



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN PEDAGOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

“ESTUDIO COMPARATIVO DE UN DIPLOMADO DE
FORMACIÓN GERENCIAL POR COMPETENCIAS HOLÍSTICAS
VS DIPLOMADO DE FORMACIÓN GERENCIAL TRADICIONAL”

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO
DE MAESTRO EN PEDAGOGÍA
P R E S E N T A
RAÚL LÓPEZ LEDESMA

TUTOR PRINCIPAL
DRA. ROSA MARÍA SORIANO RAMÍREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

COMITÉ TUTORAL
DR. JOSÉ PAULO MEJORADA MOTA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN
DRA. TERESA BARRÓN TIRADO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN
DRA. LEONOR ELOINA PASTRANA FLORES
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN
DR. JOSÉ LUIS ORTIZ VILLASEÑOR
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

MÉXICO D.F. ENERO DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE DE CONTENIDO

	Pag.
Introducción	3
CAPITULO 1	
Evolución educativa en el IMSS	
1.1: Antecedentes y marco contextual del desarrollo del IMSS	6
1.2: Desarrollo educativo en el IMSS	21
1.3: Desarrollo de paradigmas educativos en la Formación Gerencial del IMSS	30
CAPITULO 2	
Modelos educativos en el IMSS	
2.1: Prototipo de educación tradicional y basada en la tecnología. Educativa.	31
2.2: Vinculación entre formación y prácticas cotidianas	43
2.3: Modelo de competencias: cambio de paradigma educativo	48
CAPITULO 3	
Estudio comparativo de un diplomado de formación gerencial por competencias holísticas vs diplomado de formación gerencial tradicional	
3.1: Inicio de la competitividad del IMSS con el sector privado de Salud y Tratado de Libre Comercio.	76
3.2: Creación de estudios basados en competencias: Diplomado en formación gerencial	86
3.3: Análisis comparativo de la formación gerencial en el IMSS: Costo- efectividad	96
Bibliografía	106

Introducción

El proceso de enseñanza aprendizaje, como cualquier proceso social, no es estático y se ve influido por el contexto, la economía, los Discursos de la ideología dominante, así como los aspectos éticos y filosóficos.

Educación y pedagogía son diferentes, pero hablan de una misma realidad. La educación se refiere a la práctica, mientras que pedagogía habla de teoría; es la teoría de la educación.

Considerada primero como “el arte de enseñar” la Pedagogía se la tiene en la actualidad como una ciencia particular, social, o del hombre, que tiene por objeto el descubrimiento, apropiación cognoscitiva y aplicación adecuada y correcta de las leyes y regularidades que rigen y condicionan los procesos de aprendizaje, conocimiento, educación y capacitación. Se ocupa, en su esencia, del ordenamiento en el tiempo y en el espacio de las acciones, imprescindibles y necesarias que han de realizarse para que tales procesos resulten a la postre eficientes y eficaces, tanto para el educando como para el educador

Dentro de la Pedagogía hay conocimientos científicos (formalmente correctos, verdaderos, y universales, predicativos, estructurados, agrupados en leyes y teorías y postulados y axiomas), y otros no científicos o especulativos. Los no científicos forman teorías; por eso la Pedagogía es la teoría y la ciencia de la educación. Sean científicos o no, los conocimientos en Pedagogía están estructurados.

Para algunos autores la Pedagogía es una ciencia empírico natural humana, Es un conocimiento aplicado. Es una ciencia independiente que trata de la educación.

La educación ha sido motivo de reflexión en muchos sentidos y desde diferentes perspectivas, surgiendo a través del tiempo numerosas definiciones, entre ellas las que a continuación se anotan:

Platón: es dar al cuerpo y al alma toda la belleza y perfección de la que somos capaces.

Pío XI: educar es cooperar con la gracia divina para formar los verdaderos y perfectos cristianos.

Herbart: es el arte de construir y dar formas necesarias.

Durkheim: es la acción de una generación sobre otra.

Las definiciones o conceptos de educación son importantes ya que constituyen un referente paradigmático, como en el caso de Durkheim y Freire, dos paradigmas disímiles entre sí y que sin embargo marcaron el proceso educativo, cada uno a su tiempo y con sus características propias como a continuación se refiere.

Emile Durkheim, sostenía que la educación es un hecho social, exterior al hombre como individuo y de carácter coactivo

La función de la educación para este pensador consiste en adaptar al niño y la niña al ámbito social. Para eso deben reunirse dos condiciones, *la pasividad*

en el educando y la *ascendencia* del educador.

Como consecuencia de las referidas condiciones, el educador debe transmitir al educando, más que contenidos, el mantenimiento de pautas y valores, así como la asignación de roles, teniendo en cuenta que la educación tiene una orientación única, en la medida que debe convertirse en un instrumento que transfiere las ideas morales que transmiten a la sociedad.

El educando debe recibir estas orientaciones con pasividad. Su conciencia no encierra todavía más que un reducido número de representaciones capaces de luchar contra las que le son sugeridas; su voluntad es aún rudimentaria y por tanto, resulta fácilmente cuestionable.

La educación debe ser esencialmente ente de autoridad. Para ello hace falta que el educador hable con tono de mando, con autoridad. Debe dar a entender que la negativa a obedecer no es ni siquiera concebible, que el acto debe ser cumplido, que la cosa debe ser considerada tal como él la muestra, que no puede suceder de otra manera.

Según Paulo Freire la educación es darle al educando conciencia para asumir su rol; la educación se manifiesta en la liberación de la opresión. Además, es una forma de percibir su realidad social, y al hacerlo el sujeto está haciendo historia; es protagonista de su historia. Es por lo tanto un proceso dinámico, de acción de parte de los sujetos, un producto de la praxis, no es sólo reflexión sino una actividad orientada a transformar a través de la acción humana.

En la pedagogía liberadora el educador no es el que transmite la realidad, sino que es el educando el que la descubre por sí mismo. El conocer, no es sólo una producción de conocimientos nuevos, sino que es también apropiarse de los conocimientos ya obtenidos, someterlos a una autocrítica para producir nuevos conocimientos.¹

Por otra parte el currículo tiene un lugar esencial en el proceso educativo, ya que en él se especifican los lineamientos normativos y académicos que estructuran la formación profesional, por lo anterior los sistemas escolarizados diseñan los currículos tomando en cuenta los factores y recursos intra y extrainstitucionales. Sin embargo hay una débil relación entre las necesidades sociales de formación para la vida y el trabajo e instituciones educativas, lo que se expresa en problemas educativos severos (resago en la formación, deficiente calidad del proceso educativo, entre otros), y tal vez el más importante de los resultados de la educación que se ve muy dañado es el desempeño de los egresados cuando se enfrentan a la realidad laboral.

Existen 2 tipos de currículo, ya descritos por varios autores:

El oculto, el cual no figura en los planes de estudio y que se conforma por un conjunto de actitudes y normas que se transmiten a través de los modelos de identificación paralelo al aprendizaje formal y muy relacionado con la ideología dominante.

¹ González TL, Sánchez A. Tendencias pedagógicas contemporáneas.
<http://www.monografias.com/trabajos6/tenpe/tenpe3.shtml>

El planificado o explícito, es como las instituciones educativas organizan el conocimiento y los aprendizajes propuestos y de alguna manera expresa las funciones de conservación y transformación que cumple la educación.

Pero debido a que cada alumno es una individualidad y su forma de aprendizaje es única se genera el currículo adquirido, que es el producto de las experiencias del sujeto en el proceso educativo y que se puede evaluar por el desempeño a través de la observación u otros mecanismos.

Solo hasta la última década del siglo pasado se empezó a estudiar los efectos tanto laborales (desempeño) y económicos que implicada educar y por lo tanto los costos que generaba la educación y sus resultados poco favorables para el desarrollo del país. Esta investigación espera que sirva como herramienta para tomar mejores decisiones en este proceso y se analice el costo-efectividad y costo beneficio del proceso educativo. En nuestro país no hay estudios sobre la economía de la educación, es por esto que considero importante realizar este estudio en el área de la salud que es un escenario en donde se forman recursos humanos a gran escala y que no se ha investigado sus repercusiones económicas y laborales.

IMSS

CAPITULO 1

1.1: Antecedentes y marco contextual del desarrollo del IMSS

El Seguro Social es una institución nacida del pensamiento revolucionario que se expresó en las sesiones del Congreso Constituyente de 1916, como consecuencia de los debates suscitados por los proyectos relativos a la legislación del trabajo. Los constituyentes descubrieron las limitaciones de las garantías individuales, incapaces de proteger la dignidad de los trabajadores en la segunda mitad del siglo XIX. Recordemos las condiciones laborales inhumanas de los campesinos en las grandes haciendas, en donde prácticamente eran esclavos de los hacendados²

El primero en comprender estas limitaciones que tenían las leyes del trabajo y de las sociedades mutualistas para proteger plenamente a los trabajadores y a sus familias, fue el presidente Álvaro Obregón, quien también entendió la actuación del Estado en la época contemporánea, ya que consideraba que debería ser el principal gestor de la justicia social, siendo este uno de los antecedentes históricos del nacimiento del Estado benefactor en un gobierno post revolucionario, por primera vez se hicieron acciones que se plasmaron en la constitución de 1917 en donde se plasmó la responsabilidad del estado sobre los beneficios sociales, tales como educación, trabajo, atención a la salud, etc.

Con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el año de 1917, se establecieron los principios de la seguridad social. La fracción XXIX del Artículo 123 indicaba: “Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, accidentes y de otros con fines análogos. Por lo tanto el gobierno federal, como el de cada estado deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión popular” (Constitución de 1917).

A pesar de los buenos deseos de los gobiernos revolucionarios, no fue posible implementar el régimen de la seguridad social en México, sino hasta el año de 1929 bajo el régimen de Emilio Portes Gil, cuando se reformó la Constitución en el sentido de otorgar a la Federación el derecho a legislar en materia de trabajo, y concederle la facultad de crear el régimen obligatorio del Seguro Social. Los legisladores federales dieron atención preferente a la ley Federal del Trabajo, que se promulgó en el año de 1931, y se dejó para el futuro los estudios relativos a la Ley del Seguro Social.

En la década de los treinta, con el presidente Lázaro Cárdenas, se establecieron los aspectos básicos para la expedición de la Ley del Seguro Social en virtud de que llevó a cabo cambios fundamentales en la vida de la Nación, primordialmente en la industria, la agricultura, y los ferrocarriles, así como en la industria petrolera, estableciendo los lineamientos para crear y organizar las grandes centrales obreras y campesinas.

² Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social, Los primeros años. 1943-44. 1958

En esta etapa de gobierno se pudo percibir el inicio de la época industrializadora del país, bajo un modelo de Estado benefactor con tendencias socialistas.

El presidente Manuel Ávila Camacho, nombró una comisión técnica redactora en 1941, para estructurar el anteproyecto de la Ley del Seguro Social, que fué entregada 13 meses después, dirigida por el Sr. Ignacio García Téllez. El proyecto de Ley del Seguro Social se aceptó por el Congreso de la Unión el 23 de diciembre de 1942 y su promulgación fue el 19 de enero de 1943.³

La base fundamental de la estructuración legal del IMSS se describe en los siguientes artículos de su constitución:

el artículo 2do que la Ley del Seguro Social establece: “la Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”

Artículo cuarto: “El Seguro Social es el instrumento básico de la Seguridad Social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos”

Artículo 5to: “La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonios propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social”

Por lo tanto, las atribuciones del Seguro Social que le fueron conferidas de acuerdo a esta estructuración son:

Administrar los diversos ramos del Seguro Social y prestar los servicios de beneficio colectivo

Recaudar las cuotas y percibir los demás recursos del Instituto

Satisfacer las prestaciones establecidas

Invertir sus fondos

Adquirir bienes muebles e inmuebles

Realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir sus finalidades, como son contratos, convenios y resoluciones

Establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de convalecencia, vacacionales, deportivos, de bienestar familiar y de capacitación en el trabajo

Organizar sus dependencias

Registrar a los patrones y demás sujetos obligados a inscribir a los trabajadores asalariados y a los independientes

Expedir sus reglamentos internos

Por su parte la administración del Instituto se sustenta en la filosofía del tripartidismo, en donde se considera que el IMSS se integraría con la participación del Gobierno Federal, los obreros y la iniciativa privada, lo cuales aportarían cuotas predeterminadas para garantizar el financiamiento de la Seguridad Social en México, misma que obedece a la necesidad de

³ Análisis de contenido de los informes de los C. directores generales del IMSS ante la asamblea General (1944-78). Tomo 1. julio 1979: p 175-94

sobreponer al interés de los grupos el de la colectividad, por lo mismo el cuerpo de gobierno del IMSS, se conforma con base en el artículo 246 de la Ley del Seguro Social, el cual establece que los órganos superiores del Instituto son:

- I) La Asamblea General
- II) El Consejo Técnico
- III) La Comisión de Vigilancia
- IV) La Dirección General

La Asamblea General es el máximo órgano rector del instituto, esta integrada por 30 miembros, 10 de ellos representantes del ejecutivo federal, 10 de organizaciones patronales y 10 representando a las organizaciones de trabajadores, el cual determina finalmente las políticas y acciones a seguir.

