud.

Los principios de solidaridad y equidad del sistema de salud colombiano se mencionaban pero no se profundizaba durante el curso. El enfoque de género no era un contenido del programa.

#### **Relación entre las distintas materias**

Los contenidos del TLEA seguían la lógica de los elementos del ciclo administrativo. Sin embargo, al incorporar nuevos módulos esta lógica se perdió en parte. El orden en que se aplicaron los módulos difirió en algunos casos de lo que se había preestablecido, ya que dependió de la disponibilidad de los módulos, que fueron elaborados durante el año por personas contratadas por este fin por FUNDAPS.

## Lista de módulos

El conjunto de módulos que integran el curso se presenta en la siguiente tabla.

Módulo 0:	Autoformación *
Módulo I:	Marcos legales y políticas públicas
Módulo II:	Medición de los problemas de salud
Módulo III:	Conceptos e investigación en salud
Módulo IV:	Planeación en salud
Módulo V:	Comunicación y educación
Módulo VI:	Mercadeo de los servicios de salud
Módulo VII:	Sistemas de información
Módulo VIII:	Economía de la salud
Módulo IX:	Control interno
Módulo X:	Participación social
Módulo XI:	Evaluación de los servicios de salud
Módulo XII:	Cultura y gestión de las organizaciones

\* En Bogotá se impartió un módulo introductorio a la especialización diferente del preparado y desarrollado en las otras sedes.

### 3.1.4 Métodos de enseñanza

Como la metodología inicialmente contemplada era la autoinstrucción, para los encuentros semanales (o tutorías) se había previsto como métodos: lectura dirigida, discusión y visualización. Sin embargo, se introdujeron otros de acuerdo al criterio del tutor, fundamentalmente charlas magistrales por los tutores y preparación de temas por los alumnos. Las charlas magistrales eran utilizadas para introducir el módulo, o cuando los tutores consideraban que el tema lo requería.

Los temas contemplados en cada módulo eran distribuidos entre grupos de alumnos. Cada grupo era responsable de la preparación de un tema a partir del texto del módulo y otros documentos proporcionados por el tutor o, en limitadas ocasiones, producto de una breve pesquisa bibliográfica. Posteriormente los temas eran presentados a todo el grupo, usando como ayudas didácticas acetatos y carteleras, y debatidos. La discusión era facilitada y complementada por el tutor.

Algunos tutores invitaban a otros docentes para reforzar la enseñanza de aquellos temas en que se sentían inseguros. En algunos módulos se organizaron talleres y charlas adicionales de refuerzo, llevadas a cabo por expertos en el tema, en las que participaban la totalidad de los alumnos y tutores. En Bogotá, además se propiciaba el intercambio entre grupos de alumnos de las diversas instituciones, durante estas reuniones.

En el tiempo entre los encuentros los participantes tenían que realizar las lecturas de los materiales y preparar los trabajos de los módulos, proyecto fin de curso y exámenes.

No había prácticas establecidas, pero los trabajos para los módulos eran realizados abordando los problemas de las instituciones en que trabajaban.

### 3.1.5 Materiales de enseñanza

Para cada módulo existía un documento escrito que se entregaba tanto a tutores como alumnos. En el documento se recogían los objetivos del módulo, el desarrollo de los temas y algunas preguntas para motivar la discusión al final de cada tema o unidad. Los tutores disponían además de un documento adicional con sugerencias para la aplicación del módulo. Los estudiantes recibían también listas de bibliografía, copias de artículos y otros documentos que se consideraban de interés.

Marcadores, tarjetas y chinchetas, así como papelógrafo estaban disponibles para la visualización de los contenidos.

Además se proporcionó un fondo pequeño para la provisión de refrigerios y pago de transporte para los encuentros u otras actividades adicionales. En Bogotá, no había esta asignación de recursos, ya que los fondos procedían de fuentes diferentes (ver 3.1.12).

### 3.1.6 Formas de evaluación

Para evaluar el desempeño de los participantes se establecieron diversos mecanismos:

- *Pretest y postest.* Ambos eran idénticos, con el objetivo de determinar el progreso realizado por los participantes. El pretest además permitía al tutor conocer el nivel de los participantes en relación a los contenidos del módulo.
- *Valoración de actitudes y habilidades:* interés y compromiso, sentido crítico, participación en la discusión y destrezas. Esto se basaba en la observación de la actuación individual y opinión del tutor
- *Trabajos escritos.* En cada módulo los estudiantes tenían que profundizar un aspecto, aplicando los contenidos a un problema real de los servicios de salud. En algunas ocasiones estos trabajos eran sustentados oralmente. Los trabajos se hacían en grupo.
- *Exámenes trimestrales* que eran definidos por la coordinación en Bogotá.
- *Proyecto fin de curso.* En este trabajo se aplicaban los conocimientos aprendidos durante el curso a un problema real de los servicios de salud. El trabajo se hacía en grupo.

Las formas de evaluación estaban definidas desde el momento mismo de la planeación del programa y su presentación para aprobación en los consejos directivos de la Universidad Javeriana, que era responsable de otorgar el título de especialista.

### 3.1.7 Funciones de los tutores

Cada *tutor* tenía a su cargo un grupo de 10 participantes en promedio. (El número podía ser mayor o menor de acuerdo a la dispersión geográfica, ya que se procuraba que las reuniones fueran cerca de sus lugares de trabajo, para evitar la inversión de tiempo en los desplazamientos) y tenía que realizar las siguientes funciones:

- Organización de los encuentros semanales. En estos encuentros el tutor se encargaba de aclarar conceptos, orientar, sugerir, motivar a la investigación y asegurarse de que los trabajos aplicasen los contenidos del módulo a la situación real de los alumnos.
- Organización de la agenda para tratar los temas de cada módulo en el mes que se les asignaba. Con este fin, agrupaban las unidades según temas y extensión.
- Organización del material complementario. Hubo que adicionar material sobre la seguridad social y otras áreas que no estaban contempladas en los módulos.
- Definición de la metodología de abordaje de los temas.
- Realización del seguimiento del grupo.
- Presentación de informes al final de cada módulo (o sea, uno por mes), según una guía establecida.
- Eran orientadores de los proyectos fin de curso de su grupo y jurados de los proyectos de otros participantes.

Algunos tutores comenzaron colaborando o participando en la preparación de los materiales, redacción de los módulos y revisión de los módulos preparados por otras personas.

Además de los tutores en cada departamento existía un *coordinador* encargado de distribuir los materiales a los tutores, organizar y facilitar los encuentros de los tutores y los encuentros de profundización trimestrales con expertos de todo el grupo. En general, eran responsables de todos los aspectos organizativos y del seguimiento del curso.

### 3.1.8 Interacción de los tutores

Los tutores se reunían una vez al mes con los coordinadores del curso en cada departamento, excepto en Bogotá, donde los encuentros eran semanales. En estas reuniones se discutían los problemas e inconvenientes encontrados en la aplicación de los módulos y se realizaban

recomendaciones para posibles cambios. Además se hacía la entrega e introducción del módulo siguiente. La toma de decisiones relativas al curso recaían sobre la coordinación general.

No había reuniones entre tutores de los distintos departamentos, ni tampoco de los participantes.

### **3.1.9 Interacción entre participantes y tutores**

El docente o tutor era considerado como un facilitador. La relación entre participantes y tutores era, en consecuencia una relación horizontal. A esto contribuía el hecho de ser los tutores en su mayoría<sup>3</sup>, personal de los servicios de salud y, en muchas ocasiones, compañeros de trabajo.

### **3.1.10 Perfil de los participantes**

Los criterios de selección descritos en el documento de la especialización o requisitos de inscripción eran:

- Ser profesional que se desempeña laboralmente en los Servicios de Salud.
- Demostrar responsabilidad, compromiso y entendimiento del programa de especialización y su metodología de autoformación.
- Comprender textos en el idioma inglés.
- Cumplir los requisitos de Inscripción de la oficina de admisiones de la Universidad.
- Cumplir los requisitos de admisión de la oficina de postgrado de Medicina.

Se inscribieron en el curso un total de 175 alumnos, en las cuatro ciudades, de los cuales 100 eran mujeres (57%). Aproximadamente 9,14% de los alumnos no terminaron el curso<sup>4</sup>. Las causas fueron diversas: motivos laborales, no poder obtener el título de especialista (los no profesionales), problemas con el tutor, embarazo, no pasar el examen final o motivos desconocidos.

El número de alumnos en las versiones actuales de este curso ha disminuido.

---

<sup>3</sup> En la ciudad de Bogotá los tutores no pertenecían a los servicios de salud.

<sup>4</sup> Según la información recibida 2 participantes en Cali, 12 en Cúcuta y 2 en Bogotá no lograron graduarse

### 3.1.11 Personal docente

Los criterios de selección para tutores descritos en el documento de la especialización fueron:

- Demostrar los conocimientos y la experiencia docente para participar del programa y ser aceptado por las directivas de la universidad.
- Poseer calidades humanas y éticas que permitan su vinculación a la Universidad.
- Estar vinculado a una organización de salud.
- Tener un título universitario de especialización, maestría o doctorado que lo posibilite en el área de la gestión de los servicios de salud.
- Demostrar compromiso con la entidad de salud que representa.
- Tener una buena evaluación de desempeño en la entidad donde labora.

Los criterios están definidos en detalle en la documentación del postgrado.

Los tutores seleccionados participaron en un seminario inicial en el que se introdujo el curso, sus contenidos y métodos de enseñanza. Además, excepto los tutores de Bogotá, participaron junto con los alumnos en el módulo 0, que era un módulo de introducción sobre las teorías de aprendizaje, impartido por psicólogos. También estaban presentes en las charlas y talleres de profundización organizados para complementar algunos módulos. En las reuniones mensuales en que se entregaba el nuevo módulo, a veces, se les hacía una introducción a los temas. En Bogotá, esta actualización era semanal.

No hubo otras actividades de formación para los docentes.

### 3.1.12 Costo

La matrícula era 1.000.050 pesos colombianos, equivalente a 7 salarios mínimos<sup>5</sup>. La Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE) financiaba la mayor proporción (70%, según un informante) de la matrícula y los alumnos la parte restante. En pocas ocasiones las instituciones de los participantes les subvencionaron esta parte.

El curso era financiado por la DSE, las Secretarías Municipal y Departamental y los alumnos. Las secretarías de salud contribuyeron con el tiempo de los participantes y los tutores (4 horas semanales). En Bogotá el curso estaba financiado por la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).

---

<sup>5</sup> El valor del salario mínimo en 1996, según datos de la Oficina de Trabajo, era de 142.125 pesos colombianos.

Una institución, el hospital Carlos Carmona, que no había sido seleccionada para participar en el programa, subvencionó la participación de la institución pagando un 50% de la matrícula, mientras que los participantes corrieron a cargo del 50% restante.

### **3.2 Aplicación del curso en la práctica**

En esta sección se resumen las opiniones de los egresados en relación a la utilidad del curso y la aplicación de los contenidos a su trabajo.

#### **Aplicación del proyecto fin de curso**

Los proyectos fin de curso tuvieron enfoques diferentes y su aplicación en la práctica dependió tanto del cargo que ocupaba el alumno, como de los contenidos que desarrollaba, y la relevancia y aplicabilidad del tema en su institución.

Según uno de los egresados su proyecto sobre calidad de la atención, realizado junto con otra colega de la misma institución, resultó creíble y contribuyó a que se reforzaran aspectos que ya se aplicaban. Muchos de estos aspectos (como mejora de los tiempos de espera por el sistema de citas, adecuación de las instalaciones, horarios, relaciones del personal de salud con los usuarios) ya se habían introducido como consecuencia de la ley 100, pero el trabajo llamó de nuevo la atención sobre los mismos.

En otro lugar, el trabajo fin de curso se concentró en el desarrollo de un instrumento de investigación, aplicación y análisis de los resultados, sin que tuviera una aplicación práctica directa. Otro trabajo analizó la viabilidad económica de la sala de cirugía y sus resultados sirvieron para sustentar un aumento de la productividad.

#### **Utilidad del curso**

La utilidad del curso dependió de diversos factores, entre ellos la posición de los egresados en los servicios. Aquellos que realizan un trabajo clínico lo percibían como una mejora de su trabajo, por el crecimiento personal que suponía. “Ahora dedica más tiempo a educación para la salud”.

Para egresados que ocupan puestos administrativos, el postgrado aportó elementos de análisis y sistematización, y, en ocasiones, han logrado aplicar muchos de los contenidos del curso. “Como administradora el curso me dio herramientas y reforzó mi desempeño, comencé a delegar funciones y trabajar en equipo”. “Logré mejorar la comunicación”.

Desde el punto de vista personal, algunos egresados que no poseen puestos directivos, han logrado mayor reconocimiento por parte de la institución, que se les tenga en cuenta para tomar decisiones, les permitan “participar

en comités, manejar reuniones, establecer criterios”. Han logrado desarrollar habilidades que no necesariamente estaban presentes en los equipos de trabajo

### **Cambio de puesto de trabajo**

La participación en el curso no necesariamente llevó a los egresados a cambiar de cargo. Hubo quien permaneció en su puesto clínico, quien dejó el cargo administrativo y volvió a la clínica, quien modificó sus funciones de clínica a administrativas sin cambiar de cargo (“cambió de funciones aunque no mejoró su salario, incluso empeoró”) y quien fue transferido a un puesto administrativo.

A uno de los egresados le ofrecieron la dirección de la institución y la rechazó, otro la aceptó y por último, hubo quien dejó el sistema público y se fue a trabajar con una institución privada.

### **Obstáculos para la aplicación de lo aprendido**

Como obstáculos para la aplicación de lo aprendido, mencionaron elementos relacionados con las instituciones como la falta de formación del funcionario público y su actitud, carencia de presupuesto y la organización.

Los funcionarios están acostumbrados a trabajar de una manera y se oponen al cambio. También la envidia hace que los que no pudieron participar en el curso no apoyen o incluso obstaculicen la implementación de nuevas ideas.

El presupuesto que maneja la institución es sólo de funcionamiento, todo lo que son inversiones, recursos humanos, está centralizado y por tanto, no se pueden tomar decisiones al respecto.

La organización jerárquica de instituciones no facilita la introducción de cambios, ya que ha de ser aceptados por los directivos, quienes pueden no tener confianza en sus subalternos o pueden ser gerentes autocráticos que no están interesados en otras opiniones.

Así mismo, la alta rotatividad del personal hace que se pierdan los recursos formados, especialmente en el caso de los directores.

Los factores políticos juegan un importante papel en la implementación de acciones. “Sin la voluntad política el criterio técnico no prevalece”.

Las condiciones generales del contexto como la falta de educación de la comunidad y carencia de condiciones adecuadas, como vías de comunicación, saneamiento ambiental y vivienda también fueron mencionadas como obstáculos para la implementación de lo aprendido.

## **Oportunidades para la aplicación de lo aprendido**

Las mayores posibilidades de aplicar lo aprendido las da el poseer un cargo directivo.

También consideran que cuantas más personas se hayan formado en una institución, más probable es que se pueda implementar lo aprendido y la institución pueda sobrevivir.

El carácter de las personas y el respeto a la parte técnica, influye en su actuación, ya que hay personas que sienten la necesidad de hacer las cosas bien.

Es importante, tener una buena acogida por parte de los compañeros.

## **3.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio**

En esta sección se describen la opiniones de los coordinadores, docentes y participantes sobre el programa. Las opiniones se han agrupado en debilidades y fortalezas y sugerencias de los cambios que serían necesarios, según los diferentes aspectos del curso.

### **3.3.1 Fortalezas del postgrado**

#### **Contenidos**

Según egresados y tutores, el curso cubre una temática acorde con las nuevas necesidades de los servicios de salud y proporciona una visión general de los procesos y la gerencia de una institución. El curso trata una buena parte de los aspectos que tienen que ver con la gerencia en salud, está bien fundamentado y la elaboración ha sido cuidadosa. Según un egresado el curso está muy actualizado y es ambicioso en su extensión. “Si se aplicaran todos los contenidos mejoraría el sistema”.

Los módulos indicados como buenos por algunos de los participantes fueron: planeación, mercadeo y control interno. El módulo 0 fue altamente apreciado por algunos de los egresados (“genial”).

#### **Materiales**

La existencia de los módulos escritos y la provisión de los materiales fue valorada positivamente por muchos de los entrevistados. Además los egresados destacaron el hecho de que los materiales siempre estaban listos al inicio de los módulos y se acompañaban de una buena lista de bibliografía.

La presentación de los módulos era considerada por algunos participantes de fácil manejo. “Los módulos tenían una presentación amigable, no eran textos técnico-científicos, el lenguaje era fácil”.

## **Métodos**

Algunos aspectos de la metodología fueron valorados positivamente. Entre ellos destaca el énfasis en la autoformación y la posibilidad de combinación de estudio y trabajo, que permite tener como referente la institución de trabajo. En algunos casos, incluso, la posibilidad de sincronizar los procesos institucionales y educativos (para aquellas instituciones que tenían un número importante de participantes, incluyendo los gerentes), contribuyendo a mejorar las relaciones interpersonales e institucionales e introducir cambios en la institución.

Especial importancia se atribuyó a la orientación de los trabajos hacia problemas de los servicios de los servicios de salud en que trabajaban los participantes, tanto de los módulos como el de fin de curso. En ocasiones, algunos de estos trabajos fueron aplicados inmediatamente (por ejemplo: estrategias de participación social, planes institucionales, etc.), lo que contribuía a generar inquietudes y optimismo.

Otros aspectos apreciados fueron la posibilidad de invitar a personajes de la vida pública (políticos, gerentes, etc.) y otros docentes, para complementar el trabajo con los módulos, así como el tener pequeños grupos de trabajo a los que se daba seguimiento a lo largo de un año, por medio de un tutor.

La estructura básica de evaluación fue valorada positivamente, por la combinación de métodos y la distribución de las calificaciones.

## **Tutores**

Los egresados valoraron positivamente la buena accesibilidad de los tutores. En algunos casos los tutores eran también los jefes (directores de la institución), con esto el apoyo de la institución estaba garantizado y el horario de consulta se hacía flexible.

En general, los tutores mostraron en todo momento disponibilidad, interés y compromiso hacia el curso y los participantes.

Se desarrolló una buena integración, interacción y ambiente de compañerismo entre profesores y alumnos. Los participantes reconocían la labor desarrollada por los docentes y los docentes apreciaron el proceso como enriquecedor.

## Perfil de los estudiantes

El carácter multidisciplinario de los participantes era considerado una fortaleza. Tutores y egresados coincidían en que la reunión de profesionales de la salud de diferentes disciplinas era enriquecedora ya que permitía la discusión de los temas desde diferentes visiones.

Algunos valoraban también el hecho de ser participantes con un cierto grado de responsabilidad administrativa y también la participación de varias personas por institución.

### 3.3.2 Debilidades del postgrado

#### Contenidos

En general, tanto tutores como docentes opinaban que los contenidos eran muy ambiciosos y abarcaban muchos temas que eran tratados superficialmente, convirtiéndose en una introducción de los mismos. Se consideraba que eran muy teóricos y aportaban insuficientes herramientas prácticas. Según algunos tutores y egresados, el curso no garantiza que el participante salga con todas las herramientas que necesita para actuar como gerente. No se dotan de herramientas prácticas para la interpretación de la información y la aplicación de la misma. Faltan contenidos de gestión económico financiera (no se enseña análisis financiero, contable y presupuesto), de recursos humanos y referente a legislación sobre contratación, así como un módulo de formulación de proyectos.

En el análisis de los módulos realizado por egresados y tutores, se indicaron algunas debilidades de estos. Los módulos de *economía* y de *investigación* fueron considerados muy teóricos, “difíciles de digerir” y carentes de herramientas prácticas. El módulo de *planeación* según algunos egresados no logró aportar la comprensión de los elementos básicos necesarios para iniciar la planificación. Faltó la justificación de la planificación y ejemplos prácticos. No se comprendió el diagnóstico ya que se centró mucho en problemas de salud y se dio poca importancia a los problemas de las instituciones. El módulo de *introducción* fue percibido como árido y, según un egresado como orientado hacia pregrado y los materiales mal preparados.

Del módulo de *comunicación* se consideró que podría formar parte del módulo de introducción, convertirse en un módulo de consulta o ser eliminado.

El módulo de *políticas públicas* daba un marco general pero no profundizaba en la ley 100 y las políticas y decretos de salud. El módulo de *participación social* resultó muy teórico, de difícil lectura y poco atractivo (“tedioso tanto

lecturas como reuniones”). Al módulo de *sistemas de información* le faltó aplicación práctica.

Los módulos eran percibidos por los tutores como independientes entre sí. Aunque originariamente seguían el ciclo administrativo, esto se perdió. Algunos profesores pensaban que debían tener la libertad de tratar los diferentes temas en el orden que respondiera a las necesidades identificadas en su grupo de alumnos. El módulo XII (Cultura y gestión de las organizaciones) podría ser aplicado de primero ya que introduce problemas gerenciales generales. El módulo III (conceptos e investigación en salud) rompía la lógica y, por tanto, debería estar al principio o final.

Se identificó como debilidad la carencia de un módulo que dotara al participante de habilidades básicas que serían necesarias para el curso, como matemática básica, manejo del computador, lectura rápida, etc.

En ningún momento se hizo introducción alguna del enfoque de género. Los aspectos de solidaridad y equidad de la reforma fueron mencionados al introducir la política pero no desarrollados posteriormente.

## **Materiales**

Los materiales, tanto los módulos como las pruebas, llegaban tarde a manos de los tutores (apenas unos días antes del inicio del siguiente módulo y en algunos casos, después de la fecha prevista). Esto les impedía que se pudieran familiarizar suficientemente con los contenidos antes del inicio del módulo.

## **Métodos**

Aunque la metodología básica contemplada era la autoformación, en la práctica fue un proceso de formación dirigido por los tutores, que hicieron el papel de docentes y que fueron complementados con docentes externos.

En los trabajos en grupo, no siempre se trabajaba con las mismas personas y por tanto los trabajos se aplicaban a diferentes instituciones, perdiendo así el hilo conductor que hubiera sido la misma institución y no siempre aplicándolos a la realidad local. Aunque el proyecto fin de curso tenía como objetivo la aplicación práctica de los contenidos del curso, no había garantía de que se les diera continuidad una vez acabado el curso “acabó el curso, acabaron los proyectos”.

Los egresados indicaron como debilidad el realizar los encuentros semanales en su lugar de trabajo ya que esto llevaba a continuas interrupciones, y que los horarios de encuentro no siempre fueran adecuados para los participantes que tenían que desplazarse de su localidad, causando inasistencia.

No se crearon espacios para el intercambio entre los participantes fuera de su exclusivo grupo tutorial, ni se facilitó el contacto con otros grupos.

### **Formas de evaluación**

Egresados, tutores y organizadores coinciden en la apreciación de que las formas de evaluación eran inadecuadas y excesivas. A pesar de que el sistema de evaluación fuera considerado por algunos tutores como demasiado estresante para los alumnos, otros consideraban que teniendo en cuenta que no había garantía de continuidad del postgrado no se percibía que pudiera permitirse que ningún alumno perdiera el curso.

Según algunos informantes, el pretesto era interesante porque daba una indicación del nivel de los alumnos en esos temas. Sin embargo, una prueba idéntica al final del módulo carecía de sentido. Los participantes llegaron a ponerse de acuerdo y memorizar las preguntas para contestar el postest.

Todos los trabajos, tanto los de los módulos como el proyecto fin de curso, eran grupales y por tanto, con el inconveniente de no permitir la evaluación del desempeño individual y calificar de manera idéntica desempeños desiguales.

Como debilidad se consideró también que no se hiciera la evaluación en los lugares de trabajo de los participantes, ni hubiera relación alguna con sus instituciones.

Los exámenes trimestrales, definidos por la coordinación académica en Bogotá, fueron motivo de polémica. Según un egresado, el primero fue más adecuado porque era la discusión de un caso práctico. Los otros fueron exámenes de conocimiento y no permitían a los participantes la sustentación de sus argumentos.

En el último examen los alumnos se negaron a realizarlo, "por solidaridad con sus tutores". Según un egresado, consideraban que no les estaban dando protagonismo a sus tutores, ya que estos exámenes eran impuestos desde Bogotá. Según uno de los tutores, el examen era ambiguo y se aplicó luego de pequeñas modificaciones.

### **Tutores**

Según algunos egresados el tutor, como es lógico, no tenía el dominio de todos los temas y, por tanto, necesitaba apoyo estructurado, es decir, de personas especializadas, para algunos temas específicos. Algunos tutores estaban insuficientemente preparados o su dedicación no era percibida por los participantes como la esperada. De acuerdo a los tutores habría sido necesario capacitar a los tutores en las áreas en que se sentían débiles, como por ejemplo, economía.

En los casos en que los tutores eran también los directores de la institución existía un cierto nivel de intimidación. Inicialmente los participantes mostraban recelo en expresar sus opiniones sobre la institución.

### **Perfil de los participantes**

Algunas instituciones enviaron a sus mandos medios a la capacitación. Debido al carácter autocrático de muchos gerentes era difícil que pudieran introducir cambios en sus instituciones. Además hubo participantes que procedían de puestos clínicos y volvieron a sus puestos después del curso. El nivel de interés de los participantes hacia el curso era variable.

Según algunos egresados, había marcadas diferencias entre los participantes de las diversas disciplinas, y esto dificultaba la discusión.