El Consejo Técnico esta constituido por seis miembros, dos representantes del Estado, dos de la clase trabajadora y dos del sector privado, asume las funciones de la distribución de los recursos financieros y la creación de políticas laborales internas del IMSS.

La Comisión de Vigilancia también esta representada tripartidamente y es la encargada de supervisar que las decisiones tomadas en la Asamblea General, El Consejo Técnico y por la Dirección General sean ejecutadas, esta integrada por tres miembros, cada uno representa la constitución tripartita.

La Dirección general esta precedida por un representante del Poder Federal y se encarga de coordinar las acciones de prestaciones médicas, económicas y sociales a nivel nacional.

Durante la gestión del presidente Manuel Ávila Camacho se cristalizó uno de los altos propósitos de la Revolución Mexicana, "la expedición de la Ley del Seguro Social", cuya directriz se encaminó a proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad reproductiva y la tranquilidad de la familia obrera.

Con la expedición de la Ley del Seguro Social, se daba cumplimiento a una serie de compromisos contraídos con el exterior, a promesas gubernamentales y a un deber constitucional ineludible.

Su primer Director General fue el Lic. Vicente Santos Guajardo, cuyo periodo fue del 19 de enero de 1943 al 1- de enero de 1944. en este periodo designó a los principales funcionarios en los cuales recayó la responsabilidad de implantar los servicios de la **Seguridad social en México**, cuando existían circunstancias difíciles para serle viable el inicio de las actividades al Instituto, tal fue el caso de calcular el monto de las aportaciones que deberían proporcionar los sectores obrero, patronal y estatal, con base en la clase de riesgos, grupos de salario y deducción de las equivalencias entre las prestaciones estipuladas en los contratos colectivos de trabajo y la Ley del Seguro Social. En este año el Instituto contaba con 107 trabajadores y sus ingresos ascendieron a un millón de pesos, con un gasto de un millón ciento sesenta y cinco mil pesos.

De 1944 a 1946 asumió la dirección general del Instituto, el Lic. Ignacio García Téllez, quien con su tesón y optimismo, logró que el día 06 de enero de 1944 se hiciera del conocimiento público la aplicación y obligatoriedad definitiva del Seguro Social.

Durante la administración del Lic. Ignacio García Téllez de enero de 1944 a diciembre de 1946, coordinó la aplicación de los servicios, a vencer

situaciones muy difíciles, como la resistencia de algunos grupos de trabajadores y patrones en afiliarse al Seguro Social, tuvo que enfrentar manifestaciones y agresiones directas al Instituto. Su periodo se caracterizó por la eficaz prestación de servicios médicos, apoyados por el grupo de profesionales de la medicina que se esforzaban para que la atención fuera excelente.

Se inició la investigación para la construcción de edificios hospitalarios en centros industriales foráneos, en donde gradualmente se implementó el régimen de la seguridad social, el cual consistía en el cobro de cuotas patronales y obreras, con la finalidad de aportar capital para la pensión de retiro y para la prestación de servicios médicos. Durante este periodo se aplicó el lema “**Seguridad para todos**”, cuyo principio sería tomado como una meta alcanzable, este lema fue originado en pleno estado benefactor, sin poder llegar a cumplirse como más tarde se vería.

Por otra parte debido al artículo 135 de la Ley del Seguro Social, el Instituto adquirió el carácter de organismo fiscal autónomo para el cobro de las cuotas obrero patronal, lo cual le dio independencia económica. En el año de 1946, como resultado de una adecuada previsión actuarial, las prestaciones de los servicios de seguridad de riesgos, en principio, y posteriormente los correspondientes al ramo de las enfermedades generales y maternidad, dieron comienzo en Puebla. También en este periodo se reforzó la estructura orgánica llevándose a cabo la transformación del departamento de servicios médicos en dirección médica.

El contexto socioeconómico mostraba la evolución del capitalismo mexicano, impulsado por el presidente Manuel Ávila Camacho y promovido con mayor fuerza el sexenio de Miguel Alemán Valdés.

La imagen de la República Mexicana cambió con el crecimiento importante de la población, ya que entre 1940 y 1950 se había duplicado, lo que significaba un profundo cambio en la manera de vivir y convivir, ya que e poco a poco se abandonaron las características de provincia para convertir el D.F. en una gran metrópoli.

En el periodo de la presidencia del Lic. Miguel Alemán Valdés se encomendó a Antonio Díaz Lombardo la dirección general del IMSS, durante su gestión se inauguraron el primer hospital de zona La Raza, en donde se iniciaron las primeras residencias médicas, las cuales consistían en la formación de especialistas a nivel hospitalario (pediatras, cirujanos generales, internistas, cardiólogos, neurólogos, etc.), pero sin ninguna estructura académica.

Se promovieron las reformas a la Ley del Seguro Social en el renglón de pensiones por invalidez, vejez, viudez y orfandad. Con este principio el Instituto daba marcha a uno de sus principales retos impuestos por los gobiernos revolucionarios, el de la equidad social y el reparto de riquezas en un México que consolida su etapa de industrialización, pero que se veía amenazado por un periodo de recesión económica por la guerra fría y la reciente guerra de Corea.

En 1947 se llevaron a cabo los siguientes cambios, las direcciones de servicios médicos, administrativos y de contabilidad, desaparecieron, dando origen a tres subdirecciones:

- Subdirección médica, cuya estructura orgánica estaba conformada por:
- Comisión de organización y supervisión técnica

- Comisión de la capacitación técnica
- Departamento de servicios médicos del D.F.
- Departamento de servicios médicos foráneos
- Oficina central de educación higiénica, trabajo social y planeación de enfermedades no profesionales
- Oficina central de riesgos profesionales

La subdirección administrativa se conformó por un solo departamento y cinco oficinas:

- Departamento de personal
- Oficina de almacenes e inventarios
- Oficina de control del presupuesto
- Oficina de correspondencia y archivos administrativos
- Oficina de transportes
- Oficina de conservación y adaptación de edificios

La Subdirección Técnica se estructuró con tres departamentos y dos oficinas:

- Departamento Actuarial
- Departamento de Afiliación
- Departamento de Contabilidad
- Oficina de Máquinas
- Oficina de Estadística

En el periodo de 1947 a 52 el IMSS alcanzó un total de 1.1 millones de derechohabientes y menos de 5 mil pensionados, sus recursos humanos alcanzaron 11, 000 trabajadores y sus ingresos fueron superiores a sus egresos.

Entre 1952 y 1958, periodo en que el presidente Adolfo Ruiz Cortines, quien como consecuencia de los problemas en la balanza de pagos motivados por la recesión de carácter mundial que ocasionara la terminación de la guerra de Corea, se vio en la necesidad de devaluar el peso.

Por esas fechas, la ciudad de México contaba con casi 4 millones de habitantes y la mancha urbana prosiguió su extensión hacia los límites del Edo. de Méx.; y a los municipios de Naucalpan, Ecatepec y Tlalnepantla, registrando una importante expansión industrial.

En diciembre de 1952 el Lic. Antonio Ortiz Mena asume el cargo de director general, y durante su gestión logró alcanzar un equilibrio financiero muy sustancial para la Institución, se trabajó en un plan de inversiones que hizo poner en marcha grandes unidades hospitalarias y construir unidades habitacionales para los trabajadores, entre las que destacan la Unidad habitacional Santa Fé.

La seguridad social extendió sus beneficios a 29 estados de la república hasta cubrir 2.5 millones de personas amparadas, así mismo, dio inicio el otorgamiento de los servicios a las zonas campesinas.

Se integro por primera vez el sistema de servicio del médico familiar y se dio concesión de los servicios a través de las unidades médicas del Seguro Social. También durante esta administración se implantó la carrera médica de hospitalización (residencias médicas con una base académica estructurada y avalada por la UNAM) y se crearon las casas y los clubes de la asegurada, en el Distrito Federal, Querétaro, Puebla, etc... Con lo anterior el Instituto

marcaba un importante logro, no sólo al hacerse cargo de la atención médica en general, sino invertía en prestaciones sociales.⁴

Durante la época de la dirección de Benito Coquet, el país presentaba un panorama de crisis ya que de 1960 a 1961 hubo una disminución en el ritmo de inversión del sector privado y a una fuga de capitales, se presentó una recesión económica en México, la causa de esto se atribuyó a las diferencias que se dieron entre el régimen y algunos círculos empresariales, el crecimiento de la deuda externa originada en el sexenio del presidente Adolfo Ruiz Cortines se acentuó un poco más, aunado a la mancha urbana de la ciudad de México que se había ampliado en forma descomunal con un crecimiento anárquico, siendo un ejemplo notable “ciudad Neztahualcóyotl”. Se calculaba entonces 5 millones de habitantes en el D.F. y 6.5 en la zona metropolitana. Hasta este momento tal crecimiento no tenía una repercusión negativa en la prestación de servicios dentro de la Seguridad Social, ya que la aportación de cuotas obrero patronales aunado al aporte del estado era superior a los egresos del IMSS.

Durante la gestión del Lic. Benito Coquet se distinguió por hacer extensivos los servicios a la clase campesina, en especial al sector cañero. En este tiempo pone en funcionamiento el Centro Médico Nacional con hospitales como el General, Pediatría, Traumatología y Convalecencia.

Por otra parte, inauguró el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIES) de donde surgieron las primeras investigaciones sobre la Seguridad Social, tipos de atención médica, inversiones en Salud, perfiles epidemiológicos, etc., los centros de seguridad social para el bienestar familiar y el centro vacacional Oaxtepec.

En Instituto modificó sus políticas, sus procedimientos y sus metas, toda vez que precisamente el proceso de desarrollo establecido por el Lic. Adolfo López Mateos fijaba sus objetivos en el crecimiento o expansión, desarrollo y evolución económica nacional.

En este periodo, los ingresos básicos de la institución crecieron al aumentar la población asegurada, en paralelo, los egresos anualmente e incrementaron en porcentajes superiores.

En la gestión de 1964 a 1966 bajo la dirección del economista Sealtiel Alatríste Ábrego, el Seguro Social observó un bajo crecimiento, motivado por ajustes políticos, se argumentaba un gran desequilibrio financiero. Por tal motivo, se estudiaron unas alternativas para ajustar los programas de acción médica y social, entre los que destacaban el de rentar el centro vacacional Oaxtepec a una empresa privada, el de extinguir paulatinamente las prestaciones sociales y el de definir estrictamente las prestaciones médicas y en dinero, situaciones que finalmente no se llevaron a cabo.

En la época que dirigió al país el Lic. Gustavo Díaz Ordaz, durante su gestión, tuvo que enfrentarse con problemas que le hizo saber la llamada clase media, recordemos que recientemente (1964) había sido suprimido el movimiento médico en la ciudad de México, el cual surge por las malas condiciones de trabajo y la falta de recursos sobre todo en las unidades médicas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el movimiento solicitaba mejores salarios, apoyo técnico y mejores condiciones de trabajo, estas manifestaciones se pudieron identificar más en relación con el orden político

⁴ Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1843-1984. México, IMSS, 1985

que con el económico, pero en 1968, el movimiento estudiantil hizo resquebrajarse las estructuras sociopolíticas del país, llegó a las calles en protesta ante una disminución de las posibilidades de la participación política y ascenso social, se inició la decadencia de los Estados Nacionales benefactores ante el gran endeudamiento público, el freno de las inversiones extranjeras y los movimientos sociales de las diferentes clases (obrero, campesino, estudiantil, etc.).

En el panorama demográfico el crecimiento de la ciudad de México, entre 1960 y 1970 es explosivo, aumentó su población de 5 a 9 millones de habitantes, mismo fenómeno demográfico se experimentó en las ciudades de Monterrey y Guadalajara, ya que rebasó el millón de habitantes.

Hasta 1968 el Instituto a través de la adecuada utilización de los recursos disponibles y de la continua expansión del régimen, brinda sus servicios en forma más eficaz y humanitaria, mantuvo su equilibrio financiero y garantizó su permanencia y desarrollo, 33 años después este panorama sería todo lo contrario.

En 1970 bajo la subdirección General Médica se crea por primera vez el departamento de investigación científica.

De 1970 a 1975 se dieron una serie de reformas a la ley del Seguro Social entre las cuales destacaron el aseguramiento de ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados comprendidos en la ley de Crédito Agrícola, así como a los trabajadores en industrias familiares y a los independientes como profesionistas, comerciantes en pequeño, artesanos y además trabajadores no asalariados.

Con relación al régimen de Seguridad Social (pago de cuotas obrero-patronales y prestaciones sociales), se amplió el ramo de guarderías para hijos de asegurados y se extendió a todos los municipios de la República.

A estas fechas en el país se daba la industrialización y el progreso urbano, pero la producción agropecuaria se relegó y el rezago de los campesinos iba en aumento; por ello, uno de los propósitos del licenciado Gálvez Betancourt fue el de incorporar masivamente a los trabajadores de las zonas de profunda marginación, y otorgar para ello los servicios de solidaridad social mediante los cuales se da asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

Al respecto los principales servicios que presta el Instituto son los relacionados a la Salud, sus niveles de atención se han dividido en tres:

Primer nivel de atención médico, constituido por Unidades de Medicina Familiar en donde se atiende el 75% de las enfermedades más frecuentes y se toman acciones para prevenirlas (inmunizaciones, cambios en los estilos de vida)

El segundo nivel está integrado por los Hospitales Generales de Zona los cuales se encargan de atender a los pacientes que requieren hospitalización, se atiende al 20% de las patologías.

El tercer nivel se conforma por los Grandes Centros Médicos Nacionales, en cargados de dar atención con alto nivel de especialización (transplantes, cirugía cardiovascular, tomografía computarizada, etc..) atiende al 5% de los pacientes afectados por cualquier patología

Para 1974 el total de derechohabientes era de 16 millones, los recursos humanos eran de 80 mil trabajadores y los ingresos se establecieron en 20 mil millones de pesos con egresos de 18 mil millones, aun había superávit en

la década de los setentas, sin embargo el ingreso de los grupos marginados, de los trabajadores independientes, de algunos tipos de estudiantes y las devaluaciones económicas en esta década dieron inicio a la crisis financiera mas importante del IMSS, ya que por primera vez hubo desabasto de insumos (medicamentos, material de curación, etc..) y deterioro en el poder adquisitivo de los salarios.

Al final de la administración presidencial de Luis Echeverría Álvarez México era considerado como un país subdesarrollado que iniciaba su “despegue” económico, ya que tenia ciertas características que podían equipararse con la de los países en desarrollo: dinámico, buen pagador, estabilidad política, infraestructura industrial en constante crecimiento.

Pero algunos analistas del Banco Mundial señalaron que existían dos Méxicos, pues si bien había señales de progreso, también las había de estancamiento y pobreza, el desempleo se acumulaba rápidamente y la satisfacción de las necesidades en diversos servicios como los educativos, médicos, sanitarios y de vivienda tenían un serio retraso.

Durante el periodo de 1975-76 se consolido el esquema modificado de campo con un mínimo de incorporación económica, se estableció una red hospitalaria que reforzó la prestación de la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, en zonas señaladas como de un alta índice de marginación.

En el periodo del presidente López Portillo a fines de los setentas e inicios de los ochentas, a pesar de las devaluaciones que había sufrido el peso, el país se encontraba con la presencia de la política del desarrollo estabilizador, cuyos instrumentos principales en la política financiera habían sido:

- Una baja carga impositiva

- Tratamiento fiscal favorable a los ingresos provenientes del capital

- Precios y tarifas subsidiados de los bienes y servicios generados por el sector público

- Tasas de interés pasivas elevadas

Al disminuir los impuestos a la inversión de capital, subsidiar aun mas los servicios básicos de subsistencia, salud, educación y energía, y promoviendo por otro lado el ahorro al aumentar las tasas de interés de inversión, el gobierno con estas acciones trató de frenar la devaluación y la inflación severa que afectó al país.

El endeudamiento interno del estado hacía insuficientes los recursos para cubrir el déficit del presupuesto, por lo que se recurrió al endeudamiento externo con miras a financiar una parte del déficit en cuenta corriente de la balanza de pagos.

La decisión que se tomó ante estos sucesos fue la de establecer un programa de crecimiento acelerado mediante la superación de la crisis de confianza del sector patronal y el apoyo que daría el auge petrolero. Con este y otros elementos se buscaría impulsar una política de reestructuración industrial, una reforma fiscal y diversos programas identificados en uno, que trataría de crear los factores necesarios para propiciar el desarrollo de los mexicanos más pobres.

Durante la gestión del Licenciado Arsenio Farell Cubillas (1976-1982) nació el programa de IMSS-COPLAMAR, el cual fue el mejor acierto de los gobiernos

priistas ya que hubo una mejor redistribución de la riqueza en las clases y zonas marginadas, ya que este plan contemplo hacer llegar servicios médicos de calidad tanto preventivos como curativos a través de pasantes en servicio social y de la ayuda comunitaria, ya que los terrenos en donde fueron construidas las clínicas de IMSS-COPLAMAR fueron donados por estas poblaciones y el personal de base que colaboraba con el mantenimiento de las unidades era contratado de las mismas comunidades, con estas acciones se lograron abatir costos de inversión enormes, de enfermería y medicina, así como especialistas de las ramas troncales tales como Cirugía General, Gineco Obstetricia, Medicina Interna, Anestesiología y Pediatría. Este plan marco un parte aguas en el comportamiento de los servicios de salud, sin embargo una vez que se acabo la determinación política de apoyarlo, este desapareció y estos beneficios se acabaron. Tan buen resultado tuvo IMSS-COPLAMAR, que actualmente ante la descentralización de los servicios de Salud por parte de la Secretaria de Salud, 16 estados de la República (Estado de México, Puebla, Nayarit, Tlaxcala, Hidalgo, Veracruz, Oaxaca, Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Chiapas, San Luis Potosí, Aguascalientes, Zacatecas, Durango y Colima) decidieron continuar con este proyecto, ya que de no hacerlo no serian autosuficientes en este ramo, ya que el presupuesto otorgado por Hacienda a los estados es insuficiente para cubrir los gastos de Salud.

Durante este periodo los principios de reforma administrativa constituyeron la guía orientadora para iniciar la descentralización administrativa de las operaciones a nivel delegacional; se implementaron seis delegaciones en el Valle de México para apartar de las oficinas centrales sus áreas operativas con el fin de proporcionar los servicios y otorgar las prestaciones en lugares más cercanos y de más fácil acceso a la población derechohabiente.

En esta gestión la población derechohabiente aumento a 26 millones de personas, el personal del IMSS también incremento su plantilla a 190 000 trabajadores, y aun los ingresos eran superiores a los egresos, a pesar de las devaluaciones económicas del país.

En la década de los ochentas México enfrentó una crisis sumamente grave, el índice inflacionario fue muy elevado, con un déficit sin precedentes del sector público, además de carecer de ahorro interno para financiar su propia inversión, el rezago de las tarifas y los precios públicos ponen a las empresas del Estado en situación precaria, encubre ineficiencias y subsidia a grupos de altos ingresos, este debilitamiento en la dinámica de los sectores productivos ha colocado al país en crecimiento cero.

Durante esta administración que presidio el licenciado Ricardo García Sainz, se afrontaron grandes retos para confirmar la esencia solidaria del IMSS y su carácter redistribuidor de la riqueza, para contribuir de esta manera como un instrumento amortiguador de la crisis y de estabilidad social de México.

Para hacer frente a tal problemática se fijaron dos políticas:

Elevar los ingresos

Abatir los gastos mediante la aplicación de estrategias

Para abatir el gasto se estableció la política de productividad basada en mejorar e incrementar la capacidad y motivación, así como la regulación del crecimiento de personal, bajo la aplicación de estrategias como el

reordenamiento de recursos humanos para ubicar a los trabajadores en tareas prioritarias.

Estas políticas trajeron como resultado la incorporación de 300 000 estudiantes de educación superior mediante el seguro facultativo, el cual consiste tener derecho exclusivamente a los servicios médicos del Instituto a una cuota menor a un salario mínimo la cual es cubierta por el Estado y las instituciones de Educación Superior, se extendió a seis meses el servicio de seguridad social a los trabajadores que perdían temporal o definitivamente su trabajo, este tipo de acciones incrementaron el déficit presupuestario del Instituto ya que tuvo que invertir en atención médica y otras prestaciones sociales tales como guarderías, y económicas (pago de incapacidades), con una escasa recuperación de cuotas obrero patronales.⁵

Se implanto el programa de desconcentración y rebonificación de las delegaciones del D.F., así como la implementación de simplificaciones administrativas que permitieron abreviar o cancelar diversos trámites.

Se regionalizaron los servicios médicos en toda la República, constituyendo 16 regiones bien definidas, que en forma escalonada se apoyaron en los diez centros médicos nacionales del país ya que han sido formas muy importantes de redistribución de la riqueza y equidad social

Considero que conjuntamente la Seguridad Social (IMSS, sector Salud) y la educación gratuita en México han sido los pilares para poder sostener la relativa paz social del país.

De 1983 a 1990 la población derechohabiente aumento a 39 millones, los recursos humanos del instituto llegaron a los 300 000 trabajadores y los recursos financieros empezaron a disminuir en cuanto a superávit que hasta el momento había existido.

Las políticas neoliberales surtían efecto sin precedentes durante el gobierno del presidente Salinas de Gortari y se preparaba al IMSS para iniciar su fase de desconcentración administrativa y posteriormente se iniciaría la fase de descentralización.

Al inicio de la década de los noventas, México transitó por situaciones muy complejas de índole económico y social; el principal compromiso era establecer el crecimiento económico del país, para ello se tomaron acciones encaminadas a lograr una reducción significativa en la tasa de inflación, por medio de la firma del “pacto para la estabilidad y crecimiento económico” (PECE) entre los obreros, campesinos, empresarios y el propio gobierno, así mismo se renegoció la deuda externa, para disminuir la carga excesiva que representaba y que inhibía el crecimiento de México.

El gobierno buscó abrir nuevos mercados para los productos mexicanos con la realización de negociaciones comerciales con distintos países, entre estas destacan, la firma del Tratado de Libre Comercio con Chile y la concertación con los Estados Unidos de América y Canadá para crear en Norte América la zona de libre comercio más grande del mundo.

Estas relaciones obligaron a cambiar la política externa e interna del país las cuales repercutieron en el sector salud, en particular en el IMSS, a generar modificaciones substanciales sobre todo en el ramo administrativo y de educación, ya que por primera vez el IMSS pasaría de ser el monopolio de la Salud en México por mas de 50 años, a entrar a una competencia

⁵ Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro social 1943-1993, IMSS, 1994

monopolística con las grandes compañías norteamericanas y canadienses dedicadas a la salud. El Tratado de Libre Comercio con América del Norte en cuestión de salud, entraría en vigor a partir del año 2000.