Como fuerte debilidad fue denunciada la participación conjunta de profesionales y no profesionales, ya que estos últimos, a pesar de participar en las mismas actividades y desarrollar los mismos contenidos de los profesionales, no tenían opción a realizar el proyecto fin de curso y recibir el título de especialista. Este hecho sólo fue conocido una vez iniciado el curso y motivó el abandono de algunos y la pérdida de motivación de muchos de los no profesionales.

### **Tiempo**

Tanto tutores como egresados consideraron que el tiempo contemplado para el desarrollo del programa era insuficiente. Se necesitaba más tiempo para realizar los trabajos y también para abarcar todos los contenidos de los módulos. Los participantes tenían que cumplir sus jornadas laborales y sólo eran liberados para las reuniones. Según algunos de los entrevistados, en algunos casos ni siquiera este tiempo era liberado. Entre otras razones porque tenían muchas tareas a realizar que no podían descuidar.

De acuerdo a los egresados y tutores, se habría tenido que distribuir el tiempo entre los módulos. El tiempo dedicado a cada módulo era de un mes, sin embargo algunos necesitaban más tiempo, como por ejemplo el módulo de economía, legislación en salud, medición de problemas y planeación. Otros módulos necesitaban menos tiempo, como los módulos de introducción, comunicación y participación social. Con un fin de semana de semana para el módulo 0, según uno de los entrevistados, hubiera sido suficiente.

### **Apoyo logístico**

Participantes de municipios pequeños tenían la biblioteca y centros de documentación muy lejos y carecían de acceso a Internet. Los sábados, único día libre, permanecían cerrados dichos centros.

## **Relación FUNDAPS/Universidad**

Según los egresados, la universidad no llegó a acogerlos como sus estudiantes y aunque hizo presencia, el programa era claramente FUNDAPS. Faltó involucrar más a la universidad en el proceso.

Según tutores y egresados, los participantes percibieron que había desacuerdos entre la Universidad Javeriana en Bogotá y FUNDAPS. Debido a las diferencias surgidas al inicio del programa y acuerdos posteriores, la comunicación de la Universidad Javeriana de Bogotá con los grupos de Cali, Cúcuta y Medellín fue percibida por los egresados y tutores como insuficiente. Su presencia en estos tres departamentos se limitó a la definición y aplicación de las pruebas trimestrales.

### **3.3.3 Sugerencias de cambios**

Algunos módulos deberían ser revisados y sus contenidos modificados. Así habría que incorporar en el módulo de introducción herramientas básicas para el curso, como lectura, matemáticas, computación.

Se necesita ampliar y profundizar los contenidos relativos a seguridad social. Es necesario introducir herramientas prácticas de gestión financiera, como manejo de costos y administración de suministros y por tanto, habría que agregar módulos de manejo financiero, gestión de recursos humanos y aspectos jurídicos. También habría que introducir herramientas del tipo EPI-INFO.

La secuencia de los módulos ha de ser mejorada y si procede, permitir a los tutores el cambio del orden de los módulos si lo consideran necesario para sus alumnos.

Para refuerzo del quehacer de los tutores sería necesario incorporar el apoyo de expertos en los módulos de economía de la salud, evaluación de servicios de salud, mercadeo e investigación.

Las directrices para el proyecto final y el inicio de la preparación del mismo, deberían estar incorporados desde los estadios iniciales del curso.

Los cursos para profesionales y no profesionales habrían de ser impartidos independientemente, y a los no profesionales que ya participaron se les debería abrir una vía para poder obtener sus títulos.

Tanto el tiempo total de la especialización, como el de los módulos debería ser revisado con el objetivo de adecuar el tiempo de los módulos, acortando unos y alargando otros. Se sugirió aumentar el tiempo de la especialización a tres semestres.

Las formas de evaluación deberían ser mejoradas. Según un tutor habría que introducir pruebas de conocimiento y talleres de aplicación, los pre y postests, si se mantienen, habrían de ser diferentes entre sí. También se recomendó substituir los test por casos o exámenes donde el participante pueda sustentar su opinión.

Las relaciones institucionales generadas con la participación en el postgrado deberían potenciarse. Por un lado, afianzado la relación con la Universidad y la pertenencia de los participantes mediante eventos, talleres, encuentros y por otro, ejerciendo esta una mayor presencia en la institución de procedencia de los alumnos.

## Documentos consultados

Centro de Estudios y Consultoría en Salud Pública. Especialización en Gestión aplicada a los Servicios de Salud. Informe final. Actividad TK 82-725-97ex. 1998.

Especialización en Gestión aplicada a los Servicios de Salud. Guía para el trabajo de profundización. Facultad de Medicina. Universidad Javeriana.

Fernández Juan, A. y Giraldo I. Programa de especialización en Gestión aplicada a los Servicios de Salud. Síntesis de proceso nº 2, diciembre, 1996.

Fernández Juan, A. y Giraldo I. Programa de Especialización en Gestión aplicada a los Servicios de Salud. Avance de gestión. Dpto. de Medicina Preventiva, Pontificia Universidad Javeriana, febrero, 1997.

Fundación para la Asesoría a Programas de Salud. FUNDAPS. Gerencia de Servicios de Salud. Módulos 1,2,3,4,5,8,11.

Giraldo I. Especialización en Gestión aplicada a los servicios de Salud. Informe final. 1997.

Giraldo I. y Latorre J. Informe de aplicación del cuarto examen trimestral. Santiago de Cali. 1997.

Giraldo I. y Latorre J. Informe de aplicación del examen San José de Cúcuta. 1997.

Guía para la realización del informe mensual de los tutores a la coordinación del programa.

Informe de avance sobre el desarrollo de la especialización en Gestión aplicada a los servicios de salud, en tres ciudades de Colombia. Sin fecha.

Informe de evaluación. Diagnóstico de la situación actual del programa de especialización en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud y propuestas de mejoramiento. Reunión Villeta. 1997.

Programa de especialización en Gestión aplicada a los Servicios de Salud. Síntesis de proceso. Septiembre de 1996

Programa Especialización en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud. Reporte de admitidos 1996-1997. Pontificia Universidad Javeriana. Seccional Cali.

Programa Especialización en Gestión Aplicada a los Servicios de Salud. Listado de participantes 1996-1997. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

## **4. ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

### **4.1 Descripción del postgrado**

#### **4.1.1 Estructura**

La especialización en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, se abrió en 1987 como curso presencial regular y ha sufrido desde entonces diversas transformaciones y adaptaciones. En 1996 se había convertido en un curso semipresencial, dividido en dos fases. Iniciaba con una fase lectiva de tres semestres, en la que los alumnos asistían a clase, y seguía con una fase no presencial para la realización del trabajo de grado. Esta última fase dura teóricamente un año pero no hay fecha límite. En la fase semipresencial el grupo se dividió en dos, asistiendo unos, cuatro horas tres veces en semana en la noche y los otros viernes tarde y sábados por la mañana.

Todas las asignaturas tenían horas teóricas y horas prácticas. Las horas prácticas se realizaban mediante visitas a hospitales/municipios, trabajo en grupo o búsqueda de información para la definición de los trabajos de grado.

Este postgrado, además de ofrecerse en Medellín, se desarrolla de manera descentralizada en otras regiones del país, mediante un convenio con otras universidades: Universidad de Caldas en Manizales, Universidad tecnológica del Chocó en Quibdó y sede de la Universidad en Turbo, Urabá.

#### **4.1.2 Objetivos del postgrado**

##### **Objetivos generales**

- Interrelacionar los factores del desarrollo social, la seguridad social y la salud, por medio de estrategias de gestión social, formulación de políticas y desarrollo de habilidades directivas y financieras para la conformación de los modelos respectivos.
- Analizar la capacidad de respuesta institucional a la problemática de salud, en una situación dada y la gestión del sistema de seguridad social en la salud, mediante la aplicación de herramientas organizacionales y de planificación estratégica.

- Aplicar técnicas y principios de gerencia hospitalaria para la conducción, planeación, organización y control de las unidades de producción de servicios de salud.
- Diseñar el Sistema de Seguridad Social a partir del análisis de los modelos existentes, según enfoques y tendencias mundiales y su aplicación a las condiciones específicas de Colombia.

### **Objetivos específicos**

- Interpretar el contexto social y ecoambiental del desarrollo económico y su relación con salud y seguridad social, mediante el análisis de categorías sociales intervinientes y de las variables que más directamente influyen en la salud ambiental, el desarrollo sostenible y la seguridad social.
- Desarrollar técnicas y habilidades gerenciales de tipo social y económico, provenientes de la gestión pública y privada en la formulación de políticas y proyectos, gestión local y análisis financiero para la conducción y reorientación de los sistemas de seguridad social.
- Aplicar técnicas de investigación, diseño de sistemas de información y evaluación epidemiológica para la gestión y planificación de los servicios de salud.
- Analizar el contexto en el cual se inserta el hospital, mediante la identificación y aplicación de las variables económicas, políticas, culturales, legales, ecoambientales y demográfica.
- Formular alternativas para el rediseño de los procesos de gestión. Analizar el proceso de gestión, aplicando técnicas empresariales de comunicación, liderazgo, formulación de proyectos, planeación y mejoramiento de la calidad del servicio hospitalario.
- Aplicar principios, técnicas y procedimientos de gestión de las áreas de recursos, mediante la instrumentación y operacionalización de cada uno de ellos.
- Aplicar principios, técnicas y métodos de investigación, evaluación e indagación operativa en las unidades de producción de servicios al cumplir actividades prácticas en el Sistema de Seguridad Social.
- Aplicar los principios de la Seguridad Social, la legislación correspondiente y los instrumentos financieros, económicos, administrativos, actuariales y de orden contractual para el diseño y gerencia de un sistema de seguridad social integral.

### **4.1.3 Contenidos**

#### **Definición**

Los contenidos de la especialización se definieron inicialmente para responder a las necesidades de los servicios de salud. A partir de la Ley 100 de Seguridad Social en Salud de 1993, el postgrado sufrió una adaptación en sus contenidos para incluir lo concerniente a la Seguridad Social y a las nuevas necesidades de los participantes y servicios de salud.

Para la adecuación posterior de los contenidos, se utilizaron también las evaluaciones de los estudiantes, la experiencia personal de los profesores, la revisión de las normativas vigentes, nuevas propuestas y la revisión de la bibliografía. Además se circulan encuestas a las entidades que conforman el sistema de salud, aunque esto se realiza sin una periodicidad definida.

Los contenidos de cada asignatura son preparados/actualizados por el profesor responsable de la misma, quien los presenta al Comité de programa para su aprobación. El Comité de programa puede hacer cambios sobre los mismos.

Los objetivos de equidad y solidaridad de la reforma del sistema de salud son ampliamente discutidos a lo largo del curso con un enfoque crítico. De igual manera, contenidos de enfoque de género permean algunos cursos, como demografía, y se desarrolla como contenido específico.

#### **Relación entre las distintas materias**

Las materias se han dividido en básicas y específicas. En el primer semestre se trabajan las básicas y en el segundo y tercer semestres las específicas. El segundo año se dedica a la elaboración del trabajo de grado. Las materias consideradas como básicas se constituyen en componentes esenciales de las otras materias y están pensadas para que los conocimientos de estas últimas se construyan sobre las primeras.

#### **Lista de asignaturas**

Las asignaturas eran comunes a los tres postgrados en administración de servicios de salud que se ofrecían<sup>6</sup>, pero cada uno de estos tiene un énfasis diferente. En la tabla se indican las asignaturas y el área de énfasis específico para el postgrado que analizamos.

---

<sup>6</sup> En el año de estudio, los énfasis de los postgrados en Administración de Servicios de Salud ofrecidos eran Seguridad Social, Gestión Hospitalaria y Mercadeo en Salud. Actualmente se ofrece también con énfasis en Desarrollo Empresarial, que es el curso que ha evolucionado del GASS.

<b>Asignaturas</b>	<b>Áreas de énfasis</b>
Introducción a la salud pública Sociología en salud Demografía y salud Economía de la salud Sistemas de atención al medio ambiente Administración general y de salud	Doctrina de la Seguridad Social Legislación y Seguridad Social Desarrollo social Formulación de políticas Modelos económicos y Seguridad Social Gestión municipal, habilidades directivas
Biometría Metodología de la investigación Introducción a la informática Epidemiología Taller de investigación	Indicadores de seguridad social Modelos de atención a la salud Planificación de la seguridad social
Salud Ocupacional Planificación de Sistemas de Seguridad Social Administración de salud a las personas Administración financiera Administración de situaciones de desastre Administración hospitalaria Administración de servicios de salud Prácticas	Modelos de seguridad social Ley 100/93 Modelos de contratación Finanzas de la Seguridad Social Gestión de recursos Gerencia de proyectos Medicina del trabajo Riesgos del trabajo Modelos prestacionales Cálculos actuariales Prospectiva de la seguridad social Modelos Latinoamericanos Financiación de la seguridad social

#### 4.1.4 Métodos de enseñanza

Se utilizaba una combinación de métodos de enseñanza-aprendizaje que están orientados hacia el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes. La base de la metodología es la participación activa del alumno tanto de forma individual como colectiva, y prácticas asesoradas por los docentes.

Se trataba de utilizar una combinación de métodos, que fuera innovativa y atractiva, como charlas magistrales, trabajo de grupo, talleres, lecturas dirigidas (lectura de textos, con apoyo de una guía donde se indican los puntos de reflexión y centros de atención), análisis de videos, juegos de cartas, historias, análisis de casos y problemas, manejos de escenarios proyectivos, ejercicios y prácticas de observación de objetos de conocimiento reales.

También se organizan club de revistas. En ellos los estudiantes recogen información actual de artículos o comentarios de prensa, sobre líneas temáticas relacionadas con el curso.

Muchos de los profesores iniciaban su asignatura mediante un pacto pedagógico de trabajo. El primer día de clase llevaban una propuesta de módulo que podía ser cambiada para responder a las necesidades de los alumnos.

En su gran mayoría los trabajos realizados por los alumnos eran aplicados a la realidad de sus instituciones y, a través de ellas a la comunidad.

#### **4.1.5 Materiales de enseñanza**

Para cada asignatura los participantes recibían una *guía de instrucción*, que contenía información esencial en relación a la asignatura: objetivos, contenidos, metodología, forma de evaluación, duración y cronograma específico del módulo y lista de bibliografía. La bibliografía se dividía en básica, para ser leída durante el módulo y complementaria, que era opcional y se aportaba como bibliografía de referencia para aquellos que quisieran profundizar en los temas. Algunos profesores incluían en las guías una breve introducción al tema, reflejando en ella su posición respecto al mismo.

Además se entregaba algunos materiales fotocopiados, como lecturas, casos, materiales para talleres, etc.

Para las clases se disponía de un equipo de ayudas didácticas (retroproyector, videos, pizarras, proyector de diapositivas, video-bin, etc.). Había un laboratorio de computadores a disposición de los estudiantes.

#### **4.1.6 Formas de evaluación**

Para la evaluación de las distintas asignaturas se realizan diversos tipos de prueba:

- *Exámenes escritos*, que pueden ser tipo test, resoluciones de casos o desarrollos de temas.
- *Trabajos de grupo e informes individuales*, profundizando en un tema específico. En estos se valora que no sea una copia de otros textos y que se refleje la expresión del pensamiento propio del alumno.
- *Talleres*
- *Lecturas dirigidas*
- *Sesiones plenarias y prácticas dirigidas*
- *Asistencia y participación*

- *Trabajo de grado.* El trabajo era una condición ineludible para obtener el título de especialista y tenía que resultar de la aplicación de conocimientos adquiridos durante el curso a un problema real de los servicios de salud. Este trabajo podía hacerse de manera individual o en grupo.

A través de las diferentes pruebas se intentaba evaluar aspectos cognitivos, analíticos y de profundización. Se adaptaban las pruebas a las necesidades de cada materia.

Tanto las modalidades como las fechas de evaluación eran presentadas a los estudiantes al inicio de cada asignatura para su aprobación. Ambas pueden ser modificadas de acuerdo a las necesidades y opiniones de los participantes.

#### **4.1.7 Funciones de los docentes**

El curso tiene un coordinador de programa, que es un profesor a tiempo completo, y para cada asignatura, un profesor responsable de la misma. Adicionalmente, pueden participar otros profesores en la docencia de alguna parte de las asignaturas.

Las funciones del *coordinador de programa* son:

- Elaborar y presentar el programa del curso al Comité de Programa. En este documento se reflejan la estructura, micro/macro calendario, requisitos y presupuesto del curso.
- Presidir las evaluaciones con los estudiantes. Se realizan reuniones de evaluación semestrales y una global al final del curso.
- Realizar reuniones extraordinarias con los estudiantes cada vez que sea necesario, porque se esté gestando un problema o haya transcurrido algún tiempo.
- Participar en el Comité de programa, que se encarga de supervisar el funcionamiento de los programas.
- Realiza todas las actividades de coordinación y gestión necesarias para el buen funcionamiento del curso.
- Además es profesor responsable de asignatura.

Las funciones del *profesor responsable de una asignatura* son:

- Diseñar y/o actualizar la asignatura, basándose en los programas anteriores y adecuándolos a las nuevas corrientes y bibliografía existentes.
- Ejecutar la asignatura
- Evaluar el desempeño de los estudiantes
- Asesorar individualmente a los estudiantes durante el curso

- Asesorar a los estudiantes en la realización de las tesis y actuar de jurados en la evaluación de las tesis, distintas de las que han asesorado.

#### **4.1.8 Interacción entre los docentes**

Los docentes que trabajaban a tiempo completo tenían la oportunidad de interactuar a través de las reuniones del departamento, los grupos de desarrollo y el comité de programa.

En las *reuniones del departamento* participaba todo el personal y se discutían aspectos diversos relacionados con el funcionamiento del mismo.

Los *grupos de desarrollo* estaban formados por profesores que comparten el interés en un tema específico. Tanto el número de grupos como el de profesores en cada grupo, es variable.

El *comité de programa* estaba constituido por el director de postgrado, un representante de los profesores, un representante de los estudiantes y los coordinadores de programa. Se reunía cada dos semanas. Las reuniones eran abiertas para el personal que deseara asistir. Era el órgano responsable de los programas donde se tomaban las decisiones y se procesaban los problemas que se solucionaban o derivaban, según fuera el caso.

Adicionalmente los profesores se comunicaban entre sí de manera informal para comentar los contenidos de las asignaturas y tratar de que los temas fueran complementarios, así como evitar repeticiones o vacíos.

No había comité o claustro que reuniese a todos los docentes del programa.

Los docentes que estaban contratados por horas de docencia (docentes de cátedra), generalmente, no participaban en ninguna actividad adicional ya que su relación con la facultad se limita a estas horas.

#### **4.1.9 Interacción entre participantes y docentes**

La filosofía en que se basa la docencia es que el trabajo académico ha de ser lúdico y que se trata de establecer un diálogo académico (“se comparten saberes desde distintos puntos de vista y experiencias”). Se mantiene, por tanto, una relación horizontal, basada en el respeto mutuo. Se insta a los alumnos a que consulten a los docentes siempre que lo necesiten, además de las asesorías establecidas durante el desarrollo de los trabajos de grado. Se busca una interacción permanente. Los profesores muestran una actitud comprensiva hacia la resistencia de los participantes a algunos de los contenidos, como las asignaturas muy numéricas, (demografía, economía, etc). Según un profesor, los estudiantes con frecuencia se mostraban

reacios a consultar ya que tienen dificultades de movilidad y miedo a que les den mas material de lectura.

#### **4.1.10 Perfil de los participantes**

Para la selección de los participantes se tomaban en cuenta los siguientes criterios:

- Profesionales de la salud de las diferentes disciplinas (médicos, odontólogos, enfermeras, bacteriólogos, psicólogos, etc.)
- Examen de conocimientos
- Presentación del curriculum
- 2 años de experiencia laboral (no necesitan estar trabajando en salud)

De los 43 alumnos inicialmente matriculados en el primer semestre de 1996, 15 eran mujeres (35,7%). De ellos, 2 tuvieron que interrumpir sus estudios debido a problemas personales y todos los restantes terminaron la parte semi-presencial. Hasta la fecha 22 participantes (15 hombres y 7 mujeres) han presentado su tesis de grado, y por tanto se han graduado, lo que representa un 51% de finalizaciones. El resto aún está trabajando en la tesis, lo que supone un retraso en la graduación.

El número de alumnos matriculados ha disminuido en los últimos años.

#### **4.1.11 Personal docente**

La contratación de los docentes se hace mediante convocatoria pública. Para la selección de profesores a tiempo completo se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- Tener una formación de postgrado a nivel de magister o doctorado
- Una mínima experiencia docente o investigadora.
- Experiencia profesional mínima de dos años en un área relacionada con el desempeño como docente. Dentro de ésta se consideran: años de trabajo, publicaciones y asistencia a seminarios y cursos de postgrado.
- Presentación de un proyecto de trabajo por escrito y, sustentación en público
- Conocimiento de inglés

Para el personal que se contrata por hora/cátedra se utiliza una convocatoria pública y se mantiene un banco de hojas de vida para recurrir a ellos cuando sea necesario.

Los profesores que trabajan a tiempo completo, reciben un gran apoyo por parte de la facultad para su formación como profesional. Este apoyo puede ser monetario (financiación de cursos) o en tiempo, liberándoles de sus

obligaciones docentes. Existe una unidad de apoyo para el desarrollo pedagógico docente, que ofrece una gran variedad de cursos de formación para docentes.

#### **4.1.12 Costo**

El costo de la matrícula por semestre era en 1997 de 6 salarios mínimos y era pagado en su totalidad por el estudiante.

La matrícula cubría los costos del curso. Para cada programa se había calculado el número mínimo de alumnos necesario para que esto ocurra.

#### **4.2 Aplicación del curso en la práctica**

En esta sección se recogen las opiniones de los egresados sobre la utilidad del curso y su aplicación en la práctica laboral.

##### **Aplicación del proyecto fin de curso**

Los proyectos fin de curso se hacían sobre problemas reales de los servicios de salud, como diseño de planes municipales de salud, sistemas de control de gestión, o evaluaciones de la introducción de intervenciones.

La aplicación en la práctica depende de las circunstancias de cada participante como el compromiso por parte de la institución donde trabaja, del propio estudiante, o el cargo que ocupa.

De los entrevistados encontramos que en un caso el trabajo estaba siendo utilizado, ya que uno de los miembros del grupo trabaja en el área y les ofreció la posibilidad de ampliar la información.

En otros dos casos tenían dificultades fundamentalmente políticas, ya que la salud es utilizada como arma política y resulta difícil ser aceptado sin formar parte (o tomar partido) de un grupo político. En algunos casos se exhibe poco respeto por el trabajo en la academia.

##### **Utilidad del curso**

Los egresados reconocían que el curso aporta una gran apertura de conocimiento, un bagaje que contribuye a mejorar el desempeño. El curso proporciona una visión general que no se obtiene con la participación en cursos cortos. Les dota con elementos para el análisis de aspectos sociales y económicos de la salud y les permite desarrollar una visión mas integral de los procesos y, también, un sentido crítico para su análisis.

El curso resultó útil para “desmitificar a la gerencia y la actuación del gerente”.

Los egresados coincidían en considerar la participación en el postgrado como un crecimiento personal, que les generó nuevas oportunidades de tipo laboral. Uno de los entrevistados dijo que estaba siendo requerido de diferentes partes sólo por el hecho de haber hecho el postgrado.

### **Cambio de puesto de trabajo**

Algunos de los egresados estaban ya en puestos de gerencia antes de iniciar el curso, y por tanto no cambiaron. Uno de los egresados había dejado un cargo de gerencia hospitalaria, pero estaba considerando la vuelta.

### **Obstáculos a la aplicación de lo aprendido**

Un importante obstáculo para la implementación de lo aprendido son las dificultades políticas. Hay muchos intereses en cualquier terreno y la salud se utiliza como “caballo de batalla”. Es un problema político de manejo de lo público como políticas partidistas, para lograr cambios es necesario separar ambos.

Las decisiones están centralizadas a nivel municipal, y, por tanto, no existe autonomía para la toma de decisiones a nivel de los servicios de salud.

Los empleados de los servicios de salud, de las distintas escalas laborales, en su mayoría, desconocen la nueva organización del sistema de salud y continúan con los conceptos del sistema antiguo. Estos suelen oponerse a hacer “cualquier cosa que no sea lo que siempre han hecho”.

Según uno de los egresados, en los servicios de salud privados es posible aplicar lo aprendido si se cuenta con el apoyo de la gerencia. De igual manera en la pública sería posible introducir cambios si existiera la posibilidad de cambiar a aquellos empleados que se resisten (“si no cambia, le cambiamos”).

Debido a la precaria situación económica del país, los fondos que tendrían que destinarse a procesos de planificación y desarrollo en salud se utilizan para otros fines.

La corrupción existente obliga a los técnicos a tomar una posición política definida (“dígame al doctor que cuando entre en el pueblo tiene que estar definido: paramilitar o guerrillero”).

## Oportunidades para aplicar lo aprendido

A nivel de instituciones privadas, cuando la gerencia está de acuerdo con los cambios propuestos, y no supone una inversión económica elevada, los apoya.

Existen herramientas y posibilidades que no se utilizan. Como ejemplo mencionaron la existencia de cursos de formación ofrecidos por el SENA o la presidencia de la República, que rara vez se demandan y serían útiles para la introducción de cambios en la forma de trabajo.

### 4.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio

En esta sección se describen las opiniones de docentes y egresados respecto a las fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio del postgrado. Se han agrupado según los diversos aspectos considerados importantes por los informantes.

#### 4.3.1 Fortalezas del postgrado

##### Universidad

La Facultad Nacional de Salud Pública presenta una excelente imagen, siendo reconocida como Facultad de gran prestigio. El curso tiene renombre nacional e internacionalmente. Su buena imagen, frente a otros cursos similares es debida tanto a la opinión de sus egresados como a los cargos que ocupan posteriormente. Sus egresados desarrollan un alto grado de pertenencia y una alta estima por el programa, además de tener un excelente desempeño laboral. El curso mantiene una alta demanda.

La facultad busca además desarrollar una línea de formación académico e investigadora que los estudiantes puedan aprovechar.

La universidad proporciona excelentes recursos humanos y logísticos. La biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública posee una extensa base documental y su personal realiza una excelente atención al público, que es valorada tanto por los profesores como los alumnos. Posee la mejor hemeroteca de seguridad social, salud pública y ocupacional de Colombia. La facultad también ofrece la posibilidad de conectarse con otras áreas de la universidad de Antioquia, mediante actividades académicas y culturales.

La Facultad Nacional de Salud pública ofrece la ventaja adicional de no aplicar tarifas plenas, que resulta en un apoyo económico de importancia para los participantes y el postgrado no se ve afectado por paros estudiantiles o asambleas.

## **Estructura del curso**

El carácter semipresencial y la posibilidad de escoger entre clases el fin de semana o la semana fue considerado por los entrevistados como muy adecuado al público objetivo, ya que son profesionales que trabajan.

También fue valorada positivamente, la existencia de un comité de programa que vela por el buen desarrollo de curso y de un coordinador en contacto permanente con los alumnos. El comité de programa además, ha logrado la continuidad del profesorado y, por tanto, se mantiene la intención de mejorarlo permanentemente.

Docentes y coordinadores consideraron una fortaleza del programa la existencia de grupos descentralizados en otras regiones.

## **Métodos**

Como fortaleza fue considerada la gran variedad de métodos pedagógicos tanto para la docencia como para la evaluación de los estudiantes. La posibilidad de negociar la evaluación e introducir cambios a la misma facilita además la participación y disminuye la presión creada sobre los alumnos por la necesidad de responder a las pruebas.

Todos los trabajos que se realizan durante el curso tienen que tener una aplicación práctica en los servicios de salud. Es la aplicación práctica de los contenidos la que "alimenta y da credibilidad al programa".

Los egresados aprecian que se cumpliera con el programa tal como estaba previsto, así como la distribución de los materiales en los momentos indicados.

## **Contenidos**

Es un curso muy estructurado, que está logrando manejar los énfasis. Los estudiantes consideran que los contenidos del curso son adecuados y responden a sus expectativas.

Al mismo tiempo, es un curso flexible, que se actualiza permanentemente y permite renovar los contenidos del programa.

Los contenidos responden a un legado histórico de compromiso con la sociedad. Se fundamentan en la base científica de la facultad. La Universidad investiga sobre aspectos de la Seguridad Social y tiene una opinión propia sobre la misma, conservando su enfoque crítico-social.

Fueron mencionados por los egresados como especialmente buenos los contenidos referentes a legislación, planificación en servicios de salud y administración en servicios.

## Docentes y alumnos

El curso cuenta con docentes excelentes. "Profesores de gran talento, muy capacitados y muy comprometidos". En opinión de los entrevistados, su excelencia es tal que algunos son llamados para también actuar de docentes en universidades privadas.

El compromiso de los docentes con el curso ha llevado a que lo hayan "asumido como propio", preocupándose de su mejora continua.

Los egresados aprecian como valiosa la relación horizontal que se establece entre profesores y alumnos.

Existe una gran multidisciplinariedad entre docentes y alumnos. Esta diversidad enriquece mucho el programa

### 4.3.2 Debilidades del postgrado

#### Estructura

El carácter semipresencial fue mencionado como debilidad, tanto por egresados como docentes. Los estudiantes trabajan y a veces, tienen turnos nocturnos y de fines de semana, por lo que presentan dificultades a la hora de realizar los trabajos y lecturas fuera del tiempo presencial. Además están siempre cansados durante las clases.

La duración de tres semestres para la parte lectiva es larga en comparación con otros postgrados en los que dura sólo dos.

Faltan recursos físicos en la Facultad y apoyo logístico secretarial. Las fuentes bibliográficas necesitan mejorar. A veces, no se encuentra toda la bibliografía que necesitan consultar.

La normativa interna de la universidad condiciona mucho la evolución del curso. Por ejemplo, tienen dificultad para abrir nuevos grupos fuera de Medellín.

Las asignaturas se dictan mediante cursos cortos e intensivos, que no garantizan la asimilación de contenidos.

La falta de un espacio de interacción específico para los profesores del postgrado que les permita evaluar los programas y mejorar la coherencia entre las asignaturas.

## **Contenidos**

Debido a los cambios que continua sufriendo la Seguridad social, los contenidos que han de ser tratados en el curso aumentan, sin que pueda aumentar el tiempo dedicado al mismo. En algunos casos no se ha logrado adecuar las áreas de énfasis a los contenidos propios del curso.

A veces, se producían repeticiones de contenidos debido a la falta de integración de los docentes y la secuencia de los módulos no siempre era clara para los egresados.

Se considera que algunos contenidos son insuficientes, como son las horas dedicadas a prácticas o la investigación. Existe un desconocimiento general sobre demografía en general y los datos necesarios para abordarla en particular. Algunos de estos datos existen pero son de difícil acceso.

El énfasis en aspectos políticos y sociales, que para la universidad es una fortaleza, constituye para el mercado y otras instituciones una debilidad.

Algunas materias fueron consideradas insuficientes, como Ley 100, especialmente en legislación no fue "bien transmitida". Seguridad social y riesgos profesionales "no fue completo, quedó empezado". Facturación fue omitida. Además se pidió que se hicieran adecuaciones en áreas como economía de la salud, gerencia y humanización de los servicios.

La bibliografía proporcionada era, en ocasiones, escasa y otras veces, excesiva.

## **Docentes y participantes**

La intensidad de su trabajo les dificulta una mayor interacción con los alumnos

El nivel de lectoescritura de los participantes es, generalmente, bajo.

## **Seguimiento**

No se hace seguimiento a los egresados de los programas para ver su evolución o la forma en que la facultad puede apoyarlos. Tanto egresados como profesores opinan que una debilidad del curso es la falta de contacto de la facultad con los egresados.

### **4.2.3 Sugerencias de cambio**

Creación de espacios de interacción de los docentes de la especialización para lograr una mayor integración de los docentes y facilitar la mejora del programa.

Introducir cambios en los contenidos y métodos para dar más énfasis a la gerencia, así como realizar la adaptación del programa a la situación del país, como país en guerra.

Cambios específicos tendrían que hacerse en el módulo de informática que debería incluir mayor espacio para prácticas.

Se debería exigir que los estudiantes llegasen al curso con conocimientos del otro idioma.

Incrementar los modelos pedagógicos tipo constructivista, combinando teoría y práctica. Se necesita dedicar más tiempo a las prácticas e incluir prácticas en las instituciones. Se debería apoyar las investigaciones económicamente, así como aumentar el trabajo individual fuera del aula, facilitado mediante consulta telefónica y por correo electrónico.

No se debería incluir más de 3 estudiantes en los grupos de trabajo. Se debería fortalecer a los profesores para dirigir las plenarias y tener los conocimientos necesarios.

Los estudiantes deberían ser involucrados a participar en las líneas de investigación que ya desarrolla la facultad. El proceso de investigación debería ser con énfasis evaluativo y no observacional.

Los estudiantes deberían tener más tiempo disponible para participar en el programa, y además de desarrollar perfiles operativos, tener la oportunidad de formar académicos e investigadores.

Se debería incrementar la interacción con otras facultades para ver como se está haciendo, para compartir y mercadear.

## Documentos consultados

Cardona Osorio, J. Evaluación semestral conjunta del coordinador de curso con los estudiantes. Programa especialización semipresencial en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social. Septiembre 1998.

Especialización en Administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social. Biblia de datos mínimos de los alumnos. Cohorte 96-I. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

Guías académicas de todos los módulos. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 1998.

Informe de estudiantes graduados de la Especialización en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social, cohorte 96-I. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

Informe de monografía de los estudiantes de la Especialización en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social, cohorte 96-I.

Noreña G. Evaluación semestral de programa. Administración de servicios de salud- énfasis seguridad socila. Programa semipresencial sede Medellín. Octubre 1998.

Pelaez Gaviria, M.C. Evaluación del segundo semestre de 1998. Especialización en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social, Diciembre, 1998.

Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Autoevaluación del Programa de especialización en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social, sede Medellín, con miras a la apertura de la tercera cohorte. Sin fecha.

Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Especialización en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social. Semipresencial- Medellín. Microcalendario 1998-1999.

Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Especialización en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social. Presencial- Programa de postgrado 1997. Medellín.

Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Postgrados 1999.

Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Programas académicos, pregrado y postgrado. 1999.

Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Programa especialización semipresencial en administración de servicios de salud con énfasis en seguridad social. Evaluación de proceso. Medellín 1997.

## **5. ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DEL ROSARIO/CES**

### **5.1. Descripción del postgrado**

#### **5.1.1 Estructura**

La especialización en Gerencia de la Salud Pública es un programa conjunto de la Universidad del Rosario y el Instituto de Ciencias de la Salud de Medellín (CES), que se inició en su modalidad actual en 1996<sup>7</sup>.

Es un postgrado semipresencial, dividido en dos fases. En la primera fase, de una duración de tres semestres, se imparten clases el final de semana: viernes tarde y sábado mañana. Una vez concluidos los semestres lectivos, se realiza un trabajo de grado, para lo que, en teoría, los participantes disponen de dos años.

Como trabajo práctico en el curso se aplicaban los trabajos de los módulos y la tesis de grado a la problemática de las instituciones en que trabajaban los participantes.

#### **5.1.2 Objetivos**

- Formación de profesionales con capacidad de planear, dirigir y evaluar programas de salud.
- Desarrollar un recurso humano con capacidad de emprender, realizar y analizar investigaciones en salud
- Propiciar la capacitación de un profesional que lidere políticas de cambio en el área de la salud pública con herramientas gerenciales adecuadas.

#### **5.1.3 Contenidos**

##### **Definición**

La Universidad del Rosario tenía interés en desarrollar un área de gestión de la salud, pero carecía del conocimiento, aunque contaba con dos importantes facultades de Administración y Economía. Por este motivo estableció en 1995 una alianza estratégica con una universidad complementaria, el Instituto de Ciencias de la Salud de Medellín (CES). Ambas instituciones firmaron un convenio para la realización de cuatro de los postgrados diseñados por el CES<sup>8</sup>, entre ellos el de Gerencia en Salud Pública objeto de este análisis.

---

<sup>7</sup> Los postgrados en gerencia de la salud pública del CES comenzaron a implementarse a partir de 1988.

La estructura académica del postgrado se mantuvo tal como lo había diseñado el CES y los contenidos se adaptaron a los clientes de Bogotá. En Medellín el grupo objetivo estaba constituido principalmente por secretarios municipales, en tanto que en Bogotá se dirigía a gerentes de las empresas de salud. La Universidad del Rosario aportó los componentes económicos y administrativos y el CES su experiencia en salud.

El fundamento del postgrado en Gerencia de Salud Pública se centra en la salud desde lo colectivo (no desde modelos) y apunta hacia políticas, programas y proyectos desde una visión de salud como resultante de un modelo de desarrollo. Sus contenidos fueron definidos de manera a dotar a un gerente de salud pública de las herramientas prácticas que necesita para realizar su trabajo.

Se abordaban a lo largo del curso los objetivos de equidad, solidaridad y eficiencia del sistema de salud, pero no constituyen el hilo conductor o pilar básico del curso. El enfoque de género no se considera como parte del programa.

Para la adaptación de los contenidos a las necesidades cambiantes de los participantes no había mecanismos formales. Se basaba fundamentalmente en la experiencia personal, contactos con otros profesionales y cambios en el sistema. También había una cierta retroalimentación de los egresados. Al final de cada módulo se realizaba una evaluación, que se tomaba en cuenta para la preparación del siguiente curso.

### **Relación entre las distintas materias**

Los contenidos del curso se relacionaban de manera a proporcionar en los dos primeros semestres los fundamentos de la salud pública y bases administrativas. En el tercer semestre se profundizaba en los diversos aspectos de la gerencia en salud (planeación, programas y proyectos).

---

<sup>8</sup> Las otras tres especializaciones incluidas en el convenio eran Gerencia en Salud Ocupacional, Auditoría en Salud y Epidemiología. El convenio para esta última se estableció con la Facultad de Medicina, mientras que para las otras tres se realizaba con la Facultad de Administración.

## Lista de módulos

Los módulos que conformaban el postgrado se agrupaban en torno a cuatro grandes áreas, según se refleja en la siguiente tabla.

<p><b>Ciclo entorno de la salud pública:</b></p> <p>Introducción a la salud pública Teoría de la organización Problemas mundiales Salud ambiental Legislación en salud Responsabilidad civil y administrativa</p>	<p><b>Ciclo investigativo:</b></p> <p>Bioestadística Demografía Epidemiología Investigación</p>
<p><b>Ciclo planeación en salud:</b></p> <p>Costos y presupuestos Gerencia de proyectos Programas de salud I Programas de salud II</p>	<p><b>Ciclo gerencial:</b></p> <p>Mercadeo Gerencia de la información Gestión estratégica Ética</p>

### 5.1.4 Métodos de enseñanza

El proceso de aprendizaje era considerado de gran importancia tanto para el docente como para los estudiantes. En el curso se utilizaban diferentes estrategias educativas donde se combina la práctica con la teoría. Se trataba de aprender haciendo y desarrollar conocimientos y habilidades para el trabajo. Los métodos trataban de buscar la participación activa del estudiante y ser dinámicos y lúdicos.

Entre los métodos que se implementaban están las discusiones en grupo de lecturas previas, discusión de casos, foros, mesas redondas, clase magistral, talleres, análisis de videos, trabajos prácticos y presentaciones de los mismos y competencias entre grupos.

Los docentes tenían la libertad de diseñar sus módulos de manera independiente, aunque se les daba orientaciones generales, para asegurar un cierto nivel de coherencia entre los módulos y evitar que fueran demasiado teóricos.

Algunos profesores comenzaban el módulo con una prueba, para ver el nivel de los estudiantes y determinar el énfasis y también para determinar los temas que ya se habían trabajado. También había profesores que comenzaban preguntando a los alumnos sus expectativas de los contenidos. Procuraban ver lo que se iba a tratar en el módulo, en otros módulos y lo que quedaba excluido y recomendar lecturas para que los alumnos interesados pudieran profundizar.

### 5.1.5 Materiales de enseñanza

Para cada módulo se proporcionaba al alumno una guía de las materias que contiene las informaciones esenciales: objetivos, lista de contenidos, métodos, bibliografía, forma de evaluación del participante y cronograma. Esta guía también debía incluir un marco teórico de referencia elaborado por el docente.

Además se les proporcionaba documentos que recogían las conferencias del profesor, así como fotocopias de artículos, lecturas de libros, etc. Al inicio la mayoría del material adicional se daba en papel y con el avanzar del curso se proporcionó en disquete.

El CES ha publicado un libro (en dos volúmenes), que recoge su experiencia y opinión en aspectos fundamentales de la salud pública, cuyos capítulos han sido desarrollados por diversos autores y que se recomienda como libro de referencia<sup>9</sup>.

Las aulas disponían de un equipo de ayudas didácticas (retroproyector, videos, pizarras, proyector de diapositivas, video-bin, etc.). Había un laboratorio de computadores a disposición de los estudiantes.

### 5.1.6 Formas de evaluación

Para evaluar a los alumnos se utilizaba una combinación de métodos:

- *Trabajos escritos individual o en grupo* que podían ser la aplicación de los conceptos a sus realidades o una revisión bibliográfica de un tema
- *Talleres y presentaciones*
- *Revisiones de lecturas y presentación de resúmenes* o discusión de los textos a partir de preguntas proporcionadas por los docentes, o formulación de una pregunta crítica o práctica sobre el tema.
- *Exámenes escritos*, para responder preguntas tipo test, desarrollar temas o resolver un caso práctico.
- *Autoevaluación*
- *Evaluación individual subjetiva* del docente de la participación, seguimiento y compromiso del alumno.
- *Asistencia a clase*

El número de pruebas que se realizaba en cada módulo dependía de su tamaño y también del criterio del profesor. Para módulos de más de 20 horas, se exigían por lo menos dos notas y para los de menos de 20 horas una nota.

---

<sup>9</sup> Fundamentos de la Salud Pública. Volúmenes I y II. J.H. Blanco Maya.

En algunos módulos el trabajo final tenía que ser un trabajo práctico, de aplicación de los contenidos del módulo a un problema que los participantes podían elegir.

El *trabajo o proyecto de grado* era un requisito ineludible para la graduación final del estudiante. Se esperaba que el trabajo de tesis se aplicase a la realidad de los estudiantes. Podía hacerse analizando una situación exitosa, mediante la presentación de una serie de casos o un estudio clásico.

### 5.1.7 Funciones del docente

El personal encargado del curso era el director o jefe de la unidad de postgrados, el coordinador académico-administrativo y los docentes.

El *director de la unidad de postgrados* en gerencia de salud era un profesor a tiempo completo en cada institución que se encargaba de:

- Dirigir, planificar y organizar la estructura académica y administrativa relacionada con la unidad de postgrado.
- Formar parte del comité mixto CES/Universidad del Rosario
- Hacer de contraparte académico-administrativa frente al CES, para hacer el seguimiento y ajustes necesarios.
- Supervisar a los coordinadores académico administrativos de los postgrados.
- Dar seguimiento a la actuación de los profesores y discutir los contenidos de los programas.
- Supervisar la ejecución de los programas

La función de los *coordinadores académico-administrativos* era:

- Supervisar que los contenidos se den como están programados
- Estar en contacto permanente con los estudiantes y retroalimentar al director y los profesores
- Hacer revisiones bibliográficas y recomendar libros
- Estar en contacto con los profesores

La función de los *docentes* era:

- Diseñar y/o adaptar y actualizar el programa del módulo tanto en contenidos como métodos.
- Proponer, preparar y distribuir la guía del módulo
- Ejecutar el módulo, a veces, en colaboración con otros profesores
- Evaluar a los alumnos.

### **5.1.8 Interacción de los docentes**

La interacción entre los docentes de ambas instituciones era limitada. En la universidad del Rosario, no había espacios, ni mecanismos formales de interacción. Se convocaban reuniones de los jefes de postgrado con los profesores de Bogotá, pero estas reuniones no tenían una periodicidad fija. En las reuniones participaba solamente el jefe de postgrado por parte del CES. Los jefes de postgrado eran quienes tomaban todas las decisiones en relación al postgrado. Los docentes del CES se reunían cada cuatro meses para la evaluación y planificación del curso.

Había, por tanto, un riesgo de que se repitiesen los contenidos o hubiera vacíos, ya que no había contacto entre los docentes. Algunos profesores intentaban revisar los módulos anteriores al suyo para evitar repeticiones o reforzar algunos temas.

### **5.1.9 Interacción de los docentes y estudiantes**

La relación entre profesores y alumnos intentaba ser horizontal, con unos principios claros de respeto, tolerancia y responsabilidad. Se esperaba una discusión abierta con los alumnos, en la que no hay verdades absolutas, ya que no se trata de imitar sino de aprender unos de otros y aceptar distintas realidades.

Los profesores tendían a dar sus teléfonos para ser localizados por los alumnos y solucionar dudas. Los profesores de Bogotá tenían algo mayor disponibilidad, pero los antioqueños eran mas asequibles y cálidos. En general, la interacción estaba bastante limitada a los horarios de clases.

### **5.1.10 Perfil de los participantes**

Para seleccionar a los estudiantes se tenían en cuenta los siguientes criterios:

- Profesionales de salud o vinculados al sector salud (médico/as, abogado/as, bacteriólogo/as, enfermero/as, etc.)
- Con título universitario
- Pasar la entrevista
- Manejo básico de sistemas y de inglés

En el primer semestre de 1996 se matricularon 30 alumnos, de los cuales el 53% eran mujeres. La mayoría eran médico/as (60%) y el resto se repartía entre odontólogo/as, nutricionista, bacteriólogo/a, enfermera, trabajador/a social, abogado/a, administrador/a y fisioterapeuta.

De acuerdo a los datos revisados no ha habido deserciones. 22 de los alumnos (73,3%), de los que 59% son mujeres, han presentado su tesis y se han graduado.

El número de participantes ha disminuido en el último año.

#### **5.1.11 Personal docente**

Los docentes de la Universidad del Rosario, en su absoluta mayoría, estaban contratados por horas para dar clases (hora/cátedra), aunque también hay algunos profesores contratados a tiempo completo. La mitad de los docentes del CES estaban contratados a tiempo completo o parcial. El proceso de selección del profesorado lo hacía cada institución independientemente y con criterios diferentes.

En la Universidad del Rosario se tenían en cuenta los siguientes criterios:

- Personal vinculado al sector salud
- Formación académica
- Con experiencia académica y buenas evaluaciones
- Referencias verbales o escritas

El CES escogía a sus profesores basado en los siguientes criterios:

- Tener un postgrado
- Tener una reputación como profesional exitoso

En ninguno de los dos casos se hacía concurso público

Tanto la Universidad del Rosario, como el CES apoyan la formación de su personal docente de tiempo completo. El apoyo puede ser con liberación del tiempo necesario y/o apoyo económico, para su participación en cursos y congresos. El personal contratado por hora/cátedra no recibe apoyo de ningún tipo.

#### **5.1.12 Costo del postgrado**

El costo de la matrícula en 1996 era, por semestre, de 1.300.000 pesos colombianos aproximadamente, que equivale a 9 salarios mínimos. Las matrículas eran generalmente pagadas por los alumnos personalmente. En algunas ocasiones recibían el apoyo de sus empresas.

## **5.2 Aplicación del curso en la práctica**

En esta sección se recoge la opinión de los egresados sobre la utilidad del curso en su práctica laboral.

### **Aplicación del proyecto fin de curso**

La aplicación del proyecto fin de curso depende de la elección del tema y la posición de los participantes en su institución. Debido a que el trabajo se realiza en grupos no siempre es aplicado a la propia institución del participante.

Uno de los egresados lo consideró una pérdida de tiempo debido a que eligió mal el tema. Su grupo desarrolló un tema aplicado al trabajo de otro participante, que era fundamentalmente epidemiológico, sin relación con la gerencia, donde este egresado se desempeñaba.

Otro egresado con un alto cargo en gerencia, en cambio, desarrolló con su grupo una metodología para evaluar los proveedores de salud del primer nivel, que no sólo se aplicó durante un año sino que ha ayudado para desarrollar otras, para el segundo y tercer nivel.

El trabajo realizado por un tercer grupo fue solicitado por la propia institución, para determinar estrategias de mejora de sus actividades y sus recomendaciones han sido aplicadas. No obstante, se reconocía la gran responsabilidad que esto implica para el estudiante.

En otro caso se hizo un trabajo para la institución analizando la red de proveedores de servicios de salud y los resultados sirvieron para reforzar la decisión de establecer una red propia.

### **Utilidad del curso**

El curso logró proporcionar herramientas de trabajo a los participantes, ayudó a consolidar el conocimiento y en algunos casos a recordar el lenguaje técnico. El curso era percibido como “una guía de trabajo”. Después, en la práctica, se daban cuenta de como podían utilizarlo: “hablar con más propiedad, analizar datos estadísticos, conocer de que se trata, acercarse más al médico”. Ha incorporado elementos a su trabajo, como “elementos evaluativos, de control y mercadeo”.

Un egresado consideró que todos los trabajos eran muy prácticos y se tenía la oportunidad de aplicarlos al lugar de trabajo. (“yo los apliqué todos, era un trabajo para mi trabajo”).

## **Cambio del lugar de trabajo**

En muchos casos no hubo cambios en el lugar de trabajo porque ya ocupaban un puesto de alta gerencia y estos participantes no buscaban el ascenso sino la adquisición de herramientas.

Un participante fue ascendido en su trabajo y, en su opinión, entre otros elementos se valoró su deseo de capacitación.

Otro participante consiguió trabajo durante el curso, con otros participantes. Para un clínico que hizo el curso con el objetivo de adquirir mayores obligaciones administrativas aún no se habían producido cambios.

## **Obstáculos para la aplicación de lo aprendido**

Cuando se trabaja en un cargo sin capacidad de decisión o, de manera similar, si hay estratificación de la empresa y la toma de decisiones está muy centralizada a nivel de la gerencia.

Algunas de las ideas que se generan no son aplicables en el corto plazo.

No hay suficientes directrices claras por parte del Ministerio de Salud para poder actuar en determinadas áreas.

No se posee suficiente conocimiento debido a la falta de profundización en algunos temas.

## **Factores que facilitan la aplicación de lo aprendido**

Cargo que ocupa y el poder de convicción debido al cargo que ocupa, así como la experiencia personal.

El lugar donde trabaja. Cuando es un sistema que se está creando, una empresa nueva, las ideas suelen ser bien recibidas. Hay empresas muy receptivas y con una organización muy horizontal, en la que las recomendaciones de los equipos de trabajo son tenidas en cuenta.