Esto obligaba al instituto a preparar a sus cuadros gerenciales dentro de las tendencias actuales de la administración con la finalidad que sus directivos se transformaran en gerentes con una visión de mercado, con este cambio de paradigma se tienen las expectativas de que el directivo del Instituto abandone su rigidez de acción, se comprometa más con la operación, este preparado para enfrentar la descentralización de los Servicios de Salud y tenga otra actitud de líder.

Para lograr una verdadera transformación del IMSS, el licenciado Gamboa Patrón exhortó a funcionarios y trabajadores de todo el sistema en la formulación y ejecución del programa de modernización del IMSS 1992-94, cuya aplicación empezaba a cristalizarse en el ámbito administrativo con la reestructuración orgánica del Instituto, la desconcentración de funciones operativas y la simplificación de sistemas y procedimientos, lo que permitió fincar las bases de una nueva administración.

En 1997 el IMSS recibió un préstamo de 700 millones de dólares por parte del Banco Mundial con la finalidad de consolidar el plan de modernización, es importante mencionar que el 40% de este préstamo se invirtió en el ramo educativo con la finalidad de conformar los nuevos cuadros gerenciales.

El IMSS ha cumplido con su misión como institución, sin embargo los cambios económicos, la globalización y el neoliberalismo han obligado desde 1984 a modificar importantemente sus políticas y visión de lo que se espera en un futuro.

Tales políticas han marcado a partir de 1997 una reestructuración de la seguridad social, se han creado tres tipos de seguro, dependiendo de el salario del trabajador, ya que dentro de uno a tres salarios mínimos el derechohabiente solo tendrá posibilidad de obtener 12 acciones médicas, la mayoría de prevención (cuidado del embarazo, inmunizaciones, detección de cáncer, manejo de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus, entre otras), pero sin acceso a gastos médicos mayores (cirugías de alta especialidad: transplantes de órganos, cateterismos cardiacos, prótesis óseas, etc..).

Estas políticas obedecen tanto a presiones de las multilaterales como de la corriente neoliberal que se ejerció desde los gobiernos priistas, aun cuando el discurso político dice que no se privatizara la Salud en México, sus tendencias es a aumentar la mezcla público-privada lo cual es una forma de privatizar estos servicios.⁶

TRATADO DE LIBRE COMERCIO DE AMÉRICA DEL NORTE Y SALUD

En el caso específico de la salud, los efectos del TLCAN pueden dividirse en directos e indirectos. Los efectos directos son aquéllos que resultarán de las modificaciones en el patrón tradicional de intercambio de bienes y servicios relacionados con la salud. Los efectos indirectos, que se manifestarán a largo plazo, son aquéllos que se presentarán como

⁶ Informes al H. Consejo Técnico Seguridad y Solidaridad Social, 1982

consecuencia del vaticinado incremento en el ingreso y el empleo, la mejoría en el nivel de vida, las transformaciones culturales y los cambios en los perfiles epidemiológico y demográfico.

Por lo que toca a los efectos directos, el TLCAN dejará sentir su influencia en cinco grandes áreas, a saber:

1. La salud ambiental y ocupacional;
2. La regulación sanitaria de bienes y servicios;
3. Los insumos para la atención a la salud (equipo, medicamentos y otros);
4. La formación y utilización de recursos humanos; y
5. La regulación, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

En el artículo "*Free trade and occupational health policy: An argument for health and safety across the North American Workplace*", Michael McGuinness hace una exhaustiva revisión de la literatura sobre la salud ocupacional en México y discute el argumento según el cual las industrias estadounidense y canadiense aprovecharán las limitaciones de la regulación ocupacional mexicana, para exportar a México procesos productivos particularmente riesgosos, los que ponen en peligro la salud de los trabajadores mexicanos y para reducir los estándares ocupacionales actualmente vigentes al norte del río Bravo. Como ejemplo concreto de los riesgos a los que la población mexicana estará expuesta con el proceso de liberalización comercial, se refiere el caso de los compuestos órgano fosforados, que se encuentran dentro del grupo de productos que al entrar en vigor el TLCAN quedaron libres de aranceles.

Mucho se ha dicho del TLCAN en los diferentes ámbitos comerciales en nuestro país. Sin embargo, las consecuencias globales en medicina no han sido suficientemente abordadas. Es importante realizar un análisis sobre nuestra medicina y su posible desarrollo en el futuro inminente. ¿Cuáles son las condiciones con las que México entró a competir?:

- Menor capacidad tecnológica
- Reducido numero de investigadores de tiempo completo
- Sistema sanitario deficiente en calidad e infraestructura
- Crecimiento del PIB inferior a Canadá y Estados Unidos
- Rezago social importante (pobreza y extrema pobreza)

Dentro del TLCAN son varios los puntos que deben ser revisados y analizados para considerar el intercambio de bienes y servicios en el área de salud. La interacción económica, social y cultural puede dar lugar a efectos inesperados, algunos de ellos problemáticos. La integración comercial propuesta es probablemente una gran prueba de posibilidades de desarrollo mediante la asociación entre economías muy diferentes. Las asimetrías de México, por un lado, y Estados Unidos y Canadá por el otro, plantean un reto sin precedentes (cuadros I, II y III).

Cuadro I. Indicadores demográficos antes del TLCAN.			
Indicadores 1991	México	Canadá	EUA
Población (millones)	83	27	253
Promedio de edad (años)	19	34	33
Expectativa de vida, hombres (años)	70	75	73
Expectativa de vida, mujeres (años)	73	80	78
Fecundidad (hijos por pareja)	3	2	2
Mortalidad infantil (%)	29	7	10
Alfabetización (%) 87	99	95	

Cuadro II. Indicadores económicos antes del TLCAN.			
Indicadores 1991	México	Canadá	EUA
PIB (MDD)	283	501	5673
Ingreso Per Capita (dl)	3400	21980	22400
Hora de trabajo (dl)	1.8	16.02	14.77
PIB salud (%)	4	9	12
Gasto en salud (dl)	5	50	665

Cuadro III. Servicios de salud antes del TLCAN			
INDICADOR 1992	MÉXICO	CANADA	EUA
REGULACIÓN	+	++	+++
CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS	VOLUNTARIA	OBLIGATORIA	OBLIGATORIA
TÍTULOS PROFESIONALES	NACIONAL	PROVINCIAL	ESTATAL
PODER DE ASOCIACIONES	+	++	+++
COBERTURA DE SERVICIOS	PÚBLICOS	MIXTOS	PRIVADOS
PREDOMINIO	CURATIVO	CURATIVO	CURATIVO
ORGANIZACIÓN	FRAGMENTADA	INTEGRADA	FRAGMENTADA
MÉDICOS x 10,000 HABITANTES	130	57	586
CAMAS x 1,000 HABITANTES	1	7	4

En los últimos años, el gasto público en salud ha crecido importantemente, en 1992 fue de 2.76% del PIB más de 25,800 millones de nuevos pesos. En total el gasto por persona fue entre 185 y 220 dólares, cifras significativas para México pero aun insuficientes para lograr niveles aceptables de mejoría en la atención médica nacional.

En el cuadro uno se observa que México esta en una transición epidemiológica, en donde aun tenemos una gran base poblacional joven, pero hay un crecimiento importante de las personas de la tercera edad, por otra parte tenemos aun enfermedades de la pobreza como son infecciones y alta mortalidad perinatal, lo cual ha sido abatido en Canadá y EE. UU.

El cuadro II muestra indicadores macroeconómicos en donde es evidente la desventaja de México al tener una inversión mínima en Salud con respecto al PIB, además de tener una capacidad de horas trabajo muy inferior a la de los otros países

En el III cuadro se observan los indicadores de Salud en donde se observa la desigualdad de infraestructura de los servicios médicos, de su mala organización en México ya que aun cuando tiene mas médicos que Canadá por 10,000 habitantes, estos están concentrados en las grandes ciudades y quedan descubiertas las zonas marginadas

*Incapacidad de servicios gubernamentales con aumento en la oferta de servicios privados

1. Mayor privatización de la medicina.
2. Presión en costos y precios.
3. Aumento de la competitividad entre aseguradoras, hospitales, laboratorios y gabinetes.
4. Presión en la mejoría, en la calidad de los servicios con surgimiento de programas de acreditamiento y certificación.
5. Aumento en la participación legal por demandas a servicios de salud.
6. Práctica de una medicina defensiva.
7. Surgimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Medico CONAMED.

Con la crisis económica, las presiones tanto al IMSS como a otras instituciones del Sector Salud se acrecentaron sin que el Gobierno contara con los recursos para extender su oferta. Durante esta etapa, la clase media acude los servicios médicos gubernamentales en la medida en la que su economía personal le impide acudir a otra alternativa, la cual tampoco garantiza una mejor calidad y precio ya que en nuestro país hace falta una infraestructura sólida y suficiente.

Aunque el TLCAN permite la inversión al 100% en servicios de salud incluyendo aseguradoras, hospitales, clínicas, laboratorios y gabinetes, debemos reconocer que en los primeros cinco años después de su firma, los efectos inmediatos han sido mínimos, y que aparentemente ha sido poca la participación y las inversiones extranjeras de empresas internacionales dedicadas a la prestación de servicios de salud (cuadro IV).

Cuadro IV. Prestación de servicios de salud en México.						
Año 1998	IMSS	ISSSTE	Otras instituciones	Sin servicios	Medio privado*	Total
Cobertura en millones	40	10	6	26	8	90
Gasto en MDP ¹	42	15	5	0	¿?	62
Índice	1.1	1.5	0.8	0	¿?	0.7
¹ MPD = Millones de pesos						
* Incluye participación internacional						

Ahora bien, ¿qué perspectivas tenemos? Debemos recordar que vivimos una etapa de globalización política, económica y cultural en la que no tenemos más que participar. La independencia de la medicina norteamericana fue un logro de la filosofía liberal de las organizaciones médicas de ese país, que favoreció el auge de la profesión y de la medicina. Pero ahora han hecho presencia las grandes corporaciones, en las cuales los médicos ya no forman parte del factor predominante de la medicina, la soberanía profesional del médico se limitó y tiende a transformarse en empleado de la empresa. Tampoco el enfermo es objetivo principal de esta medicina, lo importante es el producir, consumir, vender tecnología, equipos, instrumental y medicamentos.

¿Cuál será el papel de la medicina privada e institucional mexicana ante estos cambios vertiginosos de mercado en la industria corporativa? Los indicios actuales son que hay "maquila" en estudios diagnósticos, empresas médicas norteamericanas que abren mercado construyendo hospitales y empleando a los pocos médicos mexicanos capacitados según sus normas, reduciendo así la asequibilidad de estos servicios para la gran mayoría de los mexicanos.

Mas allá del tema de la subrogación, cuyo futuro se mantendrá incierto hasta principios del milenio, habrá que considerar la situación de las empresas aseguradoras, las cuales podrían encontrar una expansión importante si se aprueban algunas reformas a la ley de instituciones de seguros con aplicación directa a los servicios de salud, situación que por supuesto tratarán de aprovechar tanto las propias empresas aseguradoras como los hospitales privados, en la ciudad de México y en toda la república.

Varios grupos mexicanos ya se han puesto en marcha desde 1996. En principio, la intención es desarrollar clínicas de atención primaria en las que se cuente con medicina familiar, otorrinolaringología, ginecología, pediatría, oftalmología, ortopedia, odontología, laboratorio clínico, imagenología, farmacia y fisioterapia. Se calcula que estas nuevas compañías tendrán un gran avance en los próximos años, por la demanda insatisfecha que existe. Las expectativas son las de atender al universo de 4.5 millones de personas que se encuentran en condiciones de contar con un plan que cubra este tipo de servicios médicos además de una eventual hospitalización. Actualmente,

existen 1.5 millones de asegurados en DF, Monterrey, Guadalajara, Puebla, León y Mérida, con cuando menos un seguro médico de gastos mayores.

Un aspecto importante será el de contener los costos de atención médica, lo cual se hará a través de indicadores de desempeño. Un buen ejemplo es el de la cesárea. Se calcula que actualmente 70% de los nacimientos en el medio privado lo hacen a través de este procedimiento cuando, desde el punto de vista estrictamente médico, esto debería ocurrir en casos excepcionales. La razón son las ganancias que ello representa actualmente.

Para concluir diremos que la medicina que alguna vez Ignacio Chávez vislumbró para la mayoría de los mexicanos: medicina de alta calidad y hecha en México, es víctima de la manifiesta crisis en el país.⁷

1.2) DESARROLLO EDUCATIVO EN EL IMSS

El establecimiento del régimen de Seguridad Social en México ha producido acontecimientos importantes en materia de formación de personal de la Salud y de la Educación Médica en general.

Antiguamente los profesionales de la medicina se preparaban sólo para ejercerla al servicio del individuo y del pequeño grupo de la medicina privada, siguiendo los lineamientos que, después de la Segunda Guerra Mundial, marco la medicina norteamericana, desde esta lógica se introdujo al país el método científico que preparó a los médicos en disciplinas básicas tales como fisiología, histología, investigación clínica y básica, etc., y con franca dedicación a la medicina hospitalaria, y que además produjo el fenómeno de la especialización. Es importante señalar que la medicina en México se ha conformado según el nivel de atención médica en:

Primer nivel (consulta externa)

Segundo nivel (hospitalización)

Tercer nivel (alta especialización)

En los años iniciales del IMSS década de los cuarenta, los esfuerzos por integrar la medicina socializada mexicana, la cual fue concebida:

“para beneficiar con prioridad a las clases populares, y desde 1944 iniciar su labor institucional para garantizar el acceso a la salud y brindar apoyo económico y en prestaciones sociales...”

Con referencia a la enseñanza, se puede decir que al generar un cambio radical en la concepción y en el ejercicio médicos, se produjo la necesidad no solo de integrar al personal médico y paramédico a otras concepciones, diferentes exigencias y nuevos métodos, con lo que se lograrían parcialmente y con grandes dificultades los objetivos asistenciales previstos, sino la de preparar a través de la educación al equipo humano con una conciencia social más profunda, enfocada mediante una educación formal estructurada a

⁷ De Mateo f. La situación actual del TLC de América del norte. En: los sistemas de salud ante la globalización. Academia nacional de medicina, instituto de salud EUA. 1995. P. 1-6 (versión mecanográfica).

lograr objetivos que impactaran en la salud de los derechohabientes a través de la calidad de atención, seguridad y prevención durante el proceso de atención en salud que se requiere para cumplir con la responsabilidad que la medicina socializada contempla en el desarrollo económico y social del país. Dentro de la evolución de las actividades docentes en el IMSS, a pesar de que en 1954, con motivo de la Inauguración de los servicios del Centro Médico La Raza, se nombraron internos y residentes de diferentes servicios y un jefe de becarios, no existían programas de preparación de especialistas y no había jefe responsable de enseñanza.

Fue hasta 1960, en la Maternidad N # 1, cuando se nombró al primer jefe de Enseñanza del IMSS y, a partir de la adquisición del Centro Médico Nacional y la puesta en servicio en 1961 de los Hospitales General, de Gineco-Obstetricia y de Oncología, es que se estableció que en cada uno de ellos, hubiera una Oficina de Enseñanza con el jefe correspondiente, el cual tenía como funciones organizar los planes académicos de las diferentes especialidades médicas, promover la educación continua y evaluar los procesos de enseñanza aprendizaje. Una vez que se tuvo la estructura administrativa y profesional del proceso educativo, se iniciaron los trabajos para integrar programas académicos, de evaluación y seguimiento a los egresados del IMSS en las diferentes áreas de formación tanto en lo profesional como a nivel técnico.

En cuanto a la organización general del IMSS fue en mayo de 1963 cuando se instaló la Oficina de Enseñanza de la Subdirección General Médica.

A partir de ese momento se logró establecer y generalizar un programa de enseñanza en los hospitales que era copia del sistema para la preparación de especialistas, se inició con ello una enseñanza metódica y planeada que se extendió de inmediato a todo el sistema IMSS.

Las relaciones de las escuelas de Medicina con el IMSS eran muy conflictivas en ese tiempo, ya que personas ajenas al IMSS no confiaban en su capacidad de una enseñanza hospitalaria y trataban de mantenerla fuera del plano educativo hasta 1963, al tomar acuerdos para el nombramiento de profesores.

En 1964-65 se dio inicio a la capacitación del médico en general mediante ciclos de actualización que se iniciaron en la ciudad de Guadalajara y seis meses después se instituyeron en Monterrey y el Distrito Federal, con la característica importante de efectuarse dentro de su jornada de trabajo, y con la responsabilidad institucional de procurar el aumento de la capacidad del médico sin costo para él, esto se logró en las bases post revolucionarias del Estado Benefactor y la Seguridad Social.

En 1966 se llegó al acuerdo entre la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM y el IMSS para que las residencias que reunieran los requisitos y atributos del programa recibieran el reconocimiento universitario como estudios de especialización de postgrado.

La preponderancia que fue adquiriendo el IMSS de manera progresiva y el crecimiento de sus recursos le permitieron consolidar en todos los órdenes y desarrollar las capacidades necesarias para capacitar y formar al personal a su servicio.

El IMSS ha podido participar en la formación de profesionales médicos y enfermeras a niveles de pre y post grado, y ha creado un sistema de enseñanza en el que incorpora, mediante becas, a un gran número de

pasantes en medicina y de médicos generales para la consolidación de sus conocimientos y la introducción de estos en los campos particulares de las especialidades médicas, lo que permite al mismo tiempo, la formación del personal que el Instituto requiere para sus actividades específicas y el aprovechamiento de sus amplios recursos asistenciales, docentes y de investigación para la consolidación de la Seguridad Social en el País y para el avance de la ciencia médica.

En este proceso de crecimiento y desarrollo del IMSS, este se ha incorporado a los organismos internacionales de Seguridad Social y Salud Pública (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud) también participan las instituciones docentes (escuelas y facultades de medicina). En ellos ha manifestado sus ideas y su preocupación por encontrar sistemas adecuados para la formación del personal de salud acorde con la evolución de la ciencia y tecnología y con las necesidades y modalidades educativas que se generan dentro del seno de la Seguridad Social, ya que esta requiere profesionales que no solamente tengan una formación en su campo de trabajo, sino, muy en especial, que demuestren un conocimiento claro del proceso de atención en salud en el cual les tocara trabajar, para identificarse con los principios de solidaridad social: equidad, actitud de servicio, trabajo en equipo, etc.

Es por esto que el IMSS determinó que en enero de 1971, la creación de la Jefatura de Enseñanza e Investigación, esta jefatura es producto de la fusión de la antigua oficina de Enseñanza con el departamento de Investigación Científica.

Este proceso cimentó la necesidad de crear esta jefatura, por una parte, para dar solución a la manera informal e irregular en que se había venido realizando las tareas de enseñanza, y al libre arbitrio de los titulares de las unidades médicas del IMSS.

Los objetivos principales de esta jefatura son los siguientes:

- Organizar y promover la enseñanza biomédica
- Incrementar la investigación básica y clínica
- Contribuir al fortalecimiento de la seguridad social

Las estrategias a través de las cuales se podrán alcanzar estos objetivos son las siguientes:

- Guía al médico para obtener su capacitación profesional, transmitir sus conocimientos a las nuevas generaciones, comprender la trascendencia de su labor cotidiana, comprender al derechohabiente como sujeto integrante de una familia y de una sociedad.
- Favorece el intercambio de conocimientos y experiencias
- Unifica criterios y procedimientos
- Establece la enseñanza planificada a todos los niveles
- Selecciona los candidatos óptimos para recibir educación médica
- Utiliza los métodos educativos actuales y emergentes que favorezcan la continuidad de la Seguridad Social

El departamento de Enseñanza esta constituido por la Oficina Central del jefe de departamento, de la que dependen cinco Divisiones:

- Pregrado: se encarga de la formación de los alumnos de las diferentes escuelas o facultades de medicina del país inscritos

en el nivel licenciatura, proporcionándoles campo clínico en las diferentes unidades del IMSS

Postgrado: En esta División se forman los alumnos que fueron seleccionados mediante el examen para el ingreso a residencias médicas y esta considerada como una especialidad médica hospitalaria (pediatría, medicina interna, neurología, medicina familiar, etc.)

Educación Médica Continua: Se encarga de actualizar y de formar al personal médico y para médico en el sector salud.

Divulgación Médica: Su misión es la de difundir las investigaciones básicas y clínicas que se realizan dentro del IMSS o de otras instituciones del Sector salud (Secretaría de Salud, Institutos de Salud, etc...)

Bibliotecas y documentación Biomédica ⁸(Almacenan, distribuyen y dan información acerca de los adelantos e investigaciones médicas y tecnológicas relacionadas al Sector Salud)

Los primeros programas académicos fueron dirigidos a la formación de las diferentes especialidades médicas, con una influencia netamente de la medicina norteamericana, ya que el instituto mando formar sus primeros cuadros de especialistas en este país. Con una formación positivista, biologicista y unidireccional, los primeros programas académicos fueron una copia de este modelo. Se privilegio el trabajo en aula con una postura educativa tradicionalista por parte de los profesores encargados de la carga académica institucional y en no pocas ocasiones se desvinculo de la práctica, la cual fue llamada educación tradicional, en donde lo mas importante del proceso educativo era el profesor y el alumno solo se entendia como un receptor del conocimiento, posteriormente se incorporaría la educación bajo el enfoque de la tecnología educativa (basada en objetivos operativos, con gran fragmentación de los conocimientos). Así los programas académicos de formación tenían un plan de estudios estructurado y avalado por la UNAM, estos programas estaban dirigidos a estudios de pre y post grado en medicina y a nivel técnico en enfermería. En cuanto a la educación formal emanada del IMSS, el instituto creo diferentes modalidades de educación continua, como son los cursos longitudinales, talleres, monográficos, adiestramiento en servicio, la cual en su mayoría eran de actualización, en donde se privilegio la teoría con poco acceso a la práctica de los nuevos conocimientos y avances tecnológicos, ya que se privilegiaba la ransmisión del conocimiento en el aula, teniendo poca práctica con el paciente en los escenarios reales. A principio de la década de los ochenta se inician los programas dirigidos a la formación de investigadores clínicos y de investigación básica. Para facilitar su administración, el proceso de formación de personal para atención de la salud se divide en cuatro áreas: la Formación de Personal Técnico, Pregrado, Postgrado y Profesores y Directivos.

Se genero una tendencia hacia la subespecialización de las carreras de la salud, fragmentando el conocimiento y el ejercicio de la medicina.

⁸ Evolución de los Servicios Médicos del IMSS 1944-1974. 1974. p 175-82

Dentro del proceso educativo se hace énfasis en el aprendizaje teórico para resolver los aspectos cognoscitivos del aprendizaje de una manera escolarizada y formal. En contraposición, se abandona la enseñanza de la clínica y la utilización de otros escenarios, por falta de destreza o de interés de parte de los profesores y alumnos. Frecuentemente se delega en los alumnos de grado superior la función de tutoría sin la supervisión necesaria.

El aprendizaje de la relación médico-paciente y del método clínico en general es sustituido por el aprendizaje de contenidos o técnicas. Es importante señalar que en el proceso de la atención en salud los pilares del éxito en la satisfacción de las expectativas de salud del paciente son la relación médico-paciente, ya que haciendo referencia a una definición en este punto, bien lo señalo en una conferencia el maestro Ignacio Chavez al decir que era **“una consciencia ante una confianza”**, y por el otro lado la estrategia del método clínico para realizar un diagnóstico de certeza y por lo tanto el tratamiento adecuado. Sin embargo ante el avance avasallador de la tecnología en medicina se genera una sobre utilización irreflexiva de la tecnología en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Situación que aleja al médico del objeto real de su atención, el ser HUMANO, convirtiendo al paciente en un objeto de estudio y no en sujeto con historia propia, con un contexto particular en lo social, político y económico. Además, esta situación favorece el incremento en los costos de la atención médica basada en una práctica irreflexiva.