La falta de políticas establecidas facilita la aplicación de nuevas ideas.

## **5.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio**

En esta sección se resumen las opiniones de coordinadores, docentes y egresados sobre fortalezas, debilidades y cambios necesarios para la mejora del postgrado. Hemos agrupado la información según las diversas áreas temáticas mencionadas por los participantes.

### **5.3.1 Fortalezas del postgrado**

#### **Universidad**

El respaldo institucional de dos instituciones con mucho prestigio, la universidad del Rosario y el CES, y áreas de conocimiento complementarias (salud y gerencia). El estudiante obtiene un título de una universidad prestigiosa que, en algunos casos, les ha ayudado a ascender.

Además, la universidad ofrece diversas facilidades a aquellos que son egresados de la propia universidad.

El curso representa una buena imagen en el mercado y es reconocido socialmente, por su trayectoria, seriedad y nivel académico. A los profesores les interesa dar clase en esta universidad y hay una continuidad.

#### **Estructura**

El horario es adecuado para las personas que trabajan, permitiendo a los participantes distribuir de forma óptima su tiempo. La carga académica presencial se complementa con los trabajos adicionales.

La disciplina que se tiene con el cumplimiento de normas, horarios, tanto estudiantes como la universidad. Se exige un alto cumplimiento con la asistencia de los participantes.

La capacidad de adaptación de los contenidos del postgrado “se hacen muchos cambios de fondo en base a la opinión de los egresados y docentes”.

#### **Contenidos**

Tanto docentes como egresados valoraron positivamente el enfoque con énfasis en salud pública ya que representa una forma diferente de concebir los problemas de salud, que se tratan como proyectos que tiene que gestionarse. El curso proporciona un panorama general y ayuda a sistematizar los conocimientos. Representa una revisión de la normativa desde un enfoque multidisciplinario y diferentes sectores, proporcionando una visión amplia. El énfasis en salud pública atrajo a una de las estudiantes que ya tenía un Magister en Administración de Servicios de Salud, cuyo énfasis giraba en torno a la gestión.

El curso era considerado bien estructurado y el programa bien planteado, abordando todos los temas que se necesitan en salud pública. Cada módulo tenía un énfasis diferente, estaban bien organizados y había coherencia entre las materias. “No era muy repetitivo”, “no había huecos”.

En general, los entrevistados consideraban que los contenidos respondían a los objetivos y lograban proporcionar al egresado con las herramientas

necesarias para el manejo de los servicios de salud. Sin embargo, pensaban que no podía responder a las expectativas de todos debido a la heterogeneidad del grupo.

Los egresados consideraron muy buenos los siguientes módulos: estadística, responsabilidad civil, epidemiología, investigación, saneamiento ambiental, costos, programas de salud, demografía, teorías organizacionales y gestión estratégica.

Valoraron muy bien la revisión que se realizó de los sistemas de seguridad social de los diferentes países.

### **Métodos**

Algunos profesores ponían mucho énfasis en el proceso de formación y en que los contenidos fueran llevados a la práctica. Daban asesoría en la elaboración de los trabajos y fomentaban el desarrollo de criterios para ser aplicados en la realidad.

Con frecuencia se invitaba a personajes reconocidos relacionados con el sistema de salud para que hablasen de asuntos relativos a su área de conocimiento.

Los entrevistados habían recibido un buen apoyo para elaborar su tesis de grado y consideraban que el ambiente de aprendizaje era bueno.

### **Materiales**

El material que se entregaba fue valorado positivamente, así como la presentación de los materiales por parte del profesor ya que “ahorra tiempo al alumno”. “La idea de los módulos es buena, alivia mucho trabajo”.

Algunos materiales estaban muy bien seleccionados, por ejemplo en el módulo de legislación (“aún los sigo consultando”) y parte de los de mercadeo. De estos también se elogió la presentación. La cantidad era bastante para poder leerla.

En general se consideró que se proporciona un buen apoyo logístico a profesores y estudiantes.

### **Docentes**

Tanto la Universidad del Rosario como el CES disponen de docentes de alto nivel, que imparten clases en el postgrado “hasta mejor de lo esperado”.

Los docentes son personas de amplia experiencia en el sector sobre el que enseñan. Hay calidad y continuidad de los docentes.

Los docentes de Medellín eran, según los egresados, de mayor calidad “mucho mejores”.

La relación con los alumnos, aunque dependía del profesor, tendía a ser horizontal (“te podías sentar con el profesor y discutirle”). Se les podía llamar y consultar fuera de las horas de clase. Se sentía apoyo, aunque a los de Medellín “era más difícil localizarlos”.

## **Participantes**

El proceso de selección de los estudiantes era adecuado y se tenía una buena visión del perfil que querían sacar como profesional. Los egresados estaban ocupando altos cargos de gerencia en el sistema de salud y muchos de ellos han llevado a cabo la reforma del sistema.

La multidisciplinariedad de los participantes, tanto de alumnos como docentes fue considerada enriquecedora para algunos.

### **5.3.2 Debilidades del postgrado**

#### **Universidad**

La coordinación institucional no lograba funcionar bien. El curso estaba organizado por dos escuelas diferentes que no lograron una complementariedad, una cohesión real que le permitiese tener identidad propia. Se distinguía entre los profesores de ambas instituciones.

El postgrado se ofrece al interior de la Escuela de Negocios de la Universidad del Rosario y, por tanto, las nuevas líneas de investigación recientemente abiertas, no tienen relación con la salud. Hay una debilidad en investigación

No hay una integración universidad/sociedad, ni tampoco convenios internacionales.

La universidad del Rosario es una de las universidades más caras.

#### **Estructura**

Según algunos de los entrevistados, la estructura del postgrado era rígida, no permitiendo la introducción de cambios o innovaciones. Esto generaba una lentitud en su adaptación con el entorno “el plan curricular no se adapta a la velocidad que el medio exige”.

Era un curso modular y semipresencial. El tiempo era considerado insuficiente tanto en la duración del programa como en la dedicación de los participantes. El tiempo para revisar la bibliografía e investigar era limitado. Al final de cada módulo tenía que estar listo el trabajo porque se iniciaba inmediatamente el módulo siguiente. Los estudiantes no siempre se sentían

motivados y valoraban el proceso. “Se trataban muchos temas y no había tiempo para digerirlos”.

Los egresados consideraban insuficiente la integración a la universidad. No había un salón de clase fijo, donde los alumnos pudieran identificar su espacio, los cambiaban de lugar. No se proporcionaban espacios de integración de docentes y estudiantes con la universidad, que permanecían como “visitantes y no residentes”. No se ofrecían espacios de debate.

El apoyo logístico en computación era considerado insuficiente y las posibilidades de utilizar Internet limitadas

El mercadeo que se realiza es insuficiente para mantener el número de alumnos.

## **Contenidos**

Inicialmente estaba enfocado a los secretarios de salud, y aunque se habían hecho ajustes estos eran insuficientes. Le faltaban más contenidos en gerencia, se percibía que había más contenidos de salud que de gerencia. Según algunos egresados el curso no tiene énfasis en ninguna área definida.

Como deficiencia importante un egresado mencionó que no se trata sobre el manejo de políticas públicas, empresariales y de salud. Aunque el módulo de salud pública tocaba temas de políticas, se necesita profundizar. Falta un módulo sobre políticas de salud. Los temas relativos a ley 100 y de otras leyes relevantes en salud (10, 80, etc.) fueron tratados muy superficialmente.

Según los egresados había módulos de diversos niveles y la receptividad a los módulos dependía de las necesidades de cada alumno. Entre los módulos considerados como insuficientes estaban: presupuesto (“flojo”, “corto y no permitía profundizar”), costos (“no llenaba las expectativas”) legislación (“el módulo era bueno, pero corto y las ayudas didácticas eran inadecuadas”, “anticuado”), mercadeo (“el profesor era excelente en mercadeo pero no conseguía adaptarlo al sector salud, no conocía la ley 100”). Teoría de la organización (“muy superficial”); evaluación (“no logró aterrizar”), sistema de información (“corto y superficial”) y toda la parte financiera.

Los contenidos finales de cada módulo dependían del profesor que los impartía. Según algunos egresados, no se identificaba una unidad temática, se percibía una carencia de coherencia. Había una repetición de temas. “El postgrado depende de lo que los profesores saben o quieren”.

Algunos módulos carecían de elementos prácticos. Por ejemplo, en teoría de las organizaciones se deberían introducir elementos de análisis.

Según los docentes no se conoce la opinión de egresados y participantes para poder adecuar el curso. Tampoco se conoce la opinión de las empresas sobre las necesidades de formación de los participantes.

## **Métodos**

En algunos módulos las clases magistrales eran demasiado largas (hasta 2-3 horas escuchando) con lo que se perdía la atención. A veces, el tiempo era corto para los debates.

Aunque se reconocía la importancia de tener un ámbito de discusión, debido a la heterogeneidad de los participantes, la discusión era difícil. El aporte dependía del grado de formación de los participantes y también del interés (“a veces estaban con prisa para salir”).

Algunos participantes consideraban que se dedicaba demasiado tiempo al trabajo de grupo.

Los entrevistados consideraron que hubiera sido necesaria la inclusión de prácticas y una mayor aplicación práctica de los contenidos. En epidemiología faltó más participación, más ejercicios”.

La estructuración de la tesis no se hacía hasta el último semestre. Según algunos egresados, debería comenzar desde el inicio y que los trabajos fueran encaminados hacia la tesis de grado y se diera una línea de énfasis desde el principio. Según algunos egresados el apoyo para la elaboración del trabajo de grado era insuficiente.

## **Materiales**

Algunos de los materiales que se proporcionaban eran considerados irrelevantes para los módulos (“de relleno”).

Para un egresado el material distribuido era excesivo y no daba tiempo a leerlo todo.

## **Evaluación**

Según un egresado, la evaluación no era lo suficientemente estricta. A veces, parecía que el profesor no iba a ser capaz de evaluar los logros individuales y que no miraba la esencia de lo que se quería determinar. “Los alumnos que no daban el nivel deberían quedar y no atrasar al grupo”.

Además los entrevistados consideraban que aún se valora mucho la memoria. La evaluación del trabajo en grupo tenía sus desventajas, porque siempre había algunos participantes que no colaboraban y “la calificación podía bajar”.

## Docentes

Según los entrevistados, el postgrado no disponía de una comunidad académica consolidada. La mayoría de los profesores eran catedráticos (contratados por hora/cátedra), que no necesariamente adquirirían un compromiso frente al curso. No había integración y se carecía de homogeneidad conceptual. Tampoco había coordinación entre los profesores. No se podía establecer un proceso de mejora, ya que todas las actividades fuera de las clases son “un favor”. El tiempo contratado para asesorar las tesis también era limitado. No había garantía de calidad.

No se lograba desarrollar un sentido de academia, no se realizaba investigación y la interacción con el alumno era sólo una transferencia de información.

La selección de los docentes no era completamente acorde con las necesidades del programa. La formación en salud de algunos docentes era insuficiente y, por tanto, la aplicación a la salud de los contenidos. Algunos de los docentes desconocían la ley 100.

Según algunos egresados los docentes de Bogotá eran peores y parecían poco abiertos al cambio que podría darse por el contacto con otros profesores (“los del CES sentían la materia, los del Rosario, cumplían con su obligación”). Los docentes de Bogotá tendían a establecer una relación más vertical y los de Medellín más horizontal. En cambio, los docentes de Medellín presentaban la desventaja de la distancia y había que esperar ocho días para hacer una consulta directa.

## Participantes

La multidisciplinariedad de los participantes dificulta la dinámica de la clase. Se deberían hacer cursos más específicos.

### 5.3.3 Sugerencias de cambios

La relación entre la Universidad del Rosario y CES se debería replantear de manera que se desarrolle una mayor colaboración y mayor cohesión en el curso. En este sentido sería necesario reunir a los profesores de Bogotá y Medellín para compartir ideas, así como exigir un mayor compromiso por parte de los docentes de Bogotá.

La universidad necesita ser fortalecida mediante la realización de investigación y también consultoría en gerencia en salud.

Se debería fortalecer a los profesores de Bogotá dedicados al programa, aumentando la plantilla de profesores a tiempo completo o medio tiempo y que estén vinculados al sector salud, para incorporar docentes que puedan relacionar los contenidos con la realidad. En la prueba de selección se

debería exigir una presentación de parte de lo que piensan impartir. Habría que procurar que los docentes se sintieran identificados con la universidad y las expectativas del estudiante. Se debería proporcionar formación a los catedráticos para que mejorasen su capacidad académica.

El programa debería cambiar hacia otra especialidad con énfasis en gerencia, ser orientado más a la gerencia de proyectos de desarrollo social con énfasis empresarial (grupos de personas para ejecutar fondos públicos). Los cambios en los contenidos se deberían realizar de acuerdo al análisis del perfil de los estudiantes que determine sus necesidades y expectativas.

Los módulos deberían ser organizados de forma diferente para buscar una relación directa entre los módulos sobre una misma área (mas seguidos). Los módulos integradores deberían estar al final, como planeación y mercadeo y las políticas de salud deberían ser introducidas desde el primer semestre.

Se necesita ajustar el tiempo de los módulos para equilibrar las cargas horarias entre los diferentes módulos. Unos son largos y otros no reciben el tiempo suficiente. En estos se debería prolongar el tiempo y dar profundidad a los temas. Para aumentar el tiempo se sugiere hacerlo presencial o varios días en la semana. También se mencionó la posibilidad de cambiar a un magister para poder profundizar los contenidos y adaptar los contenidos a la realidad, "Enfocar más el momento".

Se debería introducir como política del curso la aplicación de todos los instrumentos y herramientas a las instituciones donde se trabaja y dar más énfasis a las herramientas prácticas (estadística, costos, sistemas de información), partiendo de elementos básicos. Se necesita adaptar más las herramientas a los diferentes regímenes y mostrar como se manejan. En el módulo de planeación un egresado aconsejó trabajar una sola herramienta a fondo y solamente introducir las otras.

Introducir convenios internacionales para que participen docentes internacionales (por ej. mediante correo en tiempo sincrónico). Así como, poder realizar pasantías en otras escuelas o países.

Modificar la estrategia de pago de la matrícula que pueda ser un pago posterior al curso.

Habría que mejorar los mecanismos de selección de los estudiantes. Entre los requisitos para realizar el postgrado se debería solicitar el conocimiento de dos herramientas de cómputo y experiencia de, al menos, 2 años en un cargo directivo o que vaya en esa dirección. Es decir, deberían tener experiencia en programas de salud en cargos administrativos u operativos, (que conocen la realidad) para poder contribuir a los debates.

Los materiales que se aportan deberían servir para complementar los temas tratados en clase y ser proporcionados como material impreso.

Los mecanismos de evaluación de los estudiantes necesitan ser mejorados, se debe exigir más en las evaluaciones y también que haya coherencia en la evaluación de las materias. Debería ser más individual y menos basada en la memoria y enfocarse a la creatividad, análisis y madurez.

Se debería ofrecer una educación continuada a los egresados sobre temas relacionados con el postgrado.

## Documentos consultados

Guía de entrevista estructurada para la selección de aspirantes a la escuela de postgrados del Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Sin fecha.

Guía de módulo: Introducción a las comunicaciones. Instituto de Ciencias de la Salud (CES). Especialización en Gerencia de la Salud Pública. 1999.

Guías de módulos: Legislación en Salud, Gerencia financiera de proyectos, Costos y presupuestos, Demografía, Gestión estratégica, cátedra rosarista. Convenio CES EAFIT Universidad del Rosario. División de Postgrados en Salud Pública. Especialización en Gerencia de la Salud Pública 1997-1999.

Instituto de Ciencias de la Salud (CES). Especialización en Gerencia de la Salud Pública. Presentación del postgrado. 1999.

Instituto de Ciencias de la Salud (CES). Formulario de evaluación del curso.

Instituto de Ciencias de la Salud (CES). Programa académico. Medellín, Colombia, 1999.

Instituto de Ciencias de la Salud (CES). Reglamento Académico y disciplinario para los postgrados en salud pública. 1996.

Universidad del Rosario. División de Postgrados en Salud Pública. Lista de participantes en la especialización en Gerencia de la Salud Pública I-96.

Universidad del Rosario. División de Postgrados en Salud Pública. Estadística de estudiantes matriculados desde 1996 a 1998.

Universidad del Rosario. Gerencia en Salud Pública. Especialización. Presentación del programa.

Universidad del Rosario. Política de descuentos. Decreto rectoral 585.1999.

Universidad del Rosario. Proyecto educativo institucional. 1998.

Universidad del Rosario. Régimen disciplinario único. Bogotá, 1998.

Universidad del Rosario. Reglamento académico. Bogotá 1996.

Universidad del Rosario. Reglamento de postgrados, 1999.

## **6. MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD. UNIVERSIDAD DEL VALLE**

### **6.1. Descripción del postgrado**

#### **6.1.1 Estructura**

En 1996 el postgrado en Administración de Salud de la Universidad del Valle, iniciado en 1979, era un curso semipresencial.

El programa se realizaba en dos fases, iniciando por tres semestres lectivos y finalizando con la elaboración de la tesis de grado, a entregar entre los 6 meses y los dos años tras la finalización del período lectivo. En el período lectivo, las asignaturas se agrupaban en tres ciclos básicos.

Como componente práctico, además de la aplicación de los contenidos a la realidad de los participantes, se realizaban visitas y observaciones a los servicios de salud.

Tanto docentes como participantes eran profesionales de la salud procedentes de las diferentes disciplinas. El aprendizaje se realizaba mediante la combinación de variados métodos de enseñanza, que promueven la interacción de los participantes. Se desarrollaba en un ambiente de investigación, ya que la escuela tiene varias líneas de investigación abiertas en las que participaban los docentes del curso, a cuyos grupos el estudiante tenía la oportunidad de integrarse.

#### **6.1.2 Objetivos**

- Proporcionar al estudiante los instrumentos básicos que lo habiliten como investigador o docente en un área específica de la administración de salud y que le permitan profundizar teórica y conceptualmente en el mismo cargo.
- Ampliar y desarrollar los conocimientos para la solución de problemas y fomentar la integración interdisciplinaria en el área de la administración en salud.

#### **6.1.3 Contenidos**

##### **Definición**

El postgrado en Administración de Servicios de Salud comenzó a ser ofrecido como programa académico de la Universidad del Valle, en 1979. Desde su inicio a la actualidad ha sufrido seis grandes reestructuraciones,

así como numerosas adaptaciones menores, de acuerdo a los cambios sufridos por el sistema de salud, constitución y leyes colombianas (Cuenca, 1999).

Durante 1996 se hizo una reestructuración curricular, cambiando tanto la metodología de enseñanza, como los contenidos y el énfasis. Los contenidos fueron definidos de acuerdo a las necesidades de un gerente en una institución de salud, las cuales eran determinadas por un equipo de trabajo, designado para ello, en base a su experiencia y el conocimiento de las problemáticas de salud nacional e internacional. A veces, los coordinadores de módulo discutían los contenidos con los participantes.

Como contenido fundamental se incorporaron, a algunos de los módulos, elementos de la Ley 100 para su análisis e interpretación.

El énfasis del curso se centró en torno a las instituciones de salud.

En algunos casos, dependiendo del profesor, se realizaron evaluaciones con los alumnos, por medio de cuestionarios, para conocer sus necesidades y adaptar los contenidos.

### **Relación entre las materias**

Las materias se agrupaban en torno a tres ciclos: ciclo de fundamentación teórica, en el que se buscaba una nivelación en temas de administración y gerencia debido a la heterogeneidad de los participantes, ciclo de profesionalización y ciclo de profundización. El trabajo de investigación constituía el eje del curso.

Algunas asignaturas eran optativas y los alumnos podían seleccionar aquellas que les permitían profundizar en algunas áreas específicas de su interés.

### **Lista de materias**

Las asignaturas se agrupaban en cuatro seminarios, de los cuales tres eran obligatorios y el cuarto optativo.

Seminario de fundamentación teórica I: Biometría Administración en salud Saneamiento ambiental	Seminario trabajo de investigación I Seminario trabajo de investigación II
Seminario de fundamentación teórica II: Planeación en administración de salud Organización en salud Dirección y comunicación Evaluación y control	Seminarios electivos

#### 6.1.4 Métodos de enseñanza

Se utilizaba una gran variedad de métodos de enseñanza, cuya elección dependía del docente responsable de la asignatura o de una determinada clase. Entre ellos cabe destacar los siguientes métodos:

Lectura dirigida (distribución de material de lectura y una guía que deben responder, antes de llegar al aula), lecciones magistrales, discusión de casos, talleres, seminarios, trabajos en grupo, presentación y discusión de videos, y ejercicios prácticos para la aplicación de los contenidos del curso a la realidad de sus instituciones (por ej.: la evaluación de servicios de salud). También se hacían visitas y observación de los servicios de salud (se desarrollaban los instrumentos, se aplicaban, se analizaban, escribían y presentaban los resultados).

A partir de la reforma del postgrado, se intenta dar énfasis a la realización de *seminarios* de profundización. En estos, el docente debía hacer la introducción y distribuir los temas entre los estudiantes, quienes, de forma individual o en grupo, hacían una revisión de la bibliografía y la presentaban para su discusión en clase. El papel del docente era de moderador de la discusión.

#### 6.1.5 Materiales de enseñanza

Para cada asignatura o módulo existía una *guía* o documento de introducción en la que se recogían informaciones tales como objetivos, metodología, evaluación, contenidos, programa y cronograma. Algunas de las guías incorporaban una introducción al tema. También se entregaba una lista de referencias bibliográficas, cuyos materiales estaban disponibles en la biblioteca.

Además de las guías, dependiendo del profesor y la asignatura, recibían fotocopias de documentos relevantes, ejercicios, pruebas, resumen de las clases o artículos difíciles de conseguir y copias de software para diversos temas (como costos en salud).

Las aulas disponían de un equipo de ayudas didácticas (retroproyector, videos, pizarras, proyector de diapositivas, etc.). Había un laboratorio de computadores a disposición de los estudiantes.

### 6.1.6 Formas de evaluación

Cada coordinador de asignatura definía las diversas formas de evaluación que habrían de ser utilizadas y el porcentaje que representaba cada una de ellas en la nota final. Los métodos de evaluación utilizados fueron:

- *Trabajos escritos y sustentación*, individual o en grupo
- *Talleres* individuales o en grupo
- *Análisis de artículos* en grupos
- *Autoevaluación*
- *Participación y asistencia*
- *Trabajos de investigación* individual o en grupo
- *Exámenes*, para responder preguntas tipo test o desarrollo de temas

Requisito ineludible para obtener el título de Magister era la presentación de la *tesis de grado*. Es un trabajo de investigación que se realiza de forma individual o en grupo (de dos) y que persigue la aplicación de aspectos del curso a un problema de los servicios de salud y que responda a las necesidades de la institución de los participantes. La tesis había de ser sustentada en el plazo de dos años, tras la finalización del período lectivo.

### 6.1.7 Funciones de los docentes

El *coordinador del magister* estaba encargado de la planificación, organización, dirección y evaluación del curso. Además tenía que participar en el comité de postgrado y claustro de profesores, presidir el comité de magister y ser docente en diversos módulos.

Los *coordinadores de módulo* definían los contenidos de las asignaturas, daban clase, coordinaban a los otros docentes que participan en el módulo y realizaban la evaluación de los alumnos.

Los *docentes* debía dar clase, hacer el seguimiento y evaluación de los alumnos, prestar asesoría durante el módulo y la tesis, y hacer de jurado de otras tesis.

### 6.1.8 Interacción entre los docentes

Para la interacción entre los docentes existían una serie de mecanismos formales establecidos:

*Comité de postgrado*. En el que participan el director de la Escuela de Salud Pública, director del programa de postgrados y los coordinadores de postgrados. En este comité se discuten asuntos relacionados con todos los postgrados, movimientos de personal, se aprueban los proyectos de investigación y se nombran los jurados.

*Comité de Magister o comité de plan*, formado por los coordinadores de cada módulo y el coordinador del magister. Este comité estaba encargado de dar seguimiento al desarrollo del programa y actuación de los estudiantes. De la definición de los contenidos y profesores, se reunía al comienzo y final de cada curso, para planificar y evaluar. Este comité estaba encargado.

Reuniones académico administrativas mensuales, coincidiendo con el inicio de cada módulo, en las que participaba un representante de los estudiantes.

*Claustro de profesores*, formado por todos los docentes de la escuela, en el que se discuten asuntos generales y también específicos de los diversos cursos, como por ejemplo, cambios curriculares.

También se realizaban reuniones del coordinador de módulo con sus profesores, cuando lo consideraba necesario, sin una periodicidad establecida.

### **6.1.9 Interacción entre participantes y docentes**

Los principios que regían la relación entre profesores y docentes eran la tolerancia, solidaridad y respeto mutuos.

Los profesores estaban a disposición de los alumnos para consultas durante el módulo y realización de la tesis.

### **6.1.10 Perfil de los participantes**

Para la selección de los participantes del postgrado se exigían los siguientes requisitos:

- Ser un profesional de la salud de cualquier disciplina (abogados, contadores, médicos, odontólogos, fisioterapeutas, enfermeras, etc.)
- Presentar un examen de admisión
- Realizar una entrevista

De los 29 matriculados en 1996, 16 eran mujeres (55.2%). Los participantes procedían de diferentes disciplinas, siendo la mayoría enfermeras (34.5%) y médica/os (27.6%) y los restantes de diversas profesiones (optómetras, contadores, administrador de empresas, bacteriólogo/as). De los alumnos matriculados sólo 6 (20.7%) han presentado su tesis de grado y por tanto, se han graduado. El resto está pendiente de finalizar la tesis. Las causas fundamentales para no terminar las tesis son problemas económicos o laborales.