En el mejor de los casos los programas elaborados por objetivos se cubren parcialmente en los aspectos teóricos. En lo que se refiere a las destrezas psicomotoras y a los aspectos afectivos, se tocan de manera parcial o tangencial y en algunos casos se da por un hecho que estos aspectos son tomados del ambiente de una manera natural, lo que nos ha llevado a la reproducción de modelos de conducta negativos, o al menos médicamente inaceptables.

Al administrar el proceso educativo en las sedes hospitalarias ha resultado prácticamente imposible compaginar las actividades teóricas con las prácticas y elaborar una secuencia lógica de servicios que permitan experiencias de aprendizaje significativas, por lo que en la mayor parte de los cursos se puede documentar un divorcio entre la parte teórica y la práctica del proceso enseñanza-aprendizaje.

Los planes de estudio han privilegiado el aprendizaje de contenidos actuales y no de metodología que permita el aprendizaje para la vida, tal vez como un reflejo del modelo pasivo-receptivo que predomina en la relación profesor-alumno en nuestros cursos

La misma estructura curricular es bastante rígida y a pesar de que es permanentemente actualizada no conlleva hacia su interior la posibilidad de flexibilidad y autonomía que permitiera a quienes han pasado por este proceso educativo ir más allá de lo aprendido y generar su propio proceso de aprendizaje.

Desde hace 20 años en el IMSS, se incorporaron contenidos socio humanistas como es la sociología y la psicología a los planes de estudio como reflejo de la tendencia latinoamericana en la formación de médicos. No obstante, tanto las materias como sus contenidos y la forma de enseñarlos no

se han integrado, lo cual se refleja en una práctica rígida y desvinculada de aquéllas. En este momento es importante la incorporación de materias o disciplinas emergentes como la economía de la salud, administración moderna, bioética y otras, con un éxito mayor que en el pasado.

Se ha hecho mayor énfasis en la enseñanza y en las actividades de los docentes en contraposición al aprendizaje y al alumno como centro de nuestros esfuerzos. Por esta razón se ha insistido en la enseñanza de los contenidos, apartándose de la metodología, no solamente la relacionada con las experiencias de aprendizaje, sino abandonando incluso el aprendizaje de la clínica.

Se han perdido disciplinas intelectuales (los métodos: científico, clínico y epidemiológico), la posibilidad de desarrollar destrezas eficientemente, la oportunidad del contacto humano médico-enfermo e incidir en la calidad de los servicios de salud.

Actualmente están inscritos en programas de formación 28,332 alumnos y contamos con 2,643 profesores titulares y adjuntos. El proceso se realiza en 186 unidades en las 37 delegaciones. Se tienen convenios de colaboración y de reconocimiento de validez oficial de estudios con 78 Instituciones Educativas, entre las cuales están UNAM, UAM, Universidad Anahuac, Instituto Politécnico Nacional, Universidad La Salle, así como cada una de las Universidades públicas estatales en el país.

Este proceso se realiza siguiendo planes y programas de estudio elaborados en consenso por los profesores de todos los cursos, mismos que se actualizan aproximadamente cada cuatro o cinco años. La estructura de estos programas se sustenta en objetivos de aprendizaje con la intención de operarlos modularmente y en los términos de la sistematización de la enseñanza.

Existe un sistema de evaluación, con intención de ser integral, que se aplica tanto a la planeación como al desarrollo y a los resultados. En lo que se refiere al aprovechamiento escolar pretende evaluar los aspectos cognoscitivo, psicomotor y afectivo. Existe un registro a nivel central de los principales datos de esta evaluación.

En 55 años el instituto ha participado en la formación de 40,626 médicos especialistas en 55 especialidades, se han formado 1,052 profesores. En la formación de 2,510 técnicos en 17 carreras, 13,995 enfermeras y 18,911 especialistas en 7 ramas de la enfermería. En la educación de pregrado aportamos 50% de los campos clínicos para la enseñanza de la medicina; 39% de los de Internado y 29% de los alumnos en Servicio social. En términos generales la eficiencia terminal ha sido de 85%.

En resumen, se disminuyó en 38% los alumnos de primer ingreso a las especialidades y se reestructuró la distribución de los alumnos de los diversos grados y carreras de acuerdo a las características de las unidades receptoras. En este mismo rubro, se consideró el nivel de atención, los

aspectos epidemiológicos de la misma, la existencia de profesores suficientemente capacitados y, como ya se dijo las características del programa educativo. De esta suerte se lograron consolidar sedes de postgrado, de formación de personal profesional técnico.⁹

La organización académica del IMSS, obedece a la estructura administrativa del propio instituto, sabemos que esta conformado tripartitamente (empresas, obreros y Estado) los cuales aportan cuotas, para solventar las múltiples funciones del instituto. En el organigrama se cuenta con una Dirección general, la cual se apoya en la Dirección de Prestaciones Médicas y a su vez recibe apoyo de diferentes coordinaciones en la que están ubicadas Salud Reproductiva, Salud en el Trabajo, Salud Comunitaria y la de Educación Médica entre otras. Esta coordinación a su vez tiene jefes de área las cuales coordinan a la educación Médica continua, el Post grado en cuanto a la formación de residentes de las diferentes especialidades médicas, el pregrado en cuanto a la formación de médicos que están en su penúltimo año de formación antes de graduarse como licenciados en medicina, y por último la formación de recursos humanos en general (enfermeras, técnicos y otras áreas afines al sector salud). A su vez las unidades de medicina Familiar que cuenten con mas de 10 consultorios, tendrán una jefatura de educación e investigación médica, estas jefaturas dependen directamente del director de cada unidad, la cual cumplirá con las acciones académicas que se le soliciten por parte de las diferentes jefaturas de área, así como de las políticas educativas dictadas por la coordinación normativa.

La formación de personal para atención de la salud nació prácticamente con el Instituto, y ha constituido una actividad fundamental en la cual se ha sustentado buena parte de su desarrollo. A grandes pasos describiremos las principales acciones y orientaciones que ha tenido el proceso formativo.

En 1947 se funda la primera Escuela de Enfermería en el Distrito Federal. Posteriormente se crean otras cinco. La educación es escolarizada, con la didáctica tradicional predominantemente expositiva y dividida en fase teórica y fase práctica.

A principios de 1954 se inician las actividades docentes de postgrado. La enseñanza es tutelar y los residentes se fusionan a las actividades de los servicios.

En 1970 El H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social acordó la creación de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, este hecho aceleró el desarrollo orgánico y funcional de la historia educativa y de investigación. Relevante por su influencia en el ámbito educativo fue la creación, en 1969, por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México del Centro de Didáctica y de la comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza, cuya fusión, en 1977, dio origen al Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, CISE

Se creó en México la especialidad en Medicina Familiar. Se iniciaron los cursos Posttécnicos de Enfermería, ubicados en las escuelas y desarrollados con base en tecnología educativa de CLATES

Para 1979 se expandieron y descentralizaron los cursos de formación. Se efectuó la primera revisión de los programas académicos. Continúan predominando los lineamientos de la tecnología educativa. Se adoptó la

⁹ Evolución orgánica del instituto mexicano del seguro social 1943-1993, imss, 1994.

tendencia de la integración asistencia-docencia-investigación iniciando con los cursos de enfermería

En 1983 se iniciaron los cursos de Formación de Personal Técnico del Área de la Salud, con programas basados en tecnología educativa y fuerte vinculación teoría-práctica.

En el año de 1997 la comisión Ejecutiva para la Reorganización Administrativa autorizó el establecimiento de 7 Centros Regionales de Formación de Profesores en el Área de la Salud, acordando su sede en las mismas delegaciones que las Direcciones Regionales

Al inicio de 1998 se dio marcha al proyecto de elaborar programas educativos basados en competencias profesionales

El IMSS ha sido líder en la formación de recursos humanos en todos los niveles necesarios para el sector salud: médicos (familiares y no familiares), enfermeras, técnicos en radiología, medicina nuclear, citotecnólogos, profesores en medicina, investigadores. Esta formación de recursos humanos ha sido avalada por la UNAM. Es importante mencionar que la formación de profesores en el IMSS se origina en 1983 ante la creación del Centro de Formación de Profesores, el cual en sus inicios solo formaba a profesores en medicina familiar, pero ante el éxito en cuanto a la profesionalización de la docencia en esta área, se decidió extenderlo a todas las especialidades médicas del instituto. El concepto educativo estaba basado en la tecnología educativa. Es relevante señalar que los egresados de este centro cuyo diplomado duraba tres meses y medio, eran muy cotizados en el área laboral ya que no solo se les formaba como profesores en el área de la salud sino como potenciales directivos, los cuales dieron respuestas favorables al instituto durante la gestión de 1983 a 1997. Este centro formativo se desconcentro en 1997 al ser autorizados siete Centros de Formación de profesores en cada una de las regiones del IMSS (Oriente, Centro, Noroeste, Norte, Occidente, Sur y Siglo XXI. A estos nuevos centros se les concedió la libertad de cátedra y de buscar nuevos paradigmas educativos para la formación de profesores, además de encomendárseles la misión de formar gerentes en el área de la Salud. Es así como se explora en el curriculum basado en Competencias laborales el cual había tenido éxito en países como Inglaterra, Australia, Canadá, entre otros. Se inicia para el IMSS una ruptura de paradigma educativo en 1998 cuando son instituidos los programas bajo el enfoque de Competencias laborales. A los diferentes directores de los centros y a sus profesores se les capacito en esta modalidad emergente educativa. Estos centros apoyaron académicamente al IMSS en la formación de recursos para la profesionalización de gerentes y profesores en el área de la salud durante cinco años. Sin embargo hubo cambios administrativos importantes, que dieron marcha atrás a este proyecto y actualmente se ha caído nuevamente en una variedad de tecnología educativa disfrazada de didáctica crítica.

El instituto a través de la coordinación de formación de recursos humanos en la década de los ochenta y noventa genero diferentes cursos formativos a nivel de mandos intermedios, dirigida primordialmente a directores y administradores de unidades médicas. Ante el reto de la modernización del IMSS a finales de la década de los noventa y con la finalidad de formar

nuevos cuadros gerenciales el IMSS se dio a la tarea de formar sus propios cuadros a través de los Centro de Formación de Profesores y Gerentes en el Área de la Salud, y ante las sugerencias del Banco Mundial que le hizo un préstamo por 700 millones de dólares, tuvo que licitar públicamente una convocatoria para la formación en este nivel. Dicha licitación la ganó Funsalud, la cual llevo dicha capacitación a 4500 directivos del IMSS. Por otra parte el instituto ha becado en otras instancias escolarizadas a diferentes grupos de gerentes para su formación, como ha sido en la Universidad del Valle de México y en la Universidad Iberoamericana.

La organización académica del IMSS, obedece a la estructura administrativa del propio instituto, sabemos que esta conformado tripartidamente (empresas, obreros y Estado) los cuales aportan cuotas, para solventar las múltiples funciones del instituto. En el organigrama se cuenta con una Dirección general, la cual se apoya en la Dirección de Prestaciones Médicas y a su vez recibe apoyo de diferentes coordinaciones en la que están ubicadas Salud Reproductiva, Salud en el Trabajo, Salud Comunitaria y la de Educación Médica entre otras. Esta coordinación a su vez tiene jefes de área las cuales coordinan a la educación Médica continua, el Post grado en cuanto a la formación de residentes de las diferentes especialidades médicas, el pregrado en cuanto a la formación de médicos que están en su penúltimo año de formación antes de graduarse como licenciados en medicina, y por último la formación de recursos humanos en general (enfermeras, técnicos y otras áreas afines al sector salud). A su vez las unidades de medicina Familiar que cuenten con mas de 10 consultorios, tendrán una jefatura de educación e investigación médica, estas jefaturas dependen directamente del director de cada unidad, la cual cumplirá con las acciones académicas que se le soliciten por parte de las diferentes jefaturas de área, así como de las políticas educativas dictadas por la coordinación normativa.