### **6.1.11 Personal docente**

El curso era impartido por profesores de la Escuela de Salud Pública o que habían sido contratados por hora/cátedra. Como característica peculiar, la universidad del Valle ha promovido la integración docente asistencial por muchos años. Numerosos de sus profesores reparten su jornada entre la labor docente y un cargo en los servicios de salud.

La selección del profesorado se hacía mediante convocatoria pública, pruebas de conocimiento y psicotécnicas.

La universidad apoya la formación de los docentes a tiempo completo, liberándoles de sus funciones durante el tiempo de la formación.

Los profesores contratados por hora/cátedra no reciben apoyo para su formación.

### **6.1.12 Costo**

El precio de la matrícula era de 7,5 salarios mínimos por semestre para participantes nacionales y 1000 dólares para participantes no colombianos.

## **6.2 Aplicación del curso en la práctica**

En esta sección se resumen las opiniones de los egresados en cuanto a aplicación en la práctica de los contenidos revisados durante el postgrado.

### **Aplicación de la tesis de grado**

Las tesis de grado se enfocaban hacia problemas reales de las instituciones de los participantes, la aplicación de posterior de los resultados ha sido variable, dependiendo, del cargo ocupado por el participante dentro de la institución.

En dos casos, aunque los proyectos estaban directamente aplicados a la realidad de las instituciones la decisión no dependía de ellos y sus recomendaciones no han sido implementadas. En uno de ellos ha habido difusión del trabajo, pero no reacción al mismo.

En un tercer trabajo que el participante realizó en respuesta a su cargo, los resultados han sido utilizados para la reorientación del programa al que se referían.

### **Utilidad del curso**

Los egresados consideran que el participante recibe la formación que necesita para ser un administrador, aprende a manejar recursos, personal,

tiempo, a delegar y, por tanto, se pueden aplicar los conocimientos y analizar los resultados. Algunos contenidos fueron especialmente útiles, como los relacionados con seguridad social, ya que era la reforma que se estaba implementando.

El curso es percibido como útil tanto a nivel personal como institucional. Según un egresado, ha contribuido a poder llevar a cabo cambios en su institución, ya que todos los trabajos que hizo en el curso, los hizo aplicados a su departamento. "Ha servido para mejorar muchas cosas y planificar: ahora han desarrollado metas, visión, misión, programación, control de gastos e ingresos".

En el ámbito individual se percibe un gran fortalecimiento personal, que "ha permitido aprovechar espacios y tratar de aplicar lo aprendido al máximo y de la mejor manera posible". "Ha sido útil para su desempeño, tiene más seguridad y ha logrado el reconocimiento de sus jefes". Se considera que esto también lleva a cambios a nivel institucional porque hay mayor delegación de actividades,

### **Cambio de puesto de trabajo**

El cambio o no de puesto de trabajo ha dependido de diversas circunstancias, como la reestructuración del sistema de salud y las oportunidades que surgen.

Una de las participantes ascendió en su cargo y otra, por el contrario, no cambió de puesto, aunque aumentaron sus funciones "soy reconocida como jefa". El aumento de las funciones sin cambios en la retribución no es inusual, y según algunos informantes, a largo plazo puede resultar como incentivo negativo "esto a la larga puede resultar desmotivante".

En un caso hubo cambio de trabajo, pero no debido al curso sino a la reestructuración del sistema de salud.

### **Obstáculos para la aplicación**

Ocupar un cargo sin capacidad de decisión.

La actitud del personal contra el cambio que se traduce en la inercia a continuar haciendo las cosas del mismo modo en que se han hecho siempre. Trabajadores antiguos con mentalidad antigua "toda la vida hemos trabajado así".

Igualmente, paradigmas y visiones diferentes de los compañeros de trabajo pueden dificultar la puesta en práctica de nuevas ideas, sin embargo, no se considera como un obstáculo insalvable.

Falta de apoyo por parte de la gerencia. La gerencia desconoce e ignora el trabajo que realiza el departamento. La oposición se puede combatir, la ignorancia no.

Cuando se carece de un presupuesto asignado, o capacidad de decisión sobre el presupuesto, porque este es manejado a nivel central, los cambios posibles son limitados.

Las voluntades políticas que son las que finalmente indican la dirección y, especialmente la no continuidad de las políticas, junto con cambios en los cargos o puestos de decisión.

La insuficiencia de los recursos disponibles, tanto humanos, como físicos, materiales, económicos.

### **Posibilidades de aplicación**

Estar en un cargo con capacidad de decisión. Por ejemplo, cuando para determinados cambios sólo se necesita informar y tan sólo, decisiones grandes tienen que ser avaladas por puestos superiores.

El tipo de recurso humano de que dispone el departamento, cuando este está capacitado, motivado y comprometido

Un buen ambiente de trabajo, especialmente debido al desarrollo de las habilidades de comunicación.

El aumento de la participación de la población que comienza a exigir a los servicios.

## **6.3 Fortalezas, debilidades y sugerencias del cambio**

En esta sección se resumen las opiniones de los entrevistados, egresados, profesores y coordinador del curso, acerca de las fortalezas, debilidades y cambios que serían necesarios. Estas opiniones se han agrupado alrededor de los principales temas mencionados.

### **6.3.1. Fortalezas del postgrado**

#### **Universidad**

La universidad goza de un buen nombre. Es una universidad abierta y con buen ambiente, que ofrece al estudiante el acceso a una pluralidad de pensamiento. La Escuela de Salud pública desarrolló en los últimos años un área fuerte en administración.

Se ofrecía una buena infraestructura, tanto de aulas equipadas como facilidades, existiendo una biblioteca y un centro de documentación con una buena dotación de material bibliográfico al servicio del estudiante. En el centro informático el apoyo era excelente.

Los porteros eran muy atentos y ayudaban a los estudiantes en todo lo que estaba a su cargo.

El costo del curso era bajo en comparación con otras universidades.

## **Contenidos**

El curso centraba su análisis en torno a las instituciones de salud, a la luz de la ley 100.

El programa era considerado interesante y completo, ya que abarcaba todos los aspectos que debía cubrir, presentando una buena coherencia entre las materias. Según los egresados, es posible aplicar todos los conocimientos aprendidos en el curso ya que responden a una necesidad de los profesionales en el cambio actual de los servicios de salud.

Los trabajos durante el curso se aplican para la solución de problemas reales de la institución donde trabajan los participantes.

Algunos módulos fueron mencionados por los egresados como de gran calidad: administración en salud, mercadeo, auditoría, epidemiología y estadística, experiencias y marco legal de la ley 100 y módulo financiero. También el curso de inglés fue considerado como bueno por un egresado.

## **Métodos**

Los egresados consideraban excelentes los trabajos prácticos que hacían en terreno para analizar los servicios de salud, así como el trabajo en grupo, los seminarios y la investigación. Especialmente uno de ellos destacó el hecho de que todos tenían que estar listos para presentar un seminario, lo que ayudaba a prepararse adecuadamente.

Algunos docentes han introducido métodos de enseñanza innovadores que son muy apreciados por los estudiantes.

## **Docentes**

Los docentes eran apreciados por la gran calidad de su docencia, con un claro dominio de la temática y el contexto.

Se lograba una excelente relación entre docentes y estudiantes. Había mucho compañerismo y apoyo. Los docentes eran de fácil acceso para la realización de consultas y solían aceptar las consultas con buena

disposición. Algunos mantenían una política de puertas abiertas. Las asesorías eran personalizadas.

La integración docente/asistencial era valorada positivamente por profesores y alumnos. Muchos de los docentes eran profesionales del sistema de salud, y como consecuencia, tienen un conocimiento amplio y actualizado de los servicios de salud. Esto "hace que los contenidos sean reales". Eran docentes "interesados en serlo y en estimular la creatividad del alumno".

## **Participantes**

La admisión de todo tipo de profesionales fue valorada como positiva y enriquecedora por los participantes ("nos alimentábamos unos a otros") y se considera que contribuye a ampliar posibilidades, además de dar una buena imagen a la universidad.

La relación entre los compañeros fue buena, consiguieron convertirse en un grupo "muy unido" que logró hacer muchas cosas juntos y aún se siguen reuniendo.

### **6.3.2 Debilidades del postgrado**

#### **Universidad**

Según algunos egresados y profesores, la biblioteca está mal dotada y, como consecuencia, la bibliografía que se obtiene es limitada.

Algunos de los informantes consideraban que la Escuela de Salud Pública no había fomentado el debate cuando se introdujo la ley 100, perdiendo así la oportunidad de liderazgo en el país a este respecto. No hubo debates, publicaciones u opiniones de la escuela en relación a la ley.

#### **Estructura**

El postgrado se había convertido en un curso semipresencial para acomodarse al tiempo disponible de los estudiantes. Este tiempo era limitado, ya que los estudiantes trabajaban, por ello la dedicación al curso era, desde el punto de vista de los profesores, "menor de lo deseable, se dedicaban a hacer lo imprescindible". La opinión de los egresados es que en un curso semipresencial las posibilidades de los alumnos son menores y el desgaste es fuerte debido a un "horario muy pesado".

El apoyo logístico se consideró insuficiente. Por un lado, el apoyo secretarial era deficiente, con incumplimiento y maltrato al alumno. Por otro lado, no siempre las referencias bibliográficas estaban disponibles en la biblioteca.

En general se consideró que el tiempo asignado a algunos módulos era corto porque necesitan ser tratados con mayor profundidad.

## Contenidos

Varios módulos fueron valorados negativamente por los egresados: *ética* por ser repetitivo; módulo de *costos* considerado como superficial, que se vieron modelos “históricos” (obsoletos), y mal planificado, ya que “quedaba trabajo para hacer fuera de clase y el tiempo era inadecuado para las tareas”; *manejo de recursos humanos* y *evaluación de servicios de salud*, que no profundizó en modelos cualitativos.

El curso de inglés era demasiado rápido, no daba tiempo a aprender y, por tanto, no se debería calificar.

No se lograron adaptar los contenidos relativos a la ley 100 y la Seguridad Social a los contenidos del curso y no se consiguió profundizar en temas considerados fundamentales.

La coherencia del curso dependía de los profesores, algunos buscaban la integración mientras que otros se preocupaban de su asignatura. El curso carecía de un hilo conductor.

## Métodos

Según los egresados aun perduraban los métodos obsoletos de enseñanza que necesitan renovación. Había un exceso de lecciones magistrales por parte de un profesor, que hacía difícil mantener la atención. Estas clases eran “repetitivas, aburridas, la conducta era de “muy catedrático” y la metodología inapropiada”.

En opinión de los egresados, había un exceso en el número de pruebas de evaluación. Además, la evaluación en grupo era considerada inadecuada, ya que siempre existen personas que no trabajan y sin embargo se favorecen con la nota colectiva.

También se valoró negativamente el que se iniciaran actividades que eran interesantes y suponían un esfuerzo para los alumnos, pero a las que no se les dio continuidad. Los estudiantes, organizados en grupos, tenían que llevar un ponente para presentar experiencias al interior de la seguridad social. Sólo dos grupos lo hicieron, y no hubo exigencia o evaluación por parte de la coordinación para los otros.

En un caso fue comentado que una evaluación de la materia por los alumnos les trajo como consecuencia represalias del profesor, por lo que optaron por considerar todo aceptable o satisfactorio.

## **Materiales**

En el caso de los materiales, no siempre las referencias bibliográficas las recibían por escrito, y no siempre se encontraban disponibles en la biblioteca. Se consideró que el material entregado era muy limitado, y que deberían ofrecer un paquete bibliográfico completo (teniendo en cuenta el elevado costo de la matrícula).

## **Docentes**

Algunos docentes estaban desactualizados ("están históricos") y uno de los docentes fue calificado por todos los egresados como repetitivo y con métodos de enseñanza inadecuados. Este docente fue evaluado negativamente por los alumnos durante el curso pero no se logró ningún cambio. Según un informante, algunos docentes del Departamento de Medicina Social no tenían la formación requerida para desarrollar los contenidos del módulo.

Algunos participantes tuvieron problemas para recibir apoyo o asesoría de algunos docentes. Había profesores que se resistían y también había algunos que trataban de hacer pagar las asesorías o recomendaban asesorías pagadas.

Había incumplimiento por parte de los docentes, especialmente los externos, en el sentido de no llegar a clases convocadas o llegar muy tarde.

Se percibió como una gran debilidad, la invitación de docentes externos que no eran seleccionados cuidadosamente y cuya actuación se realizaba sin control por parte de los docentes. "Hubo clases realizadas por ex-alumnos que aún no se habían graduado, "de relleno".

No siempre se lograba una relación horizontal, ya que algunos docentes eran "muy catedráticos" y desarrollaban una relación vertical con los alumnos. Un egresado consideraba que la relación con los alumnos era muy formal ya que sólo había contacto en clase y no se compartía.

## **Participantes**

Los participantes eran representantes de diversas disciplinas, con niveles de formación diferentes y el curso no ofrecía un ciclo básico de nivelación.

A veces, "los estudiantes no son lo suficientemente responsables con el curso, por ejemplo, descuidan las tesis o no pagan las matrículas".

## **Contexto**

No hay apoyo a la formación, ni por parte de las empresas, ni por parte del estado.

Se carece de fondos con los que apoyar el trabajo de investigación de los estudiantes que por tanto, no puede profundizar.

## Resultados

La proporción de los estudiantes que se gradúan es baja. Entre las causas mencionadas por egresados y profesores destaca la ausencia de becas o apoyo económico que obliga a que todos los estudiantes tengan que autofinanciarse y, por tanto, simultanear el estudio con el trabajo. Otros motivos para no conseguir el grado mencionados fueron además la exigencia de una prueba de inglés que impide el grado en un cierto número de casos. Otro aspecto adicional es el largo plazo para la sumisión de las tesis.

### 6.3.3 Sugerencias para el cambio

Los contenidos del curso deberían ser revisados y mejorados teniendo en cuenta la opinión de los estudiantes. "Necesitan dar mas espacios a los estudiantes". En particular, se sugiere reformular el módulo de ética, que era muy repetitivo y hacer un trabajo no sólo mas adaptado a los servicios de salud, sino también con enfoque intersectorial. Según uno de los docentes, se debería cambiar el énfasis del curso de las instituciones a la comunidad, centrado en el desarrollo sostenible y utilizar como filosofía del curso "la búsqueda de una vida digna y la libertad".

La Escuela de Salud pública debería luchar por recuperar el liderazgo en los debates relativos a sus áreas de actuación.

El componente docente necesita ser mejorado, explotando más el potencial docente de la universidad, actualizando o ingresando nuevos docentes ("jubilar a los históricos"), remunerando a los profesores externos. También se debería invitar a gerentes y personal de las grandes empresas a que participasen en paneles o mesas redondas para los estudiantes.

Nuevos modelos pedagógicos necesitan ser introducidos, no sólo en el enfoque sino también los métodos más lúdicos, de la educación popular, como sociodramas, juegos, otros modelos pedagógicos.

Se deberían hacer las evaluaciones individuales, para no fomentar el apoyo de algunos estudiantes en el trabajo de los otros.

Se debería aumentar la aplicación práctica del curso, enseñando a los alumnos a leer, buscar la información y ser críticos, y proporcionar herramientas de liderazgo.

Durante el curso se debería buscar una mayor vinculación con los servicios, mediante el trabajo práctico. Por ejemplo, incluyendo, como parte del

curso, una pasantía en los servicios de salud para desarrollar experiencia práctica ( por ejemplo, en admisiones de un hospital, para determinar que hay que hacer, que se puede hacer). El trabajo en los servicios serviría, al mismo tiempo, como evaluación de la idoneidad del curso.

Los egresados sugieren que se debería facilitar material bibliográfico, al menos el básico, y el resto estar a disposición para consultar o fotocopiar. Algunos docentes proponían la introducción de cartillas (material escrito pre-elaborado) que los estudiantes pudiesen utilizar como material de aprendizaje, con el que prepararían los temas para presentar y debatir en clase.

El curso requiere mayor intensidad horaria aún manteniendo el carácter semipresencial (por ejemplo, 24 horas por semana), que podría ser en las noches, o en bloque, dos días a la semana, para poder desconectarse del trabajo.

Algunos consideraron que habría que exigir el conocimiento de inglés a los que quieran participar en el curso.

## Documentos consultados

Universidad del Valle. Facultad de Salud. Escuela de Salud Pública. Postgrados en ciencias biosociales y programas de extensión. Cali, Colombia 1997-1998.

Universidad del Valle. Facultad de Salud. Escuela de Salud Pública. Catálogo de tesis sustentadas y aprobadas 1994-1997.

Cuenca, R.E. Magister en Administración de Salud. Taller: La formación en la administración en salud, frente a la reforma del sector. Cali, 1999.

Guías de los módulos: Análisis del entorno interno, Administración de personal, Diagnóstico y planeación en administración en salud. Evaluación de servicios de salud. Universidad del Valle. Facultad de Salud. Escuela de Salud Pública. 1996-1997.

Materiales de clase: Sistemas, Lista de bibliografía, control fiscal interno, Evaluación de calidad, control de gestión. Magister en Administración de Servicios de Salud. Universidad del Valle. Facultad de Salud. Escuela de Salud Pública. 1996-1997.

## **7. ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

### **7.1. Descripción del postgrado**

#### **7.1.1 Estructura**

El postgrado se inició en el año 1989 y ha sufrido, desde entonces, diversas reformas curriculares. En 1996, el plan de estudios tenía una duración de tres semestres, con un total de 1.076 horas lectivas, que se desarrollan a través de una modalidad semipresencial de 16 horas semanales, viernes y sábados. Esta alternativa permitía al estudiante el ejercicio de la actividad profesional y académica, sin afectar su trabajo

Bajo una pedagogía empírico-inductiva se esperaba que lo/as estudiantes desarrollasen iniciativa, creatividad y fortaleciesen su autoformación.

#### **7.1.2 Objetivos**

##### **Generales**

Formar especialistas en administración de salud que contribuyan a:

- Promover y fomentar el desarrollo económico y social de la región y del país.
- Mejorar las condiciones de salud de la población dentro del marco general de la política económica y social del país.
- Mejorar la eficiencia de las instituciones del país.

##### **Específicos**

- Gerenciar eficientemente las instituciones de salud.
- Analizar los factores condicionantes socioeconómicos y culturales y su influencia en el estado de salud de la población y en la prestación de los servicios.
- Participar en la elaboración, aplicación y evaluación de políticas, metas y objetivos de atención de salud integral.
- Definir y planear los servicios, programas y recursos tendientes a responder a las necesidades de salud detectadas en la población.

- Integrar la prestación de servicios y los recursos para permitir el desarrollo armónico de la institución.
- Mantener un control de gestión eficiente que permita la vigilancia de los programas, la progresiva optimización de los recursos y la permanente redefinición de metas y objetivos.
- Participar en el diseño, implementación y aplicación de modelos de evaluación integral, a nivel de estructura y proceso en la institución y del impacto en la comunidad.

### 7.1.3 Contenidos

#### Definición

En 1992 se realizó una reforma curricular orientada a flexibilizar el plan de estudios de manera a hacer posible la adaptación de los contenidos a necesidades específicas de los participantes o los servicios de salud. Esta reforma ha contribuido a mantener el currículum actualizado.

La Ley 100 se incorporó como parte de los contenidos temáticos desde el primer semestre, constituyéndose en un eje horizontal curricular. Los profesionales teóricos responsables de la Reforma del Sistema de Salud han sido profesores invitados para dictar clases en los cursos.

El enfoque de género no había sido incluido.

Cada profesor/a tiene autonomía para desarrollar la materia, bajo las especificaciones consagradas en el perfil deseado del administrador/a<sup>10</sup>.

#### Relación entre las materias

El curso se desarrollaba en tres ciclos. Iniciaba con una fase de socialización profesor/a/alumno/a y de sensibilización en torno a la lectura de textos seleccionados y el análisis de estos.

Esta fase se seguía del primer ciclo conformado por 6 módulos, que comenzaba con un taller de inducción y progresivamente combinaba materias de las áreas de biometría, ciencias sociales y administración. El segundo ciclo comprendía 9 módulos que enfatizaban en áreas de diagnóstico, planeación, organización y evaluación. El último ciclo de 9

---

<sup>10</sup> El perfil del egresado/a al que se orienta el curso es el de un administrador/a ejecutivo, eficaz, con conciencia administrativa y social que utilizando sus conocimientos y habilidades logre interactuar en forma armónica y eficiente con los niveles políticos, técnicos y laborales del sector con una mentalidad de cambio que le permita la permanente adaptación a las necesidades de la comunidad y contribuya con su aporte al mayor desarrollo de la región y del país.

módulos estaba centrado en torno a la gerencia y mercadeo y finaliza con el proyecto de grado.

## Módulos

Los módulos que se dictaron en el postgrado estaban integrados en tres ciclos.

<p><b>Primer ciclo:</b></p> <p>Seminario de inducción Biometría: Demografía Epidemiología Metodología de la investigación Protocolo de la investigación Administración General Aspectos Generales de Administración de Servicios de Salud Diagnóstico Técnico Administrativo de Servicios de Salud Seminario de Investigación</p>	<p><b>Segundo ciclo:</b></p> <p>Salud y Medio Ambiente Legislación en Salud Innovación y Creatividad y Entorno Socio Político Administración de Sistemas de Salud Organización Planeación en Salud Planeación Estratégica Sistemas de Información Gerencial en Salud Evaluación de Servicios de Salud Administración y Desarrollo del Recurso Humano Proyecto I</p>
<p><b>Tercer ciclo:</b></p> <p>Gerencia en Salud Seguridad Social y sistemas de pre-pago Gestión de recursos administrativos: Contabilidad financiera Sistemas de costos Presupuestos en salud Inventarios y suministros Mercadeo de servicios de salud Gestión de recursos de inversión: Formulación y evaluación de proyectos Administración hospitalaria Etica en la administración de servicios de salud. Proyecto II.</p>	

### 7.1.4 Métodos de enseñanza

Cada docente elegía el método de enseñanza que se ajustara mejor a la temática. En una sesión se podían combinar formas diversas según el contenido e incluso el ánimo del grupo de estudiantes. En particular en la materia de Metodología de la investigación la profesora se apoyaba en el método del aprendizaje significativo. Este se fundamenta en el conocimiento

que tiene el alumnado, buscando logros de aprendizaje articulados a sus necesidades.

Otros métodos utilizados fueron talleres, exposiciones magistrales, trabajos de grupo y lecturas dirigidas. En general, el tema se abordaba buscando incentivar la participación de cada estudiante. Para ello se preparaban ejercicios que se trabajaban por parte de lo/as estudiantes de manera intercambiada con la exposición del docente.

### **7.1.5 Materiales de enseñanza**

En cada uno de los módulos, se disponía de material escrito por el/la profesor/a, que es actualizado permanentemente de acuerdo a las necesidades originadas por los cambios operados en el sistema. El profesorado complementaba su curso con bibliografías seleccionadas dada la limitación que se tiene en la región para la adquisición de textos en el tema de la administración en salud.

Existía apoyo logístico de secretariado y auxiliar administrativa, así como la disponibilidad de fotocopidora, que facilita la entrega oportuna de los materiales.

El salón de clase respondía a las necesidades de iluminación, sillería, ventilación y espacio. Se contaba con equipos audiovisuales, papelógrafo y tablero.

### **7.1.6 Formas de evaluación**

La evaluación se realizaba valorando la participación del estudiante, los trabajos escritos y el desarrollo y desempeño en los talleres. En uno de los cursos la evaluación se realizaba sobre la base de la heteroevaluación, la autoevaluación y la coevaluación. Esta modalidad era percibida por la docente como muy útil dada la activa participación del alumnado.

La nota aprobatoria correspondía a un valor de 3,5. Un 20% de ausencia suponía la pérdida del módulo.

### **7.1.7 Funciones de lo/as docentes**

La *coordinadora del postgrado* ejercía una función activa en todo lo concerniente al programa: planificación, organización, operativización y evaluación.

Cada *profesor/a* tenía autonomía para organizar su materia bajo los objetivos antes señalados.

### **7.1.8 Interacción de los docentes**

El personal docente no disponía de un espacio de interacción y encuentro, debido a la modalidad de profesor/a visitante, contratado por horas. Esto ha dificultado la actividad de trabajo del profesorado como equipo, así como la realización de reuniones.

La permanente relación del conjunto del profesorado de forma individual con la coordinadora la convertía en puente de comunicación, lo que permitía una permanente toma de decisiones.

La coordinación se convirtió en una función sumamente vital para lograr la articulación permanente del profesorado externo y evitar ausencias que podrían alterar la secuencia en los 15 módulos de la especialidad.

### **7.1.9 Interacción entre participantes y docentes**

En general se fomentaba un clima amable de comunicación permanente, de apertura al diálogo y de participación abierta en la relación profesor/a-alumno/a.

La coordinadora ha sido un punto de referencia para facilitar el encuentro en diversos momentos del postgrado.

### **7.1.10 Perfil de los participantes**

Los criterios de selección para participar en el postgrado eran los siguientes:

- Profesionales de diferentes disciplinas que trabajan en salud (médicos/as, enfermero/as, odontólogo/as, economistas, abogados).
- Años de experiencia, capacidad de pago
- Presentar exámenes de conocimientos
- Entrevistas con personal docente asignado

En 1996 no hubo deserción, no obstante, no todo/as lo/as participantes se han graduado. De 30 estudiantes que cursaron el programa se han titulado 23 (76,6%). El grupo de estudiantes estaba conformado por 12 médico/as, 3 enfermero/as, 6 odontólogo/as, 2 administradores de empresa, 1 ingeniera, 2 bacteriólogas, 2 fisioterapeutas, 1 optómetra y 1 trabajadora social.

### **7.1.11 Personal docente**

El postgrado no tiene una planta de profesorado exclusiva de la universidad, sino docentes invitado/as, procedentes de diversas partes del país y de la propia institución. Es decir que eran contratados por hora/cátedra.

La selección de docentes se basaba en la experiencia profesional reconocida, el curriculum, exámenes de conocimientos y entrevista. Podían ser docentes con un perfil académico y especialidad en un tema o profesionales destacados de los servicios.

Al finalizar cada curso modular se hacía una evaluación del personal docente, por parte de la coordinación y del estudiantado. Esta valoración ha contribuido a tomar permanentemente decisiones sobre el profesorado. La evaluación desfavorable del estudiantado, con relación a un docente puede conducir a ser vetado.

### **7.1.12 Costo**

El costo de la matrícula correspondía a 6 salarios mínimos por semestre. Usualmente no se dispone de becas ni de ningún mecanismo para financiar estudiantes. Por tanto, la fuente de financiación principal son los recursos propios y sólo en contadas ocasiones se dispone de becas.

## **7.2. Aplicación del curso en la práctica**

### **Aplicación del proyecto de fin de curso**

Debido a que los proyectos fin de curso se realizaban en grupos, alguno/as estudiantes, no tenían posibilidad de aplicar a su respectiva entidad. En general los temas seleccionados eran definidos por los estudiantes en dependencia de aquellos que podían lograr una aplicabilidad. Las personas entrevistadas mencionaron el diseño de modelos (Garantía de calidad en una IPS, Programa de atención domiciliaria para el Seguro Social) que tuvieron una gran utilidad para rediseñar servicios. Sin embargo para quienes no lograban la correspondencia institucional del trabajo de tesis, sólo podían concretar la experiencia en términos de un requisito para su graduación desconociendo el proceso seguido por la institución para hacer operativo el trabajo.

## **Utilidad del curso**

Fue explícito el sentir de lo/as egresado/as de los beneficios proporcionados por los estudios realizados. Afirmaron que el conocimiento y la vivencia del postgrado les había aportado tanto a su vida personal y como laboral. Al respecto alguno/as precisaron: "sólo tenía conocimientos como clínico y no sabía nada de lo administrativo", "me permitió el estudio llenar falencias para organizar el trabajo", "he logrado comunicarme e dialogar en el medio laboral", "me siento con capacidad de asumir cargos de dirección".

## **Cambios de puesto de trabajo**

En general, el grupo entrevistado manifestó que su desempeño laboral había mejorado significativamente y en algunos casos se les brindó oportunidad de ascenso para cargos de responsabilidad administrativa. No sucedió así para una de las personas entrevistadas (enfermera) quien reconocía los aportes del curso para mejorar su perfil y capacidad laboral pero sin escalafonar en la institución. Todas reconocieron que su trabajo era realizado con mayor profesionalismo, capacidad y se sentían en condiciones de interlocutar en asuntos de su especialidad.

## **Obstáculos para la aplicación de lo aprendido**

Las limitaciones encontradas se refirieron principalmente a los recortes presupuestales que tienen las instituciones, los cambios en las políticas que impiden dar continuidad a proyectos ya concretados, la operatividad de la Ley 100 que ha conducido a cambios organizacionales que, en 1997 aún estaban en proceso incipiente de rediseño.

## **Oportunidades para la aplicación de lo aprendido**

Se pensaba, sin embargo, que las oportunidades del desarrollo profesional y desempeño - al finalizar la especialidad- están en correspondencia al nivel del cargo al que se tenga opción, particularmente si son de nivel directivo.

Se comentó que en casos contrarios se logra cualificar el trabajo, pero sin capacidad de toma de decisiones que aporten significativamente a la institución.

### **7.3. Fortalezas, debilidades y sugerencias de cambio**

En esta sección se reflejan las opiniones de la coordinadora, docentes y egresados sobre las fortalezas, debilidades y cambios necesarios. Las opiniones se han agrupado según los temas que se han mencionado en las entrevistas.

#### **7.3.1 Fortalezas del postgrado**

##### **Universidad**

La universidad disfruta de prestigio y renombre nacional, que ha conducido a que sus egresado/as tengan gran reconocimiento en las instituciones que requieren sus servicios.

Tanto el profesorado como lo/as estudiantes, entrevistados, indicaron su complacencia por ser parte de la Universidad (ya fuese como personal activo docente o egresados/as).

##### **Estructura**

El número de horas presenciales requeridas por el postgrado era valorada positivamente por lo/as entrevistado/as.

El proceso de selección de estudiantes y profesorado fue considerado como apropiado por los entrevistado/as.

##### **Contenidos**

Se hacía una permanente actualización de contenidos.

##### **Métodos**

En algunos cursos se aplicaban métodos pedagógicos innovadores. La modalidad de algunos cursos permitió apoyar la docencia con procesos de aprendizaje significativo, que se fundamenta en el conocimiento que tienen lo/as estudiantes. Era a partir de estos saberes, que se iban introduciendo los nuevos conocimientos teóricos y el análisis de los logros alcanzados.

El curso ofrecía la posibilidad de una aplicación de la teoría a la práctica.

## **Docentes**

La exigencia frente a la contratación de cada docente y el seguimiento de su desempeño con evaluaciones de la calidad y cumplimiento del programa logró consolidar un cuerpo de docencia reconocido y motivado. Eran docentes de gran calidad y, al mismo tiempo, profesionales reconocidos en el ámbito nacional por su experiencia en un campo del conocimiento.

Los docentes se sentían motivados por ser parte de la universidad y trabajaban en dirección a obtener los objetivos del postgrado.

Dada la calidad del trabajo desempeñado por el personal docente en diversos frentes se lograba compartir en la academia experiencias adquiridas por el profesor/a en sus años de trabajo y sus vivencias personales, que trascienden la utilidad innegable de los textos. Esto proporcionaba también una gran diversidad de fuentes de conocimientos según la experiencia de cada docente.

## **Coordinación**

La presencia de la coordinadora del postgrado en todo el proceso educativo contribuyó al alcance de los logros del programa. Tanto el profesorado como lo/as estudiantes entrevistado/as, reconocieron el excelente desempeño del cargo. Su dinamismo disponibilidad permanente a atender necesidades y tomar decisiones centradas en lograr la excelencia en el proceso educativo, fueron muy positivamente valoradas por todos lo/as entrevistado/as.

## **Participantes**

El ingreso de profesionales, con diversos perfiles, fue considerado como un aporte a la dinámica de los cursos. Progresivamente se logró una relación intragrupal sumamente útil para los trabajos requeridos en los talleres y seminarios.

La vinculación laboral de los participantes, generalmente en cargos directivos, contribuyó a la creación de nuevos espacios de relación interdisciplinaria.

### **7.3.2 Debilidades del programa**

#### **Estructura**

La limitada disponibilidad de textos es un impedimento frente a la necesidad de consulta requerida tanto por estudiantes como docentes. Esta carencia limita las posibilidades de complementación de aprendizaje en un programa de postgrado.

Como debilidad estructural fue referida también la ausencia de una sala de informática.

El tiempo destinado a algunos módulos (costos, auditoría, contabilidad) fue considerado insuficiente.

Los egresado/as consideraban una debilidad que la universidad no ofreciera cursos de educación continuada.

## **Métodos**

La docencia centrada en la cátedra no permitió intercambiar con trabajos prácticos de campo, que contribuyeran a ampliar el horizonte de conocimientos relacionados con realidades específicas, propias de la gestión administrativa en salud en un momento de cambios profundos del sistema sanitario.

## **Resultados**

La proporción de estudiantes que no se titulan (alrededor del 30%), constituye una falencia que afecta todo el esfuerzo.

## **Contexto**

Las medidas de ajuste han influido de manera diversa la vida laboral, tanto en el ámbito municipal como nacional. Las políticas de capacitación de recursos humanos cada vez están más debilitadas en las instituciones de salud pública. A su vez la alta tasa de desempleo (17%) ha afectado directamente la capacidad de las personas, profesionales en este caso, para asumir costos de formación y de desarrollo personal.

### **7.3.3 Sugerencias para el cambio**

Se debería definir una base de temas de tesis, que respondan a los objetivos del programa, que puedan ser de aplicación y utilidad a las instituciones.

Para prevenir el retraso en la finalización de las tesis, se sugirió que se iniciaran en el primer semestre. Progresivamente, con el apoyo de los docentes, lo/as estudiantes podrían ir ajustando el trabajo de tesis. En la medida que pueda trabajarse en pequeños grupos, permitiría al docente visitante aportar, sin mayor dedicación de tiempo a este propósito. Se debería introducir la utilización de la vía informática para las consultas posteriores, dentro de unos límites de tiempo definidos de común acuerdo entre estudiantes y docente.

Se debería procurar que librerías de la capital del país facilitasen los textos de estudio para que pudieran ser adquiridos por lo/as estudiantes en la ciudad donde estudian, mediante acuerdos de venta, incluso con la propia universidad.

Se deberían realizar programas de educación continuada. Por ejemplo, se podría utilizar el espacio de bienvenida que brinda la Universidad a lo/as estudiantes al postgrado, pueda servir de oportunidad para realizar alguna actividad de educación continuada para egresado/as (paneles, una conferencia magistral, un video-foro de actualidad, etc.).

Se debería posibilitar el intercambio de experiencias con egresado/as de la UIS y otras Universidades, para mantener un clima de actualización y de contacto con la especialidad.

Sería deseable que se pusieran en contacto lo/as docentes antes de cada módulo y valorar aspectos del plan que requieran ajustes para evitar que se repitan algunas temáticas en los módulos.

Incorporar un periodo de trabajo de campo, que contribuya a lograr un acercamiento a la realidad, específicamente en aspectos vitales para el postgrado.

El enfoque de género, aún no contemplado en el programa debido al insuficiente conocimiento del tema y su trascendencia, debería ser introducido progresivamente, como área específica en administración.

Se debería introducir un semestre de trabajo práctico articulado con la teoría.

## Documentos consultados

Universidad Industrial de Santander. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Documento de acreditación.

Universidad Industrial de Santander. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Programas de las materias.

Universidad Industrial de Santander. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Informe de metodología de la evaluación.

Universidad Industrial de Santander. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Información presentada en el Taller de Sensibilización "La Formación en Administración de Salud frente a la Reforma del Sector". Junio 1999.

Universidad Industrial de Santander. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Formato para informar o notificar la creación o renovación de registro de programas de pregrado y especialización. Instituto colombiano para el fomento de la educación superior.– ICFES. 1998.

## **RESUMEN DE RESULTADOS**

### Resumen de los resultados para los cinco postgrados analizados

Universidad Característica	Javeriana/FUNDAPS	Antioquia	Rosario/CES	Univalle	Industrial de Santander
<b>Estructura</b>					
Modalidad	semi-presencial	semi-presencial	semi-presencial	semi-presencial	semi-presencial
Duración	1 año (corta, inadecuada distribución de tiempo)	3 semestres+ proyecto percibida corta	3 semestres+ proyecto percibida corta	3 semestres+ proyecto percibida corta	3 semestres+ proyecto percibida corta
Entrega tesis	Al final del año: alto índice de graduación	flexible: demora en la graduación	flexible: demora en la graduación	flexible: gran demora en la graduación	flexible: demora en la graduación
Ubicación	Extramural. Dificil acceso documentación	En la institución	En la institución	En la institución	En la institución
Formación continuada	inexistente	limitada	limitada	limitada	limitada
<b>Contenidos</b>					
Diseño	A partir de TLEA y PEAS Contratación de módulos	Basado en la experiencia de los docentes y comité de programa	Basado en la experiencia de los docentes	Basado en la experiencia de equipo designado	Basado en la experiencia de los docentes
Ley 100	Si, insuficiente	Si, insuficiente	Si, insuficiente	Si, insuficiente	Si, insuficiente
Adaptación docente-asistencial	Capacitación de equipos, evaluación de alumnos	Evaluación de alumnos, revisión normativa vigente y bibliografía, encuestas a instituciones	Evaluación de alumnos Experiencia personal contactos con otros profesionales, egresados y cambios en el sistema	Evaluación alumnos (irregular) Experiencia de los docentes	Experiencia de los docentes
Aplicación teórico-práctica	A través de trabajos (insuficiente)	A través de trabajos (insuficiente) Visitas institucionales	A través de trabajos (insuficiente)	A través de trabajos (insuficiente) Visitas institucionales	A través de trabajos (insuficiente)
Temas gerenciales	Insuficiente en costos y presupuestos, facturación, contratación legislación, RRHH	Insuficiente en facturación, economía de la salud, legislación	Insuficiente en costos y presupuestos, mercadeo, legislación, evaluación, sistemas de información.	Insuficiente en costos y presupuestos, facturación, contratación, evaluación, RRHH	Insuficiente en costos y presupuestos, auditoría, contabilidad
Enfoque de género	Ausente	Presente, asistemático	Ausente	Ausente	Ausente

**Resumen de los resultados para los cinco postgrados analizados (cont.)**

Universidad Característica	Javeriana/FUNDAPS	Antioquia	Rosario/CES	Univalle	Industrial de Santander
<b>Métodos</b>					
Formas	Diseño de autoinstrucción, aplicado con variedad de métodos	Combinación de métodos. Participación activa individual y colectiva y prácticas.	Combinación de métodos y de práctica con teoría. Participación activa, lúdicos y dinámicos. Ampliamente utilizado.	Combinación de métodos, determinada por docente. Prácticas	Combinación de métodos seleccionada por el docente. Énfasis en participación
Trabajo grupal	Ampliamente utilizado. Participación diferenciada, pérdida de institución propia	Ampliamente utilizado. Participación diferenciada, pérdida de institución propia	Participación diferenciada, pérdida de institución propia	Ampliamente utilizado. Participación diferenciada, pérdida de institución propia	Ampliamente utilizado. Participación diferenciada, pérdida de institución propia
<b>Materiales</b>					
Modalidad	Módulos escritos. Visión única, riesgo de desactualización. Desincentiva uso de otras fuentes	Guías de módulo. Abierto, fácil actualización y adaptación a necesidades cambiantes. Copias de algunos materiales.	Guías de módulo. Abierto, fácil actualización y adaptación a necesidades cambiantes. Copia de bibliografía esencial	Guías de módulo. Abierto, fácil actualización y adaptación a necesidades cambiantes. Copias de algunos materiales.	Material escrito, preparado por el docente y complementado por bibliografía adicional.
Accesibilidad	Difícil acceso a material complementario	Buena	Buena	Variable	Difícil acceso a material complementario
<b>Evaluación</b>					
Formas	Combinación de métodos. (excesiva) Pre y post test (irregularidades) Examen trimestral y final	Combinación de métodos. Negociación con los participantes de modalidad y fecha	Combinación de métodos (percibida inadecuada)	Combinación de métodos (percibida inadecuada)	Combinación de métodos
Modalidad grupal	Altamente utilizada. Difícil valoración del desempeño individual	Altamente utilizada. Difícil valoración del desempeño individual	Altamente utilizada. Difícil valoración del desempeño individual	Altamente utilizada. Difícil valoración del desempeño individual	Altamente utilizada. Difícil valoración del desempeño individual

### Resumen de los resultados para los cinco postgrados analizados (cont.)

Universidad	Javeriana/FUNDAPS	Antioquia	Rosario/CES	Univalle	Industrial de Santander
<b>Docentes</b>					
Características	Personal de los servicios de salud. Especialización. Apoyo de expertos	Docentes expertos en áreas temáticas	Docentes expertos en áreas temáticas	Docentes expertos en áreas temáticas	Docentes expertos en áreas temáticas
Funciones	Ejecución de módulos, seguimiento y evaluación de alumnos	Diseño y ejecución de módulos, seguimiento y evaluación de alumnos	Diseño y ejecución de módulos, seguimiento y evaluación de alumnos	Diseño y ejecución de módulos, seguimiento y evaluación de alumnos	Diseño y ejecución de módulos, seguimiento y evaluación de alumnos
Contratación	Hora/cátedra Sin formación adicional. Sin desarrollo de líneas de investigación	Tiempo completo, medio tiempo y hora/cátedra. Formación adicional para plantilla	Tiempo completo, medio tiempo y hora/cátedra. Formación adicional para plantilla Hora cátedra: sin formación adicional. Sin desarrollo de líneas de investigación	Tiempo completo, medio tiempo y hora/cátedra. Formación adicional para plantilla	Hora/cátedra Sin formación adicional. Sin desarrollo de líneas de investigación
Interacción (en relación al postgrado)	Reuniones mensuales	informal o a través de comité de programa	informal en el Rosario. Cada 4 meses en CES	informal y comité de plan	No hay interacción. Sólo a través de coordinadora
Relación con estudiantes	horizontal	horizontal	horizontal (dependiendo de los profesores)	horizontal (dependiendo de los profesores)	horizontal (dependiendo de los profesores)
<b>Participantes</b>					
Características	Personal de salud, diferentes disciplinas (enriquecedor y obstáculo) vinculado a institución pública. También no profesionales (problemas con título)	Personal de salud, diferentes disciplinas (enriquecedor y obstáculo)	Personal de salud, diferentes disciplinas (enriquecedor y obstáculo)	Personal de salud, diferentes disciplinas (enriquecedor y obstáculo)	Personal de salud, diferentes disciplinas (enriquecedor y obstáculo)

### Resumen de los resultados para los cinco postgrados analizados (cont.)

Universidad	Javeriana/FUNDAPS	Antioquia	Rosario/CES	Univalle	Industrial de Santander
<b>Características</b>					
<b>Participantes</b> (cont)					
Nivel	Cargos diversos. Contenidos no siempre relevantes	Gerentes o aspirantes a cargos administrativos. Contenidos no siempre relevantes	Gerentes o aspirantes a cargos administrativos. Contenidos no siempre relevantes	Gerentes o aspirantes a cargos administrativos. Contenidos no siempre relevantes	Gerentes o aspirantes a cargos administrativos. Contenidos no siempre relevantes
<b>Financiación</b>					
Fuente	Subvencionado (7 salario mínimos)	matrícula (6 salarios mínimos)	matrícula (9 salarios mínimos)	Matrícula (7,5 salarios mínimos)	matrícula (6 salarios mínimos)
Sustentabilidad	Mientras exista subvención En Bogotá, depende de la demanda	Depende de capacidad de adaptación a demanda	Depende de capacidad de adaptación a demanda	Depende de capacidad de adaptación a demanda	Depende de capacidad de adaptación a demanda
<b>Estructura institucional</b>					
Reconocimiento	Universidad con prestigio	Universidad con prestigio	Universidad con prestigio	Universidad con prestigio	Universidad con prestigio
Estructura académica	Paralela a la universidad. Sin desarrollo de líneas de investigación. Limitado apoyo académico	Buen desarrollo académico, líneas de investigación y cuerpos docentes	Rosario: Limitado desarrollo académico. Sin líneas de investigación relevantes	Líneas de investigación. Cuerpos docentes en renovación	Sin desarrollo de líneas de investigación
<b>Aplicación práctica</b>					
Trabajos y proyecto fin de curso	Aplicación de contenidos a las instituciones de los participantes. No siempre posible en los módulos debido a grupos	Aplicación de contenidos a las instituciones de los participantes. No siempre posible debido a los grupos	Aplicación de contenidos a las instituciones de los participantes. No siempre posible debido a los grupos	Aplicación de contenidos a las instituciones de los participantes. No siempre posible debido a los grupos	Aplicación de contenidos a las instituciones de los participantes. No siempre posible debido a los grupos
Uso posterior	Depende de elección tema, cargo, voluntad política	Depende de elección tema, cargo, voluntad política	Depende de elección tema, cargo, voluntad política	Depende de elección tema, cargo, voluntad política	Depende de elección tema, cargo, voluntad política

## **III PARTE: LECCIONES APRENDIDAS**

## 8. LECCIONES APRENDIDAS

### 8.1 Discusión

En esta sección comparamos y discutimos los resultados más relevantes del estudio. Debido a que el análisis se hizo tomando como referencia el GASS, la discusión destaca las características de este curso en comparación a los restantes cursos analizados. Estos son considerados como un grupo, aunque cuando un curso presenta una característica única, se indica separadamente. En la discusión se sigue el mismo esquema utilizado en la descripción de los postgrados en los capítulos anteriores. En cada uno de los puntos, hemos tratado de señalado las fortalezas y debilidades principales de cada modelo, para, a la luz de las mismas, llegar a las conclusiones finales, que se presentan en la última sección. En este capítulo también se ha procurado reflejar la discusión que tuvo lugar en el taller de presentación de los resultados preliminares a las universidades participantes<sup>11</sup>.

#### 8.1.1 Estructura del postgrado

Todos los postgrados analizados presentan una *estructura semipresencial*, es decir, fomentan la combinación de estudio y trabajo, lo que puede ser considerado al mismo tiempo una fortaleza y una debilidad. Una fortaleza porque permite que se formen profesionales, que de otra manera no podrían participar en los cursos, ya que han desaparecido las becas y apoyo institucional para estudios a tiempo completo. Es también una debilidad porque los participantes tienen que combinar su jornada laboral con las actividades de formación y, por tanto, estas representan una sobrecarga de trabajo. El tiempo que se dedica al estudio es limitado, impidiendo una mayor profundización en los temas.

La *duración* de los cursos era de algo más de 1 año para el GASS y 3 semestres lectivos más el trabajo fin de curso para los restantes postgrados analizados. La duración fue percibida, en general, como corta para todos los postgrados y con una distribución inadecuada de tiempo entre los diversos módulos, impidiendo una profundización en las áreas de mayor interés. En el caso del GASS fue una debilidad denunciada tanto por egresados como tutores ya que la situación era extrema: durante el año se trabajaban todos los módulos, todos tenían idéntica duración y, además, se desarrollaba simultáneamente el proyecto fin de curso.

---

<sup>11</sup> Taller de presentación de resultados preliminares “La Formación en Administración de Salud frente a la Reforma del Sector”. Cali, 29 Noviembre 1999.

El *proyecto fin de curso o tesis de grado* se exigía en todos los postgrados y representa una fortaleza, ya que en todos se intenta que se haga la aplicación práctica de los contenidos a un problema de las instituciones a que pertenecen los participantes, como se discute mas extensamente en el punto 8.1.10. Sin embargo, en todos los casos, excepto en el GASS, presenta una fuerte debilidad que es el retraso en la graduación de los participantes debido fundamentalmente a la flexibilidad en la fecha de entrega del trabajo. Este problema era particularmente importante en el caso de la Universidad del Valle, que tenía el más bajo índice de graduación de todos los postgrados estudiados. Tan sólo en el GASS, debido a la necesidad de desarrollar el proyecto fin de curso durante el mismo, se habían graduado la inmensa mayoría de los estudiantes, con excepción de algunas deserciones y reprobados (9,2%). En el resto de los postgrados había un porcentaje variable de participantes que aún no se habían graduado, entre el 79,3% en la Universidad del Valle y el 23,4% en la Universidad Industrial de Santander. En todos los postgrados, excepto el GASS, el proyecto fin de curso o tesis de grado se inicia después de terminar la fase lectiva y se carece de un límite temporal estricto para la presentación de la misma. Esto parece generar como consecuencia una muy tardía graduación de los estudiantes.

En todos los casos los estudiantes denunciaron la ausencia de *educación continua* una vez terminado el postgrado. Además de ser una necesidad percibida, indica la pérdida de oportunidades para mantener al personal de salud actualizado.

El GASS era un curso *extramural*. Los grupos se reunían fuera de la universidad y los ubicados en otros municipios, fuera de Cali. Este hecho, por un lado una fortaleza, porque permite la participación sin desplazamiento, se convertía en una debilidad, cuando los encuentros se realizaban en el lugar de trabajo de los participantes, conllevando numerosas interrupciones. Asimismo, esta circunstancia parece haber contribuido a un limitado desarrollo del sentido de pertenencia a la universidad. Un problema adicional fue la carencia de acceso a centros de documentación para poder realizar pesquisas bibliográficas, ya que estos centros, ubicados en Cali, no estaban accesibles a las horas o días en que los participantes tenían tiempo disponible. La dificultad en el acceso a la documentación también era compartida por los participantes de la Universidad Industrial de Santander.

### 8.1.2 Contenidos

El GASS fue *diseñado* a partir de sus precursores, TLEA y PEAS, y los módulos fueron escritos por personal contratado para este fin. En los otros postgrados, los contenidos de cursos y módulos se definieron en base al conocimiento y experiencia de los docentes y/o equipos académicos responsables de los cursos.