La formación de personal para atención de la salud nació prácticamente con el Instituto, y ha constituido una actividad fundamental en la cual se ha sustentado buena parte de su desarrollo.

Tal vez la parte educativa mas importante del IMSS ha sido la formación de residencias médicas, las cuales se caracterizan por preparar dentro del contexto de la medicina socializada a mas de 40 especialidades médicas, siendo el instituto en el sector salud que mas residentes forma a nivel nacional.

Las residencias médicas se caracterizan por tener un carácter netamente formativo, su duración va de tres a seis años de especialidad, dependiendo la complejidad y el tipo de especialización, actualmente están reconocidas como estudios de postgrado por parte de la UNAM y como se ha comentado anteriormente, comparten ambas instituciones los planes académicos en cada una de ellas y su estructuración y necesidades de cambio en cuanto al curriculum y planes de estudio.¹⁰

¹⁰ Centro Regional de Formación de Profesores y Directivos Región la Raza. Descentralización de servicios de Salud en México. México: IMSS; 2000. p. 1-10.

1.3) DESARROLLO DE PARADIGMAS EDUCATIVOS EN LA FORMACIÓN GERENCIAL DEL IMSS

El instituto a través de la coordinación de formación de recursos humanos en la década de los ochenta y noventa genero diferentes cursos formativos a nivel de mandos intermedios, dirigida primordialmente a directores y administradores de unidades médicas. Ante el reto de la modernización del IMSS a finales de la década de los noventa y con la finalidad de formar nuevos cuadros gerenciales el IMSS se dio a la tarea de formar sus propios cuadros a través de los Centro de Formación de Profesores y Gerentes en el Área de la Salud, y ante las sugerencias del Banco Mundial que le hizo un préstamo por 700 millones de dólares, tuvo que licitar públicamente una convocatoria para la formación en este nivel. Dicha licitación la gano Funsalud, la cual llevo dicha capacitación a 4500 directivos del IMSS. Por otra parte el instituto ha becado en otras instancias escolarizadas a diferentes grupos de gerentes para su formación, como ha sido en la Universidad del Valle de México y en la Universidad Iberoamericana y el ITAM.

Desafortunadamente no hay hasta el momento evidencia escrita de los eventos anteriores ya que para el IMSS la formación gerencial en el área de la Salud es uno de los múltiples procesos que atiende.

CAPITULO 2

MODELOS EDUCATIVOS EN EL IMSS

En este capítulo se analizan los modelos educativos que se implementaron en el IMSS desde 1970 con la creación de la normatividad de Educación e Investigación en Medicina.

Durante los últimos 30 años el IMSS ha utilizado tres modelos pedagógicos:

- Didáctica tradicional
- Tecnología Educativa
- Competencias laborales

Podría señalar que en la transmisión del conocimiento hay dos niveles en la relación de conocimiento-realidad, a través del conocimiento organizado en el curriculum, el cual plantea un reto constante para los discursos didácticos, preocupados más por explicar la apropiación del conocimiento acumulado que por revisar cómo es que un conocimiento supone formas de razonamiento diferentes, lo que implica formas de objetivación de la realidad. Reflexionar acerca de la transmisión de conocimientos, a partir de señalar la diferencia anterior respecto a la función del conocimiento, supone la necesidad de revisar una zona poco clara de los discursos didácticos tales como la función del contenido, la importancia del lenguaje y los Discursos, los códigos especializados de la ciencia, la expresión del pensamiento.

Las diversas corrientes didácticas han intentado explicar el proceso de aprendizaje sin tomar demasiado en cuenta el movimiento que va desde la producción del conocimiento hasta la apropiación y asimilación del mismo, además de la brecha enorme que se dan entre la teoría y la práctica en la didáctica Tradicional y la Tecnología Educativa, lo que dificulta aun más el entendimiento del proceso enseñanza-aprendizaje, lo que aparentemente disminuye en la propuesta por Competencias Laborales

2.1) PROTOTIPO DE EDUCACIÓN TRADICIONAL Y BASADA EN LA TECNOLOGÍA. EDUCATIVA.

Educación Tradicional

La educación tradicional (didáctica tradicional) ha sido identificada con los modelos intelectuales y morales, la didáctica tradicional da cuenta del proceso de aprendizaje como un acto que consiste en regular la inteligencia y encarnar la disciplina, la memoria, la repetición por el ejercicio. La escuela tradicional considera que la relación sujeto-objeto, así como el concepto de aprendizaje se dan a partir de la intuición para posteriormente pasar al concepto; de lo particular a lo general, de lo concreto a lo abstracto.

Por consiguiente, se disocia al sujeto del objeto de conocimiento y se pone al objeto por encima del sujeto, quien aparece como un agente pasivo, contemplativo y receptivo, cuyo papel en la relación cognoscitiva es registrar los estímulos procedentes del exterior. El mismo prototipo se da en la relación maestro-alumno. Es importante señalar que en el proceso de apropiación del conocimiento, según este enfoque, tienen un papel

preponderante los sentidos; el saber se incorpora en un acto progresivo de acumulación por aproximaciones. Se acepta que el sustrato conceptual de esta corriente didáctica responde a la ciencia mecanicista del s. XVII y al neopositivismo, ya que se funda en la existencia de verdades universales, acabadas, lineales y predeterminadas. Supone que el conocimiento guarda una correspondencia simétrica con los hechos, específicamente con el dato, y el conocimiento es reconocido en el campo curricular como un marco de saberes dados., definidos y ordenados, en razón de una lógica de lo necesario y esencial.

De esta forma, las verdades preexistentes son también una condición suficiente que define los límites y parámetros del saber, dejando fuera toda posible consideración acerca del momento de descubrimiento de ese saber, de su proceso de desarrollo y consolidación como saber científico y socialmente legítimo.

La escasa atención prestada al momento de la construcción del conocimiento, redundando en la ponderación del aprendizaje como momento final del acto educativo. En cambio, el conocimiento es considerado un universo semántico cerrado, donde las categorías, las nociones importantes, los conceptos y sus articulaciones, como parte organizada y sistematizada de un conocimiento científico, al que se accede a través del ejercicio y la repetición, resultado de la capacidad del docente para mostrar las metas de la teoría. Lo anterior propicia que la apropiación del objeto del conocimiento esté definida más por las características del objeto, que por el conocimiento de este como parte de una realidad dinámica, así la realidad es comprendida solo por la captación de las apariencias externas del objeto, y la apropiación del objeto del conocimiento por parte del sujeto se da exclusivamente en el ámbito de lo que es posible pensarse. Esto representa un obstáculo ante la imposibilidad de que el conocimiento pueda ser un instrumento para la comprensión y explicación de los procesos complejos de la realidad, y la transmisión del conocimiento se reduce, como acción, a una búsqueda de los accesos fáciles al saber, de modo que estos converjan en un solo aspecto, que el alumno imprima de la manera más fiel los modelos, conceptos y nociones de la teoría, a través de ejercicio constante. En la acción didáctica tradicional la función que cumple la transmisión limita al alumno en la organización del pensamiento, y por tanto, impide reconstruir el conocimiento.

En tanto una transmisión del conocimiento preocupada por mostrar verdades acabadas y no las formas de pensar ese conocimiento, su racionalidad, su lógica, hacen de la relación con la realidad un acto gnoseológico insuficiente. El conocimiento se aprende como algo acabado tanto para el docente como para el alumno, sus límites, como producto humano, se pierden en un cúmulo de saberes dados que impide tomar una distancia crítica, ya que la transmisión de ese conocimiento resulta ser un proceso que cosifica de inmediato el conocimiento en verdad absoluta.

No ampliar la reflexión sobre el objeto de conocimiento, a su lógica como saber científico y a su nivel de realidad, en el proceso de la construcción del aprendizaje como producto social, implica no distinguir la diferencia cualitativa existente entre mostrar verdades acabadas y enseñar a pensar el conocimiento. En el discurso didáctico de la escuela tradicional subyace una

concepción enciclopedista del saber, aproximado a las preocupaciones del pensamiento de la ilustración.¹¹

Tecnología Educativa

Es hasta fines del S.XIX que la teoría de la educación adopto la forma de la moderna teoría del curriculum. Mientras que en el pasado la teoría de la educación se refería a las relaciones generales entre educación y sociedad, expresando sus puntos de vista sobre el bien de la humanidad, la naturaleza de la sociedad correctamente asentada y sobre la responsabilidad de la educación para fomentar tanto el bien de las personas como el bien social.

A fines del S.XIX y principios del S.XX la teoría de la educación se vuelve más específica y detallada en sus prescripciones para los profesores y las escuelas, presionada por las necesidades del moderno Estado Industrial.

W. F. Connell (1980), señala tres temas primordiales en el pensamiento sobre la educación a fines del S. XIX:

- La provisión de educación para todos

- La sumisión del curriculum a los objetivos nacionales y

- La reforma de los métodos de enseñanza

De su análisis se concluye que de 1916 a 1945 se formularon los ideales de la educación; la relación entre educación y sociedad fue cuidadosamente examinada, y la profusión de nuevas prácticas y experimentos empezó a poner en marcha amplios y sustanciales cambios de los objetivos, contenidos y métodos de enseñanza. De 1945 al 75 se logra una expansión continua y una precisa reconstrucción de los currícula escolares con relación con las tendencias y necesidades sociales. A lo largo del siglo XX identifica tres tendencias básicas relacionadas con el Estado y sociedad:

- La politización consciente de la educación a través de fases de solidaridad, de relación con la justicia social, económica y política, y con la reconstrucción de la sociedad

- La referencia a la mejora personal y social a través de la educación

- El movimiento desde nociones más limitadas de instrucción hacia las más humanas de educación, relacionadas con el crecimiento de la psicología de la educación, del enfoque activo y con la búsqueda de lo importante.

En este sentido los temas de Connell pueden leerse como el relato de la ampliación del acceso a la educación y al progreso dirigido hacia valores sociales y educativos más liberales y humanos. Sin embargo estos objetivos no se logran cumplir en una sociedad industrializada que caminaba en la modernidad. Esta sociedad diferenciada exigía una base racional para la diferenciación de la fuerza de trabajo. Según Lundgren la educación se convirtió en un instrumento crucial mediante el cual el Estado podía aquilatar esta diferenciación entre especialidades, como verticalmente, entre

¹¹ Cabello B.V. Consideraciones generales sobre la transmisión del conocimiento y el problema de la didáctica. Perfiles Educativos, núm. 49-50, 1990: p 29-31

categorías ocupacionales y de clase en una sociedad burocratizada en forma creciente. El código de curriculum racional aparece tras la instauración de la educación de masas, cuando el Estado industrial moderno comienza a pulir sus mecanismos para la producción ordenada de su fuerza de trabajo.