Como forma de adaptación de los contenidos a las necesidades de los participantes e instituciones o *relación docente-asistencial*, en todos los cursos se utilizan las evaluaciones finales de los alumnos para hacer ajustes a los módulos. En el caso del GASS este mecanismo, aunque fue implantado, no tuvo aplicación práctica, ya que el curso dejó de existir (excepto en Bogotá). En los otros postgrados, algunos profesores además procuraban hacer al inicio de los módulos una adaptación de los contenidos a las expectativas de los alumnos y resultados del pretest, en el sentido de cambiar el énfasis o, más comúnmente indicando referencias bibliográficas donde consultar. En los casos en que los docentes comparten la docencia con el trabajo en los servicios, esto les proporciona la oportunidad de adaptarlos a la realidad. En el GASS se procuraba además formar equipos institucionales, con el objetivo de que la formación contribuyera a la mejora de las instituciones (este aspecto se discute bajo el punto 8.1.7). Sólo la universidad de Antioquia tiene un mecanismo establecido para conocer las necesidades desde el punto de vista de los servicios de salud, pero su utilización es irregular.

El GASS se inició en 1996, y contenía en el módulo I una introducción a la Ley 100. Todos los demás cursos analizados habían iniciado su existencia antes de la reforma de la seguridad social de 1993 y todos habían sufrido posteriormente adaptaciones, en mayor o menor grado, para reflejar las reformas en el sistema de salud.

No obstante la incorporación de la introducción a la ley 100 y el nuevo sistema general de seguridad social en salud, los contenidos respecto a los mismos aún son insuficientes en todos los cursos.

En relación a la *aplicación teórico-práctica*, se encontró en todos los postgrados un énfasis en la teoría y una dificultad en la introducción a su utilización en la práctica. Aunque esta observación se refiere a todos los contenidos en general, en el área de la gerencia en particular, a pesar de ser todos los postgrados analizados cursos en administración de servicios de salud, se detectó una deficiencia en la introducción de herramientas aplicadas a la gerencia de los servicios de salud, en mayor o menor grado según los postgrados. Aspectos especialmente deficitarios, se refieren a la gestión financiera y gestión de recursos humanos (costos y presupuestos, facturación, contratación y legislación). Como fortaleza se encontró que en todos los postgrados se persigue la aplicación de los contenidos teóricos a la realidad de las instituciones, tanto en los trabajos de los módulos como en el proyecto fin de curso (se discute en detalle en el punto 8.1.10). También que algunos de los postgrados buscan el desarrollo, por parte de los participantes, de criterios que les permitan el análisis crítico de los sistemas de salud y el contexto económico, político y social en que se desarrollan y no sólo la gestión eficiente de los mismos.

Como era de esperar, debido a los criterios utilizados en la selección de la muestra para el estudio, en todos los postgrados analizados se mantiene un equilibrio entre los contenidos de *salud pública y gerencia en salud*. Los

elementos de salud pública incluidos en los cursos son percibidos de forma positiva por los participantes y son necesarios como elementos intrínsecamente ligados a la consecución del objetivo final de los sistemas de salud.

Destaca la ausencia en todos los postgrados de contenidos relativos al *enfoque de género*. Sólo el curso de la Universidad de Antioquía ha incorporado, aunque no de forma sistemática, elementos del enfoque de género en la docencia. Esta es una debilidad en todos los postgrados, teniendo en cuenta los principios de equidad del sistema de seguridad social en salud, la relevancia del papel de ambos géneros en la planificación y ejecución de intervenciones, y las corrientes de pensamiento actuales a nivel internacional.

La *coherencia y secuencia* de los módulos que componen los postgrados era más fácilmente percibida por los profesores o coordinadores que por los participantes. En el caso del GASS la secuencia y coherencia de los módulos se vio afectada por la disponibilidad del material que estaba siendo elaborado. Este resultado sugiere la carencia de marco general que permita a los estudiantes comprender la interrelación entre los distintos contenidos y su aportación a los objetivos generales del posgrado o la creación del perfil de egresado que se persigue.

### 8.1.3 Métodos de enseñanza

El GASS, a diferencia de todos los otros postgrados, estaba diseñado para aplicar una metodología basada fundamentalmente en la *autoinstrucción* a partir de la lectura dirigida de los materiales elaborados, y con el apoyo del tutor. Los tutores por iniciativa propia introdujeron charlas magistrales, materiales adicionales, diseñaron talleres e invitaron a docentes expertos en los temas. Además hubo que incorporar talleres y charlas por expertos para todos los participantes con el objetivo de complementar algunos de los módulos. Esto, junto con el análisis de los módulos indica que el diseño de los mismos es insuficiente para lograr el objetivo de autoinstrucción.

Una fortaleza de todos los cursos es la implementación de una gran *variedad de métodos de enseñanza*, procurando los más participativos. Aún se mantiene, sin embargo, un cierto volumen de charlas magistrales. La utilización de charlas magistrales, ha sido particularmente criticada en el caso de los postgrados de las universidades del Valle y del Rosario. Si bien su utilización para determinados temas puede estar ampliamente justificada, no hay que olvidar que la atención no se mantiene por más de 45 minutos. Además los participantes de estos postgrados están muy cansados porque son trabajadores y las clases tienen que ser atractivas y utilizar una combinación de métodos para poder captar y mantener su atención.

En todos los cursos se hacía amplio uso de *trabajo grupal*, tanto para los talleres y seminarios, como para la elaboración de los trabajos de los módulos, y trabajo fin de curso. Si bien el trabajo grupal contribuye a generar espíritu de equipo y desarrollar herramientas para el trabajo participativo también presenta algunos inconvenientes. Los problemas en la aplicación de los trabajos de los módulos realizados en grupo a la institución de los participantes, se comentan en el punto 8.1.10. Además, con frecuencia, el tamaño de los grupos es grande (más de 3 participantes), con lo que se favorece que algunos no hagan el trabajo que les corresponde, a pesar de lo cual van a obtener la misma calificación que el resto y que, tal vez, contribuyan a disminuir la calidad final del trabajo. Otro riesgo, es que los miembros del grupo se repartan los costos (en sentido económico), y haya quien se encargue de financiarlo, de diseñarlo y coleccionar los datos y de escribirlo, sin que se trabaje realmente en equipo y sin que todos hayan dedicado tiempo y esfuerzo al tema en cuestión.

#### **8.1.4 Materiales de enseñanza**

El GASS a diferencia de los otros cursos, proporcionaba por escrito los módulos, que habían sido preparados especialmente para el curso. Estos *módulos* son una herramienta muy útil, altamente apreciada por los participantes. Cumplían su cometido de reemplazar parcialmente la figura del docente al proporcionarles los contenidos que debían conocer y eran de fácil lectura. No obstante, presentaban algunos inconvenientes, como introducir una visión única y en ocasiones introductorias de un tema, correr el riesgo de permanecer estáticos y por tanto, desactualizarse, y carecer, en su mayoría, de ejercicios prácticos. En algunos casos eran insuficientes para poder comprender el tema y extraer lecciones prácticas para su aplicación a los servicios de salud. Además, por ser de fácil acceso a los estudiantes, desincentiva el uso de otras fuentes bibliográficas, cuyo acceso requiere un mayor esfuerzo por parte de estudiante.

Los otros postgrados preparaban una *guía* con las informaciones más relevantes sobre cada módulo o asignatura (objetivos, contenidos, cronograma, breve marco de referencia teórico, metodología, evaluación, cronograma y lista de bibliografía básica y complementaria). La Universidad del Rosario además proporcionaba bibliografía básica. La guía es un elemento esencial y particularmente valiosa es la división de la bibliografía recomendada en básica y complementaria, ya que orienta al alumno hacia los contenidos que al menos ha de conocer durante el curso. Presenta la ventaja de ser un material abierto, que puede ser fácilmente actualizado y adaptado a las necesidades cambiantes de los alumnos y servicios de salud. Como debilidad presentar el requerir mayor tiempo del estudiante para localizar los artículos o, en algunos casos, recomendar artículos que no están disponibles en los centros de documentación.

### 8.1.5 Formas de evaluación

Todos los postgrados realizaban la evaluación de los alumnos mediante una *combinación de métodos diferentes* en la que intervenían trabajos, presentaciones, exámenes y valoración subjetiva por parte del docente, y, en algunos casos, del alumno.

La aplicación de un pretest y postest era exclusiva del GASS. El postest tenía por objetivo la evaluación de cambios en el conocimiento, no obstante su utilidad quedó bastante cuestionada por la mayoría de tutores y participantes ya que generó algunas irregularidades. En algunos de los módulos de los otros postgrados, dependiendo de la iniciativa del profesor, se realizaba un pretest para establecer el nivel de conocimiento del grupo y el énfasis de la asignatura.

Adicionalmente el GASS realizaba exámenes trimestrales y final con el objetivo de homologar la formación impartida en los cuatro departamentos. Estos exámenes desataron polémicas que parecen haber sido una consecuencia de las diferencias surgidas entre las coordinaciones de Bogotá y las otras regiones y que trascendieron a los estudiantes, por lo tanto, es difícil evaluar la idoneidad de las mismas. Probablemente el objetivo de homologar el aprendizaje pueda ser obtenido por otros mecanismos, como la estandarización de los mecanismos de evaluación, de los criterios de valoración y un seguimiento estrecho de la coordinación académica central a las regiones.

La evaluación parece ser una debilidad en la mayoría de los casos. En el GASS era percibida como excesiva y en el resto de los postgrados como que no lograba adecuar los métodos utilizados a la evaluación de objetivos y contenidos de los módulos. La Universidad de Antioquia parecía ser una excepción, ya que se negociaban las formas, fechas y número de evaluaciones con los estudiantes y con ello, se lograba disminuir en gran manera la incertidumbre frente a las pruebas y el estrés que estas generan.

La evaluación del desempeño *en grupo* es común a todos los postgrados. Este tipo de evaluación tiene el inconveniente de no poder discriminar la actuación individual, pues rara vez la participación es por igual y, con no poca frecuencia, unos participantes aprovechan el trabajo de los otros.

### 8.1.6 Docentes

Las figura de los docentes era similar en todos los postgrados, a excepción del GASS. La metodología del GASS se basaba fundamentalmente en la autoinstrucción y la figura del docente había sido reemplazada por la provisión de los materiales y el apoyo del *tutor*. Los tutores fueron seleccionados entre el personal de las secretarías departamental y municipal de salud, con título de magister en salud pública o área afín y

contratados por hora/cátedra. Sus funciones eran la ejecución de los módulos y seguimiento y evaluación de los participantes. No obstante, los tutores adoptaron un papel docente siempre que fue necesario y también invitaron a otros docentes para aquellos módulos en que consideraban que no era suficiente su actuación de apoyo y el módulo escrito.

Los docentes de los otros postgrados estudiados eran generalmente expertos en los temas, encargados del diseño y ejecución de los módulos o asignaturas, con o sin apoyo de otros docentes, y del seguimiento y evaluación de los alumnos.

La *forma de contratación* de los docentes era diversa. Algunos docentes forman parte de la plantilla de la universidad (a tiempo parcial o completo) y otros son contratados por hora cátedra. Estos últimos tienen el gran inconveniente de que su actuación en la universidad se limita al tiempo lectivo, ya que no se les paga por asistir a reuniones o asesorar a los alumnos (excepto para las tesis de grado que tiene un tiempo predeterminado contratado). Todo el tiempo extra que dediquen al curso o asesoría de los alumnos es “un favor” y además, no reciben ningún apoyo de la universidad para su formación. La proporción de uno y otro tipo de docentes era diferente en los diversos postgrados, pero parecía constituir un problema importante en la Universidad del Rosario y la Universidad Industrial de Santander, en la que la plantilla de profesorado dedicada al postgrado es muy reducida. Esto impide también la generación de conocimientos mediante el desarrollo de una línea de investigación, dificulta el control de la calidad de la docencia, y la coherencia en los contenidos de los distintos módulos.

La *evaluación de la calidad* de los docentes se hacía a través de cuestionarios a los alumnos. No obstante, la efectividad de este mecanismo, no siempre era clara. Algunos coordinadores indicaron que malas evaluaciones repetidas de un docente por parte de los estudiantes habían originado la recesión del contrato de los mismos. En cambio, en otro postgrado, los egresados comentaron que la evaluación negativa de un docente conllevó represalias por parte del mismo, y la pérdida de la efectividad del mecanismo de evaluación para el resto del curso. También que las evaluaciones carecían de efecto en el actuar de los docentes.

Los tutores del GASS *interactuaban* mediante reuniones de todos con la coordinación para finalizar un módulo e iniciar el siguiente, presentando informes, comentando problemas, sugiriendo cambios, recibiendo nuevos materiales y profundizando temas. Estas reuniones se realizaban en cada departamento independientemente. Los profesores entrevistados consideraban que no era suficiente para garantizar un trabajo conjunto, ya que los encuentros tenían lugar después del módulo, excepto en el caso de Bogotá. Las iniciativas de cada tutor eran independientes entre sí y no compartían métodos y materiales adicionales. Estas reuniones constituyen un importante punto de encuentro e intercambio.

En los otros postgrados, la *interacción de los docentes* en relación al curso se realizaba de manera informal por iniciativa propia, o a través de la participación en algunos comités, que no son específicos del curso. La única relación directa era de los responsables de módulo con los coordinadores de programa y jefes de postgrado. Este tipo de interacción comporta el riesgo de perder la visión global del postgrado y la coherencia y complementariedad entre las asignaturas.

La interacción de los *docentes con los estudiantes*, fue considerada en todos los casos horizontal, en mayor o menor grado, dependiendo de los profesores. En general, se atribuyó una actitud más vertical a los docentes bogotanos de la Universidad del Rosario, y a algunos profesores de Univalle. Probablemente la apertura de espacios para la interacción entre los docentes, y entre docentes y estudiantes y una disposición a discutir y negociar cambios pueda contribuir a mejorar estos aspectos.

### 8.1.7 Participantes

Todos los postgrados estaban dirigidos a profesionales de la salud de las *diferentes disciplinas*. La variedad de disciplinas era considerada, en general, como enriquecedora, aunque algunos participantes también vieran en ella un obstáculo para el aprendizaje y el debate al no tener una formación similar. Sin embargo, para este dilema no parece haber una salida obvia, aparte de la introducción de cursos de nivelación en disciplinas básicas, ya que la gerencia en salud no es un ámbito limitado a una disciplina en particular.

Todos los postgrados *están dirigidos* a gerentes o personal de salud que ocupa o aspira a ocupar cargos en la gerencia o próximos a ella. Para participar en el GASS también era un requisito el estar vinculado a una institución pública de salud y se buscaba que participasen varias personas de una misma institución, con el objetivo de contribuir más rápidamente a la mejora de la gerencia de la institución.

No obstante, en todos, pero particularmente en el GASS probablemente debido al hecho de formar varias personas de una misma institución, había personal en distintos niveles de gerencia y algunos con cargos puramente clínicos. Este hecho contribuyó a que los contenidos fueran relevantes y tuvieran una dificultad en grado diferente para los participantes. Por un lado se contribuye a promocionar un cierto nivel de conocimiento del sistema de todo el personal que trabaja, por otro se pierde la oportunidad de profundizar en las áreas específicas de acción los trabajadores.

El *número* de participantes en todos los postgrados parece estar disminuyendo. Esto es atribuido a diversas causas, como la crisis económica (no sería el caso del GASS ya que es un curso subvencionado) que impide el acceso a la formación y la saturación del mercado, ya que existen alrededor

de 20 postgrados en administración de servicios de salud y en todas las universidades se inicia un nuevo grupo cada semestre. Esta hipótesis se vería reforzada por el hecho de que el perfil de los participantes también está cambiando. En la Universidad del Rosario, en las primeras generaciones la mayoría eran gerentes situados en altos cargos de las distintas instituciones que componen el sistema de salud, en tanto que ahora, los participantes proceden de puestos administrativos bajos o clínicos. Por último, también podría estar influyendo en el descenso de números de participantes el que los cursos no hagan suficiente mercadeo y, por tanto, no sean conocidos por los potenciales participantes.

### **8.1.8 Financiación y sustentabilidad**

El GASS era una excepción por ser un curso subvencionado. Los participantes pagaban un pequeño porcentaje de la matrícula y el resto era provisto por la DSE, GTZ y las secretarías de salud. Los otros cursos se financiaban por medio de la matrícula. En cada universidad se calcula el número mínimo de alumnos necesarios para que la matrícula costee el curso. La sustentabilidad de los cursos estará garantizada mientras se mantenga la demanda, es decir, si se consigue la adaptación de los contenidos a potenciales cambios en las necesidades de formación del personal que trabaja en los servicios de salud.

El precio de la matrícula variaba entre 6 y 9 salarios mínimos, siendo algo menor en las universidades públicas que en las privadas. En el año de estudio hubo un ingreso alto de estudiantes en todas las facultades. No existían becas o ayudas institucionales por lo que todos los participantes se financiaban sus cursos, aunque en algunos casos las instituciones les apoyaban con parte del tiempo.

### **8.1.9 Estructura institucional**

En las estructuras institucionales se encontraron fortalezas y debilidades. En todos los casos, tanto egresados como docentes apreciaron el renombre de las universidades en las que se desarrollaban los cursos.

El GASS creó una estructura paralela a la estructura de la universidad que no permitió el desarrollo de un pensamiento académico claro o líneas de investigación. El apoyo académico institucional fue percibido como insuficiente por parte de egresados y tutores. Además de que el acceso a la bibliografía relevante era limitado.

Los otros postgrados estudiados presentaban características variables. Desde estructuras académicas muy sólidas, con un claro desarrollo académico y generación de conocimiento mediante líneas de investigación y cuerpos docentes consolidados, como la universidad de Antioquia, a

estructuras insuficientes basándose la docencia en la contratación hora/cátedra, como la Universidad del Rosario o Industrial de Santander.

### **8.1.10 Aplicación de los contenidos del curso en la práctica**

Todos los postgrados solicitaban de sus estudiantes la realización de trabajos para los diferentes módulos aplicando los contenidos a la realidad de sus instituciones. Debido a que los trabajos se hacían en grupos, no siempre era posible aplicar los trabajos a la propia institución. Este problema también se presentó en el GASS, ya que los participantes cambiaban de grupo para los trabajos de los módulos y no permanecían en un grupo con sus compañeros de trabajo a lo largo del año.

En todos los casos era necesario, además, la realización de una *proyecto fin de curso o tesis de grado*, en el que se tenían que aplicar los conocimientos y herramientas adquiridos durante el curso a un problema real de las instituciones de los participantes. Como los trabajos se hacía en grupo, siempre existía el riesgo de realizar un trabajo de relevancia para una institución diferente de la del egresado, excepto en el caso del GASS en el que los miembros de los grupos para el proyecto formaban parte de la misma institución. Esto no impedía, no obstante, que el tema no fuera de interés de algunos de los participantes, ya que ocupaban cargos diversos y desempeñaban funciones diferentes dentro de la institución. Otra debilidad de los proyectos es cuando se percibe como un trabajo puramente académico y un obstáculo para la obtención del grado, sin que se busque su aplicación real. Uno de los coordinadores sugirió la necesidad de eliminarlos por completo. Sin embargo, los aportes del proyecto, cuando se logra su aplicación práctica, sugiere considerar la introducción de medidas que disminuyan los aspectos negativos y potencien los positivos.

El uso posterior de los resultados de los trabajos dependía, fundamentalmente, del cargo ocupado por el participante y, adicionalmente, si había sido solicitado o no por la institución. La relevancia del trabajo para el participante dependía en gran medida de una elección afortunada de tema y grupo.

En todos los casos los participantes consideraron que el curso había contribuido tanto a su crecimiento personal como profesional. En algunos casos, pensaban que la utilidad del curso había trascendido también al nivel institucional. Oportunidades para la implementación de lo aprendido eran la ostentación de un cargo con poder de decisión y manejo de presupuestos y la voluntad política y continuidad en esta. Obstáculos eran por contraposición la ausencia de las anteriores, falta de profundización así como la inercia del personal, aunque esta no se consideraba un obstáculo insalvable.

Todo lo anterior indica que para lograr cambios más rápidos a nivel de los servicios, probablemente se debería incentivar la participación en primer lugar de cargos directivos. No obstante, cuanto más formado esté el personal, más posibilidades hay de que los conocimientos se apliquen, además de que la formación es una forma de progreso profesional que debería ser incentivada a todos los niveles. Probablemente los participantes menos adecuados son aquellos que desarrollan un trabajo clínico y no tienen intenciones de cambiar de puesto.

## 8.2 Conclusiones

Del análisis conjunto de los postgrados se podría concluir que

### A) Estructura

1. El carácter **semipresencial** de los postgrados es adecuado, teniendo en cuenta las circunstancias actuales de provisión de becas, o mejor dicho, carencia de las mismas.
2. Una **duración** de tres semestres lectivos y un año para el desarrollo del trabajo fin de curso o tesis, parece ser el tiempo mínimo adecuado con los objetivos y contenidos actuales de los cursos. Una disminución de la duración de los cursos sólo debería realizarse a partir de una revisión de los objetivos y una redefinición clara de las habilidades y destrezas, o perfil, que debería poseer un egresado y que permita adecuar los contenidos a estos objetivos en el tiempo disponible. Adicionalmente, y en el caso del GASS con mayor urgencia, sería necesario hacer una **distribución de los tiempos** de los módulos de acuerdo a su importancia relativa.
3. Sería aconsejable ofrecer cursos de **formación continuada** a los egresados, una vez terminado el programa, para actualizarles sobre aspectos cambiantes del sistema de salud, en especial, en lo que se refiere a la ley 100, normas y decretos. Esta estrategia educativa también podría contribuir a ampliar la formación de personal que no puede acceder a los programas formales de capacitación, además de contribuir a mantener la dinámica de encuentro y actualización entre egresado/as.
4. Un curso **extramural**, como el GASS, debería ubicar las reuniones fuera de los centros de trabajo de los participantes, reforzar las actividades relacionadas con la universidad que la respalda y apoyarse, en centros de documentación también extramurales, o garantizar el acceso para consulta a los centros existentes físicos o virtuales.

### B) Contenidos

5. Los contenidos de los cursos deberían ser complementados con una incorporación más intensiva y extensiva de los contenidos, normas y decretos relativos a la **ley 100** y el sistema general de seguridad social en salud. Además debería introducirse un análisis del sistema de salud en su totalidad y de las otras leyes que regulan el sistema de salud (Ley 10, 60, 80), ya que el régimen de la seguridad social en salud no abarca a la totalidad de la población. Los profesionales deben comprender la situación del sistema de salud y adquirir las herramientas necesarias para la gestión de los distintos niveles que

componen el sistema de salud. El sistema de salud y el régimen de seguridad social en salud, sus objetivos y su gerencia deberían constituir el hilo conductor de los postgrados. Módulos de gerencia financiera, gestión de recursos humanos y contratación son contenidos imprescindibles.

6. El **enfoque de género** debería permear todos los contenidos del postgrado, si se pretende formar profesionales que moldeen los servicios de salud de acuerdo a los principios de equidad y a las tendencias de cambio actuales a nivel internacional. Este enfoque debería ser un **contenido transversal** a todas las asignaturas, así como los principios rectoros del sistema de salud: solidaridad, eficiencia y equidad.
7. Los contenidos de **salud pública** deberían mantenerse y reforzarse, ya que son elementos intrínsecamente ligados a la consecución del objetivo de final de los sistemas de salud.
8. Para mejorar la percepción de la **coherencia de los contenidos** de los cursos, se requiere para todos los postgrados la elaboración de un marco introductorio general que contribuya a reforzar la visión del postgrado como una unidad de contenido, que responde a unos objetivos concretos, y en la que se desarrollan diversas áreas temáticas a lo largo del curso. Así mismo, la creación de un mecanismo formal de encuentro, como un comité de postgrado, en que participen todos los profesores y coordinadores podría ser contribuir a mejorar la coherencia de los contenidos.
9. Para mejorar la **relación docente asistencial**, se deberían establecer, o mejorar en caso de existir, mecanismos de consulta permanentes que permitieran a las universidades conocer las necesidades de las instituciones de salud y adaptar los postgrados consecuentemente.
10. El **componente práctico**, tanto en relación al desarrollo de herramientas, aplicación práctica de los contenidos, como a las prácticas en las instituciones debería ser reforzado.

### C) Materiales

11. Las **guías de módulos** que contienen la información esencial sobre la asignatura (objetivos, contenidos, breve marco de referencia teórico, metodología, evaluación, cronograma y lista de bibliografía básica y complementaria) constituyen un material de enseñanza adecuado para un postgrado. Teniendo en cuenta que los estudiantes tienen disponible un tiempo muy limitado para dedicar a su formación, las guías deberían ser proporcionadas a los participantes acompañadas de una copia de la bibliografía que se considera que los alumnos tienen que leer durante el

postgrado. Es importante garantizar el acceso a centros de documentación físicos o virtuales.

12. Los **módulos del GASS**, como material de apoyo a la autoformación, necesitarían ser modificados para incorporar más ejercicios prácticos, las temáticas esenciales, y adecuarse a las necesidades cambiantes de los participantes.

#### D) Métodos de enseñanza y evaluación

13. La combinación de **métodos de enseñanza** debería ser mantenida, evitando clases magistrales de una duración mayor de 45 minutos. Los grupos de trabajo no deberían ser de más de 3 participantes.
14. Los mecanismos de **evaluación** deberían ser simplificados y adaptados a los objetivos de enseñanza de cada módulo, dando preferencia a formas de evaluación individuales, así como, se debería introducir la negociación con los estudiantes de las evaluaciones propuestas al inicio del módulo. Adicionalmente se podría incorporar la modalidad de trabajos grupales con desarrollo individual, para evitar que algunos miembros del grupo no trabajen. Teniendo en cuenta que existen otros mecanismos que informan del desempeño de los participantes, sería aconsejable mantener sólo el pretest como prueba informativa al tutor y brindando a los participantes una explicación detallada de su razón de ser y una discusión de los resultados.

#### E) Docentes

15. Se debería dar prioridad a la **vinculación** de docentes a tiempo parcial o completo. En caso de no ser una opción disponible, para garantizar la calidad de los postgrados y coherencia de los contenidos, los mecanismos de encuentro entre docentes y entre docentes y coordinación deberían ser introducidos. También se debería favorecer la **formación** de los docentes, independientemente del tipo de vinculación, en áreas relevantes a su docencia e introducir mecanismos que permitan adecuar procesos pedagógicos a la modalidad hora/cátedra.
16. En el caso del GASS, sería necesario reforzar las **reuniones** de tutores con encuentros más frecuentes durante el desarrollo de los módulos o, en caso de no disponer del tiempo, distribuir los módulos con antelación para dar la oportunidad de diseñar la estrategia propia antes de la reunión, para así poder compartir métodos y materiales adicionales. También sería aconsejable establecer mecanismos de encuentro entre las regiones.

17. Los resultados de la **evaluación del desempeño** de los docentes deberían ser estrechamente vigilados y analizados adecuadamente para asegurar que se toman las medidas que sean necesarias al respecto.

## F) Participantes

18. Se debería fomentar la participación en la formación del personal que ocupa **cargos directivos o administrativos** de responsabilidad. No obstante, no se debería desincentivar la participación del personal que ocupa otros cargos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que cuanto más participativo es el curso, mayor similitud de habilidades son necesarias para lograr el máximo aprovechamiento de los participantes.

## G) Estructura académica

19. Para garantizar la calidad de la enseñanza, además de lo anotado en los puntos 15-17, se debería **reforzar la estructura académica**, mediante un mayor apoyo y comunicación entre coordinación y docentes y entre docentes, contribuyendo al intercambio y formación de los docentes y favoreciendo la apertura de líneas de investigación relevantes, que puedan generar conocimientos en las áreas de acción del postgrado.
20. En el caso del GASS que era un curso impartido a través de tutores, y que no existe un cuerpo docente constituido, habría sido aconsejable **fortalecer el apoyo académico** a estos y también a los participantes mediante un mayor contacto y apoyo de la coordinación y mayor acceso a centros de documentación, físicos o virtuales.

## H) Aplicación práctica

21. Para evitar la realización de trabajos que no correspondan al interés del participante sería aconsejable una asesoría temprana y cuidadosa por parte de los docentes en la **elección de temas** para el desarrollo de trabajos y proyecto fin de curso o tesis de grado y dar preferencia a trabajos individuales frente a los grupales. Así mismo, se debería fomentar que las instituciones sugiriesen temas de interés.
22. El inicio temprano de la preparación de los **proyectos fin de curso o tesis de grado**, para permitir su desarrollo a medida que se introducen nuevos conocimientos, junto con un estrecho seguimiento por parte de los asesores y una fecha de entrega estricta, contribuirían a lograr un mayor porcentaje de graduación. Adicionalmente, se podrían orientar los trabajos de los módulos hacia el desarrollo progresivo de los proyectos.

23. Para mejorar la aplicación práctica de los proyectos, que respondan al interés de los participantes y no sean un mero requisito académico, se sugiere una **mayor flexibilidad en el formato**. Así un proyecto fin de curso podría ser la presentación de una serie de casos, la revisión bibliográfica de un tema, la definición, desarrollo y aplicación de herramientas, o formulación de proyectos y consultoría.

### 8.3 Conclusions

From the comparative analysis of the courses of specialisation in health services management it can be concluded:

#### A) Structure

1. Taking into account current conditions of provision, or better said absence of grants, the **part-time** modality of the courses seems to be appropriate.
2. **Duration** of 3 semesters and one year for the development of the end of the course project or thesis seems to be the minimal adequate time for the courses when considering their present objectives and contents. A reduction in the length of the courses should only be implemented after a careful review of their objectives and a clear redefinition of the knowledge and skills, or profile, that the graduate should develop. This will allow the adaptation of contents to the new objectives for the available time. In addition, and more urgently in the case of GASS, it would be necessary to **redistribute the time** among the modules according to their relative relevance.
3. It seems advisable to offer **further training** to graduates once the courses are finished, in order to keep them up-to-date on changing aspects of the health system, particularly with respect to Law 100, its norms and decrees. This education strategy could also contribute to the training of personnel that are not in a position to participate in formal training, in addition to maintaining graduates contact and up-dating.
4. An **off site course** should locate its meetings away from the participant work centres, reinforce activities relating to the university and provide off site documentation centres or guarantee the access to existing physical or virtual documentation centres.

#### B) Contents

5. The contents of the courses should be complemented with a more extensive and in-depth introduction to contents, norms and decrees relating to **Law 100** and the General System of Social Security in Health. In addition, due to the fact that the Social Security System is not the only one existing in Colombia, an analysis of the whole health system and other laws that regulate its performance (Laws 10, 60, 100) should be introduced. Health professionals should understand the health system and develop the necessary tools to manage different levels of the health system. The health system, including the Social Security System in Health, its objectives and management should be the focus of

the courses. Financial management, Human resources management and contracting are essential contents to these courses.

6. If the objective is to train professionals that contribute to shape health services according to equity principles and the international trends of change, **gender perspective** should permeate all contents of the courses. This approach should be a mainstreamed content in all modules, together with the principles of the health system: solidarity, efficiency and equity.
7. **Public health** contents are intrinsically linked to the achievement of the ultimate goal of the health system and therefore, should be maintained and reinforced in the courses.
8. In order to improve the perception of course **contents coherence**, all courses should elaborate an introductory theoretical framework to present the course as a unit in which several areas are developed. Additionally, the creation of a formal meeting mechanism, such a board of studies, in which all lecturers and convenor take part, could contribute to improve the course coherence.
9. In order to improve the adaptation of course contents to the need of the health services, consultation mechanisms should be introduced or existing mechanisms be improved to provide universities with information on the needs of the institutions.
10. The **practical component** relating to development of tools, practical application of course contents and practices at institutional level should be reinforced.

### C) Materials

11. **Module guides** including all essential information (objectives, contents, timetable, brief theoretical framework, methods, assessment and essential and complementary literature lists) are adequate materials for these courses. Taking into account that participants have only limited time to dedicate to the course, the guides should be accompanied by a copy of the essential bibliography (or literature that participants should read during the course). It is important to guarantee access to physical or virtual documentation centres.
12. **GASS modules** as support material for a self-learning process should be modified in order to incorporate practical exercises, essential contents and be adapted to the changing needs of the participants

## D) Teaching and assessment methods

13. A **combination of teaching methods** should be maintained, avoiding lecturing for more than 45 minutes at any one time. Work groups should not be made up of more than 3 participants.
14. **Assessment mechanisms** should be simplified and adapted to the learning objectives of each module, and preference be given to individual rather than group assessment. Additionally, the introduction of negotiation with the students of proposed assessment mechanisms would be helpful. An alternative to group assessment could be the group work with individual development of essays in order to avoid "free riders". Taking into account the existence of several assessment mechanisms, pre-tests should be kept only as informative tests for the lecturer and always giving the participants an explanation of its purpose and discussing the results.

## E) Lecturers

15. Priority should be given to **appointing lecturers full or part-time**. If this option is not available, in order to guarantee the quality of the course and coherence of the contents, meeting mechanisms for lecturers and convenor should be reinforced. Further training of teachers in areas relevant to their teaching should be facilitated with independence of the type of contract and mechanisms introduced to improve teaching methods of lecturers appointed by hour.
16. **GASS** should reinforce tutors and co-ordination meetings, holding them more frequently during module implementation. If time is not available, written materials should be distributed well in advance in order to give tutors an opportunity to design their individual strategies before the meeting and in this way, be able to share additional methods and materials. Meeting mechanisms among regions should be established.
17. Results of the **assessment of lecturer performance** should be closely monitored and carefully analysed in order to ensure that necessary measures are taken.

## F) Participants

18. Participation in the training of **health managers** with a certain degree of autonomy should be promoted. However, participation of health personnel in other positions within the health system, should not be discouraged. Attention should be paid to the fact that the more participatory courses are, the more similar skills need to be in place in order to obtaining a maximal benefit for the participants.

## G) Academic structure

19. In order to guarantee teaching quality, **the academic structure should be reinforced**. In addition to measures mentioned under points 15-17, support and communication between co-ordination and lectures and among lecturers should increase, facilitating in this way the exchange and further training of lecturers and stimulating the development of research in areas relevant to the course.
20. In the case of GASS, a course taught by tutors and without an established teaching body, the academic **support** provided to tutors and students should be increased by means of greater contact to and support from the central academic co-ordination and greater access to physical or virtual documentation centres.

## H) Practical application of the contents

21. In order to avoid essays that are not relevant to students, early and careful tutorial support should be provided to students in the **choice of subjects** for the development of essays and end-of-the-year projects or thesis. Preference should be given to individual rather than group assignments. Additionally, participation of the health institutions in suggesting issues of interest should be promoted.
22. In the case of early start in the preparation of the **end-of-year project or thesis** in order to allow its development alongside with the introduction of new knowledge, together with a close monitoring and a strict submission deadline would contribute to a higher graduation rate. In addition module assignment could be oriented towards the progressive development of the projects.
23. In order to improve the practical application of the projects and that they respond to student interests and not to a mere academic requirement a more **flexible format** is suggested. A series of cases, a literature review, development and application of tools, or project or consultancy formulation could be alternatives for the end of the year project.

## **ANEXOS**

## **A) TÉRMINOS DE REFERENCIA**

**GA 820- 082- 99ex**

### **Capacitación de Gerentes de Salud de Nivel Local en Colombia Análisis de diferentes abordajes de capacitación**

#### **1. Introducción**

El Centro de Promoción de Salud Pública de la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional está apoyando desde 1993 en Colombia, Ecuador y parcialmente en Perú un programa de capacitación "Programa de Enseñanza para Administradores de Salud a Nivel Local (PEAS)". Especialmente en Colombia el programa responde a una necesidad concreta dentro del marco de la reforma del sector salud: descentralización y privatización de los servicios de salud, mayor autonomía de los niveles locales, responsabilidad de los municipios para los servicios locales de salud y la introducción parcial de mecanismos de mercado en el sistema de salud. Por su relevancia el programa fue adoptado en 1996 por la Universidad Javeriana en Cali y desde 1998 por la Universidad de Antioquia como programa de postgrado con título de especialización en gerencia de salud. En Colombia se ofrecen actualmente numerosos programas similares, organizados por diferentes instituciones privadas y públicas.

Un análisis comparativo de una selección de dichos programas podría dar recomendaciones respecto a contenidos imprescindibles, métodos didácticos apropiados y estructura oportuna de un programa diseñado para dar respuesta a una necesidad concreta de los servicios de salud con el fin de mejorar y asegurar la calidad de los programas de capacitación.

Los resultados pueden ser utilizados por las instituciones formadoras de recursos humanos para dar respuesta a las necesidades y exigencias de la implementación de la reforma del sector salud a nivel de áreas y municipios y así contribuir al uso racional de sus limitados recursos. Así mismo los resultados pueden servir a las agencias de cooperación internacional y otros posibles financiadores de las capacitaciones como son los mismos servicios de salud criterios de selección cual de las ofertas conviene más para la institución o el servicio.

#### **2. Objetivos de la Evaluación**

Objetivo general:

Contenidos esenciales de capacitación en Gerencia de Salud a nivel periférico con respuesta a las necesidades de la implementación de la reforma del sector salud en Colombia identificados y formulados.

Objetivos específicos:

- Contenidos teórico-prácticos de la capacitación y métodos didácticos de diferentes ofertas de cursos de postgrado en gerencia de salud analizados y revisados detenidamente respecto a su relevancia para necesidades de capacitación de los grupos meta (gerentes de servicios periféricos)
- Contenidos teórico-prácticos esenciales de la capacitación y los métodos didácticos apropiados y enfocados hacia los participantes identificados.
- materiales de enseñanza existentes valorizados respecto a la relevancia de los contenidos, la forma didáctica de su presentación, y la facilidad de su utilización por los docentes y recomendaciones para su mejoramiento elaboradas.

### 3. Contenidos de la evaluación

Descripción de los diferentes programas de capacitación existentes en Colombia, justificación de la selección de programas para el análisis.

Este estudio trata de comparar diferentes programas de postgrado en administración/gerencia de salud en lo que respecta a las siguientes áreas generales:

- a) los objetivos, contenidos, métodos didácticos, materiales y estructuras de los programas (teórico-práctico y características de los trabajos de campo) tomando en cuenta las necesidades, la relevancia de los enfoques educativos conceptuales, las formas y contenidos de los materiales utilizados.
- b) el análisis de las posibilidades/obstáculos de implementación de lo aprendido y el posible impacto percibido de la capacitación en el trabajo de los servicios de salud (organización del trabajo, participación de los trabajadores en la planificación, abordajes de involucrar a la comunidad y grupos poblacionales desventajados, implementación de los planes de acción en niveles superiores al igual que en niveles inferiores, sistema de información, indicadores de los servicios de salud y donde sea posible del estado de salud de la población).
- c) valoración de los diferentes programas y determinación o desarrollo de criterios para contenidos esenciales, métodos didácticos apropiados e indicadores de calidad de los materiales de capacitación.

### 3.1. Contexto

En Colombia se están ofreciendo actualmente alrededor de 20 programas de postgrado con contenido relacionado con administración o gerencia de salud pública. En esta evaluación se analizarán de 4 a 5 programas seleccionadas entre Cali (Universidad Javeriana, sede Cali), Bogotá (Universidad Javeriana), Medellín, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga y Manizales por ser los programas de mayor renombre en Colombia.

Adicionalmente las evaluadoras podrán seleccionar otros programas relevantes si lo consideren necesario.

Como criterios de selección se consideran los siguientes:

- son de fácil acceso y existen contactos previos con las universidades
- ejecutan programas similares al programa de referencia durante 1996/97 (GASS), ej. que pretendían dar respuesta a las necesidades de capacitación dentro de la reforma
- la selección considera las diferentes regiones del país
- que tienen trayectoria de salud pública en el país

Para la selección de los egresados a entrevistar se determinan entre otros los siguientes criterios: que sean 5–7 egresados en cada programa, presentando un balance entre hombres y mujeres, diferentes perfiles profesionales y trabajando en diferentes instituciones.

En lo particular el estudio responde a las siguientes preguntas específicas:

### 3.2. Estructura

¿Cómo se desarrolló el curriculum del programa (análisis de necesidades, cómo se hizo este análisis, quienes participaron en el análisis, flujo lógico del programa)?

¿Cuál es la relación entre Universidad y Servicio de Salud (Secretarías) en lo que se refiere al análisis de las necesidades, relevancia de los contenidos del programa, integración del programa en los servicios?

¿A quien se dirige el programa (grupo meta), hubo acuerdo con los servicios de salud sobre los criterios de selección de candidatos/as (cómo se hizo este acuerdo)?

¿Cuáles son los objetivos del programa? ¿Cuáles son los contenidos y cómo responden a los objetivos?

¿Cómo se relacionan los objetivos y contenidos del programa con las políticas internas de la reforma del sector salud? ¿Cómo responde el

programa en su filosofía a los objetivos de equidad, solidaridad de la reforma y frente a aspectos de género?

¿Cómo se seleccionó el personal docente? ¿Cuál es la formación y experiencia profesional de este personal docente? ¿Hasta donde responde a las necesidades y exigencias de los objetivos y contenidos del programa?

¿Cómo es la estructura del programa (porcentaje teoría/práctica, organización del programa, relación docente/ estudiante, distribución de tiempo para trabajo individual, grupal, lectura, clases)?

¿Qué materiales de enseñanza se utilizaron, cómo fueron desarrollados, hasta donde responden a los objetivos y contenidos del programa? ¿Cuál es el costo de estos materiales, quién los financia?

¿Cómo se financia el curso?, ¿Cuál es el costo de la matrícula?

**3.3. Proceso** (se refiere únicamente a los programas seleccionados de los años 1996/7)

¿Qué métodos de enseñanza se aplican y cómo se relacionan con los contenidos transmitidos? ¿Cómo se adapta el programa a necesidades de capacitación del personal de salud respecto a los cambios del sistema? ¿Cuál es el proceso de evaluación continua de la relevancia del programa?

¿Cómo es el perfil de los egresados? ¿Cuál es el proceso de selección (criterios)? ¿Hubo cambio en el volumen de admisión en los dos años de referencia (1996/97)? ¿Cuál es la relación hombre/mujer en el programa? ¿Hasta donde esta relación es una representación de la distribución real entre los profesionales de salud? ¿Cuál es el porcentaje de deserción (relación hombre/ mujer) y cuáles son las causas? ¿Cuál es el porcentaje de no graduados (relación hombre/mujer) y cuáles son las causas?

¿Cuál es la relación entre docentes y estudiantes? ¿Cuál es el grado de cooperación entre ellos y cómo se desarrolla?

¿Qué es lo que expresan los participantes respecto al ambiente de aprendizaje? ¿Cómo se desarrolla el proceso de enseñanza/ aprendizaje?

¿Cuál es el rol de los materiales de enseñanza en el proceso de aprendizaje? ¿Qué expresan los estudiantes respecto a la utilidad de los materiales de enseñanza en el proceso de aprendizaje y cómo material de referencia? ¿Qué recomiendan los estudiantes acerca de la presentación didáctica de los materiales?

¿Cómo se establece el control del aprendizaje? ¿Quiénes implementan los exámenes y cómo se desarrollan ellos? ¿Cuál es la opinión de los estudiantes acerca de los procesos de control de aprendizaje?

### 3.4. Resultados/ Impacto

¿Cuál es la función y el desempeño profesional de los graduados en comparación con la situación antes del postgrado?

¿Qué temas fueron tratados en los trabajos de grado (cómo se integraron aspectos de género en los temas de grado) y cómo se utilizan los resultados en los servicios?

¿Cuál es la opinión de los graduados acerca de la utilización de lo aprendido en el mejoramiento de los servicios? ¿Cómo ellos han utilizado o están utilizando lo aprendido en su trabajo diario?

¿Hasta qué nivel la capacitación ha trascendido (individual, institucional, sectorial)?

¿Cuál es la opinión de las evaluadoras respecto a la sostenibilidad del programa de capacitación (institucionalización, reconocimiento por parte de los servicios, financiamiento de la participación (becas), potencialidad de la implementación de lo aprendido en los servicios, valor de los programas en relación a las políticas de la reforma)? ¿Ha habido algunos resultados inesperados? ¿Cuáles fueron estos resultados y cuál es su valoración?

## 4. Propuesta metodológica

Estudio de documentos

Entrevistas con los docentes, estudiantes y representantes de los servicios de salud y colegas de los graduados, eventualmente con pacientes de los centros de salud respectivos (donde las evaluadoras lo estimen conveniente el análisis se hace considerando aspectos de género).

Presentación de resultados preliminares a las autoridades y expertos en la materia y en salud pública en Colombia (organización: FUNDAPS) (este evento dependerá de la existencia de fondos financieros necesarios para su ejecución).

## 5. Cronograma (tentativo, que debe adaptarse a la marcha del proceso)

Preparación y discusión de los términos de referencia	Abril 1999
Taller de Sensibilización	Mayo/ Junio 1999
Estudio de documentos y contacto con las universidades	Mayo-Agosto 1999
Entrevistas (incluso viajes)	Agosto 1999

(Presentación de resultados preliminares (facultativo)	Oct. 1999
Elaboración del informe final	Sep./Oct. 1999
Entrega del borrador del informe final	31 de Oct. 1999
Entrega del Informe final	30 de Nov. 1999

## **6. Forma del informe**

Se debe entregar el informe final a más tardar el 30. de Noviembre en 5 ejemplares anillados y un disquete además de transparencias que presenten los resultados importantes de la evaluación.

## **7. Perfil de experto/a**

Se está buscando a un/a experto/a con:

- a) experiencia sustancial en el campo educativo en conceptualizar, planificar, organizar, implementar y evaluar programas de capacitación (educación)
- b) con experiencia conceptual y práctica en lo que respecta el proceso de la reforma del sector salud en Colombia y las necesidades de capacitación para el personal de salud (administración de salud/ salud pública)
- c) conocer Colombia y la organización de los servicios públicos (experiencia profesional sobre o en Colombia)
- d) experiencia en consultorías (con agencias internacionales)

## **Honorarios**

De acuerdo a los lineamientos de la DSE y las recomendaciones de la Embajada Alemana en Bogotá.

## **B) ENTREVISTAS A EGRESADOS**

Nombre,  
formación/especialidad,  
cargo

RESPONSABILIDADES/FUNCIONES

OPINIÓN SOBRE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA

- Relación entre los contenidos y objetivos
- Relación con las necesidades de los alumnos, servicios de salud
- Relación entre los contenidos de las distintas materias/módulos

OPINIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE ENSEÑANZA

- Relevancia, adecuación

INTERACCIÓN PROFESORES Y ALUMNOS

- Grados y formas de cooperación

OPINIÓN SOBRE LOS MATERIALES DE ENSEÑANZA

- Papel de los materiales en el proceso de aprendizaje
- Relevancia, presentación
- Relación con los contenidos
- Fuente de consecución

AMBIENTE DE APRENDIZAJE

OPINIÓN SOBRE LAS FORMAS DE EVALUACIÓN

APOYO LOGÍSTICO

- secretariado,
- fotocopias, otros materiales didácticos, etc.

CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO Y FUNCIÓN (antes y después)

PROYECTO (TESIS)

- tema y utilización de los resultados en el trabajo
- aspectos de género

UTILIDAD DEL CURSO

- utilización de lo aprendido en su trabajo

TRASCENDENCIA

- Niveles hasta los que ha trascendido la capacitación (individual, sectorial, institucional)

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PROGRAMA

SUGERENCIAS DE CAMBIO

## **C) ENTREVISTAS A ENCARGADOS DE CURSO**

Nombre, formación/especialidad, tiempo con el programa, tipo de vinculación

RESPONSABILIDADES/FUNCIONES

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA

- ¿Cómo fueron definidos?  
Identificación de las necesidades de los alumnos, servicios de salud (formas de análisis)
- Relación entre los contenidos de las distintas materias/módulos (lógica y refuerzo)
- Relación con los objetivos
- Relación con los objetivos de equidad, solidaridad de la reforma y enfoque de género
- ¿Existe una forma de evaluación/adecuación a las necesidades cambiantes?

INTERACCIÓN DE LOS DOCENTES (con relación al curso)

- claustro de profesores, colaboración, toma de decisiones, etc.

MÉTODOS DE ENSEÑANZA

- tipos y relación con los contenidos

INTERACCIÓN PROFESORES Y ALUMNOS

- Grados y formas de cooperación

MATERIALES DE ENSEÑANZA

- Tipos y formas de desarrollo
- Utilización
- Relación con los contenidos
- Fuente de consecución, costos

FORMAS DE EVALUACIÓN

- Modalidades y responsables

APOYO LOGÍSTICO A PROFESORES Y ALUMNOS

- secretariado, fotocopias, otros materiales didácticos, etc.

PERFIL DE ALUMNOS

- definición del grupo meta
- criterios y proceso de selección (tipo de profesionales; razón hombre/mujer)
- cambios en volumen de alumnos
- % de deserción y no egresados según sexo y causas

- representación de los distintos profesionales, según sexo

#### PERSONAL DOCENTE

- Selección: formación, experiencia en relación al programa
- Educación continua: Asistencia a cursos, talleres, etc.

#### ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

- Relación teoría/práctica; trabajo individual/grupal; relación entre los contenidos; profesor/alumno; métodos)

#### COSTO

- Costo del curso y matrícula
- Fuentes de financiación (becas)

#### FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PROGRAMA

#### SUGERENCIAS DE CAMBIO

## **D) ENTREVISTAS A PROFESORES**

Nombre,  
formación/especialidad,  
puesto y tiempo con el programa  
tipo de vinculación

### **RESPONSABILIDADES/FUNCIONES**

### **CONTENIDOS DE MATERIA/MÓDULO**

- ¿Cómo fueron definidos?  
Identificación de las necesidades de los alumnos, servicios de salud  
Relación entre los contenidos de las distintas materias/módulos
- ¿Existe una forma de evaluación/adecuación a las necesidades cambiantes?

### **INTERACCIÓN DE LOS DOCENTES (con relación al curso)**

- claustro de profesores
- toma de decisiones, etc.

### **MÉTODOS DE ENSEÑANZA**

- tipos y relación con los contenidos

### **INTERACCIÓN PROFESORES Y ALUMNOS**

- Grados y formas de cooperación

### **MATERIALES DE ENSEÑANZA**

- Tipos y utilización
- Relación con los contenidos
- Fuente de consecución

### **FORMAS DE EVALUACIÓN**

- Modalidades
- Responsables

### **APOYO LOGÍSTICO**

- secretariado,
- fotocopias, otros materiales didácticos, etc.

### **EDUCACIÓN CONTINUA DEL PROFESORADO**

- Asistencia a cursos, talleres, etc.

### **PERFIL DE LOS ESTUDIANTES**

- tipo de profesionales
- relación hombre/mujer

DESERCIÓN  
SELECCIÓN DEL PERSONAL DOCENTE  
FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PROGRAMA  
SUGERENCIAS DE CAMBIO