El código racional era explícito en relación con sus valores y propósitos: los valores de la educación vocacional incluyendo sus grupos administrativos y culturales eran abiertamente expuestos y defendidos contra los argumentos de los defensores de los antiguos códigos moral y realista. Cuando estos valores y propósitos explícitos fueron aceptados de forma más general, el papel de la escuela como instrumento de reproducción social y cultural empezó a considerarse obvio, no solo por los políticos y los planificadores de la educación, sino también por los profesores y por los educadores de estos. En efecto, llegó a ser un aspecto central del principio meritocrático del liberalismo: el punto de vista según el cual las personas tienen éxito según sus méritos, y que la escuela es un lugar en el que se forja y se prueba la capacidad. Por otro lado los formadores de los profesores se esforzaron en hacer más explícitamente racionales sus propios currícula, construyéndolos, en especial, sobre los fundamentos de la ciencia. Tanto en Australia, Europa y en particular en Estados Unidos, la perspectiva de la ciencia aplicada en la teoría educativa comenzó a predominar, o sea que la teoría de la educación debería descansar sobre disciplinas fundamentales, fuera de la educación misma. El gran cambio de los valores sociales generales entre guerras fue fundamental para los cambios paradigmáticos curriculares en la educación. Las nuevas formas de elaboración teórica de la educación no aparece de modo repentino, la perspectiva de ciencia aplicada de la educación se fue estableciendo lentamente, emanando de una visión mas liberal, primero como una de sus variantes y solo más tarde en una forma capaz de suplirla. Estos son los antecedentes de uno de los curriculum que surgieron a mediados del siglo pasado y se denominó Tecnología Educativa. Dicho curriculum se diseño bajo el enfoque de objetivos generales, intermedios y específicos, el cual fue aplicado a fines de los sesenta y hasta la fecha se continúa utilizando en algunos centros educativos.¹²

Esta corriente impone una modalidad de relación docente-contenido-alumno que pretende resolver aquellas manifestaciones “perversas” denominadas por Bourdieu, de una relación dogmática y autoritaria, como la que establece la escuela tradicional.

El cambio que propone esta didáctica se finca en la preocupación por el sujeto en el acto de apropiación del conocimiento. Esta preocupación de la tecnología Educativa se expresa en una formulación metodológica-técnica a partir de la cual se presupone que enseñar es imprimir conductas en los alumnos, deja fuera toda reflexión sobre la producción del conocimiento. En esta corriente educativa se explica el aprendizaje como producto generado a través de los cambios observables de conducta, incentivados siempre desde el exterior por la acción del docente. La apropiación del conocimiento por parte del alumno se pretende sea a través de un proceso de aproximaciones inductivo-deductivas, el cual se organiza a partir de acciones contemplativo-

¹² Kemmis S. Capítulo 2. El nacimiento de la moderna teoría educativa bajo la influencia de la educación de masas. En: El curriculum: mas alla de la teoria de la reproducción. Editorial Morata, tercera edición. 1998: p 46-53.

intuitivas del objeto del conocimiento, siendo la práctica y la experimentación, así como el control y reforzamiento del docente de ciertas contingencias, la forma de apropiación que pasa necesariamente a través de los medios. Por lo tanto la subordinación del conocimiento a cierta racionalidad eficientista, sostenida en una lógica de necesidades tecnológicas, ha propiciado un relevamiento de la acción explicativa del saber científico. La argumentación sobre el acto educativo en esta propuesta apela a nociones del sentido común y/o ideológico como objetivo vs. subjetivo, y las posiciones moderno vs. tradicional.

En la relación producción-apropiación del conocimiento no hay un cambio estructural, ya que la apropiación es didácticamente el objeto de atención predominante. En la tecnología Educativa la función del conocimiento no varía cualitativamente de la corriente tradicional, ya que sigue siendo el núcleo teórico lo principal, el cual aparece como una estructura inamovible, privada de dirección e interacciones. Las principales nociones y el sustrato teórico de esta corriente abrevia en el neopositivismo y el empirismo en sus versiones actuales, y se sostiene en una clara concepción neoliberal, en la cual el progreso, a través de la tecnología, es el camino progresivo de la democracia, de la cual se derivan concepciones de ciencia y quehacer científico envueltas en una idea de modernidad seductora que descalifica a lo tradicional.

En relación con el problema específico de la transmisión del conocimiento, el “logos” de la Tecnología Educativa se expresa como:

“Aquel modo racional de organización de los medios para la consecución de fines”

El paradigma tecnológico replantea en algún sentido la función del conocimiento en el momento en que se le caracteriza e identifica como dato o hecho observable y medible, susceptible de control. Para abordar el proceso de apropiación, la Tecnología Educativa crea una inminente necesidad de definir los comportamientos académicos observables a través de objetivos conductuales (hechos medibles). Así el contenido en tanto que objeto de conocimiento en sí mismo queda delimitado como hecho parcial de un campo del saber, descontextuando de su nivel de producción y ajeno a la acción en la cual se produce como fenómeno histórico.

La apropiación del conocimiento queda definida por las condiciones causales iniciales del hecho o dato observable, haciendo del contenido un “recorte de realidad” estático, objetivo y neutro, aprehensible de manera directa e inmediata, y dejando de lado el problema de las implicaciones contextuales que impone el desarrollo tecnológico al propio quehacer docente, al centrar la atención en la eficiencia del método.

El énfasis que la tecnología educativa pone en lo metodológico, pretendiendo que desde este nivel es posible tener resuelta la aprehensión de cualquier objeto de la realidad, incluso sin considerar las condiciones concretas que definen la relación medios-fines, la acción docente y la explicación del objeto de conocimiento, se sostiene en el supuesto de que existe una sola forma explicativa de relación sujeto-objeto, y una relación teoría-práctica unívoca. Desde esta perspectiva, la transmisión de conocimientos es una búsqueda constante de formas de “optimización de procesos para el logro eficaz de

aprendizajes”. La función de la transmisión de conocimiento es, aquí, de cierre, si se toma en cuenta el argumento de neutralidad científica en la que se apoya la acción docente. Por lo tanto existen fuertes implicaciones ideológicas en esta propuesta de búsqueda de la eficiencia, que son parte de un bloqueo cultural que se produce a partir del énfasis puesto en “el Saber” que subyace en la racionalidad técnica, la cual pretende soslayar el bloqueo del lenguaje y los códigos disciplinarios a través de los medios.

Sobre el problema del lenguaje disciplinario, es evidente que sale al paso, como todo discurso educativo, a través de modelos de sistematización de aprendizaje, al margen de cualquier consideración acerca de la racionalidad de cada campo de conocimiento. Es decir, que las formas de pensar la racionalidad y la lógica del conocimiento no son parte de los propósitos de sistematización y control, empeñados en “mostrar eficiente y eficazmente” las verdades acabadas.

En la Tecnología Educativa, como señala Habermas la racionalidad técnica es también ideológica, y al pretender neutralidad científica no hace sino enfatizar el sentido ideológico de su quehacer, buscando con ello llenar el vacío epistemológico de su propuesta.¹³

Haciendo un recorrido de lo que ha sido denominado Tecnología Educativa, hay dos vertientes fundamentales. En primer término las concepciones propias de los años 50 y 60, en las cuales correspondía a la Tecnología educativa el estudio de los medios como generadores de aprendizaje. En segundo lugar, a partir de los años 70, aquéllas concepciones que definen a la Tecnología Educativa por su estudio de la enseñanza como proceso tecnológico (De Pablos Pons, 1994). Un ejemplo de esta perspectiva es la declaración formulada por la Comisión sobre Tecnología Educativa en 1970:

“Es una manera sistemática de diseñar, llevar a cabo y evaluar todo el proceso de aprendizaje y enseñanza en términos de objetivos específicos, basados en la investigación del aprendizaje y la comunicación humana, empleando una combinación de recursos humanos y materiales para conseguir un aprendizaje más efectivo.”

La visión de los españoles, Sarramona López (1994) afirman que la Tecnología Educativa es aquélla que reflexiona sobre la aplicación de la técnica a la resolución de problemas educativos, justificada en la ciencia vigente en cada momento histórico. En México, Quesada Castillo (1990) define la Tecnología Educativa como el estudio científico de las prácticas educativas, técnica-práctica fundada en el conocimiento científico, dado que la tecnología pretende borrar la distancia entre la eficacia infundada y el saber científico.

En Argentina, Litwin (1993) plantea una conceptualización del campo que recupera su especificidad:

Entendemos a la Tecnología Educativa como el cuerpo de conocimiento que, basándose en disciplinas científicas referidas a la

¹³ Cabello B.V. Consideraciones generales sobre la transmisión del conocimiento y el problema de la didáctica. Perfiles Educativos, núm. 49-50, 1990: p 31-33

práctica de la enseñanza, incorpora todos los medios a su alcance y responde a la consecución de fines en los contextos sociohistóricos que le otorgan significación. La Tecnología Educativa, al igual que la didáctica, se preocupa por las prácticas de la enseñanza, pero a diferencia de ésta, incluye entre sus preocupaciones el análisis de la teoría de la comunicación y de los nuevos desarrollos tecnológicos: la informática, el video, la TV, la radio, etc.

Aún en la actualidad se suele hablar del método tecnológico cuando en realidad debiera estar hablándose del modelo tecnicista. Es por ello que la preocupación desde lo tecnológico-político resulta fundamental en el reconocimiento de los fines y propuestas de la Tecnología Educativa.

Diferentes autores coinciden en citar el origen de la Tecnología Educativa en la década de los 50s. Para Bartolomé y Sancho (1994), esta es una década clave para el posterior desarrollo de todos los ámbitos de la Tecnología Educativa, destacándose en ese momento la importancia creciente del tema de la comunicación. Este origen se sitúa en Estados Unidos, se caracteriza por un claro predominio del desarrollo de los artefactos y una voluntad declarada de contar con otros campos científicos de apoyo, especialmente le de la psicología. En esos años, la Tecnología Educativa se constituye en la opción, en tanto se ocupa de los problemas prácticos de la enseñanza, a diferencia de otros campos. La psicología de la educación, aparecía centrada en búsquedas investigativas de fuerte carácter experimental. Hacia la década de los 60s, se comienzan a incorporar los avances de la psicología cognitiva, para analizar los medios desde los procesos cognitivos provocados. Se intenta comprobar la incidencia de distintos métodos o medios en el proceso de aprendizaje del alumno. Aún cuando estas investigaciones comienzan a realizarse dentro del contexto del aula, se siguen ignorando los intercambios mayores y más complejos que ahí se producen. Hacia fines de la década del 60 y en los años 70, la Tecnología Educativa puede ser caracterizada desde dos puntos de vista: uno restringido y otro amplio (Díaz Barriga, 1994). La visión restringida aparece vinculada al empleo de nuevas tecnologías, pero sigue siendo el límite de los artefactos, de la utilización de medios. Esta visión tiene escaso desarrollo en América Latina por los costos que implica la tecnologización de los sistemas educativos. En la visión amplia, la Tecnología Educativa es caracterizada como conjunto de procedimientos, principios y lógicas para atender los problemas de la educación.

“El eje de esta visión ampliada fue la perspectiva de buscar solución a los problemas antes de establecer una conceptualización de los mismos, en el plano teleológico reivindicó la importancia de los medios para la solución de los problemas estableciendo que no le competía el problema de los fines (Díaz Barriga, 1994)”

“Sin embargo, la mejora automática del sistema educativo por la inclusión de los medios no se comprueba efectivamente, y la Tecnología Educativa, en el marco de la denominada visión amplia, persiste en su intención de controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje.”

La concepción de la Tecnología educativa, como el uso de recursos audiovisuales en la enseñanza, pronto fue refutada, aunque pudo sobrevivir largo tiempo entre algunos educadores y comunicadores latinoamericanos”

Para Poloniato (1994) la visión amplia se enmarca en una línea dominante iniciada en los 60s, que se reafirma en la década de los 70s y marca a la Tecnología Educativa, fundándose en el desarrollo y la administración de elementos sistémicos.

En el enfoque sistémico la educación es concebida como el sistema o la totalidad de subsistemas interrelacionados. El sistema es un conjunto de datos vinculados entre sí y con los datos del medio ambiente. La búsqueda en este enfoque, está orientada al acrecentamiento de la eficacia y al control de que realmente se produzcan los efectos buscados. Se pretende la regularidad, no aparece una búsqueda de la contradicción como el modo de avanzar en el conocimiento.

Según Quesada Castillo (1990), se criticó a la Tecnología Educativa como si los proyectos particulares la constituyeran, entre las críticas más frecuentes se mencionan:

- Visión empresarial de las escuelas
- Atomización del proceso de enseñanza y del sujeto de aprendizaje
- Mecanicismo
- Instrumentalismo
- Eficientismo
- Desestimación del contexto político-histórico-social del proceso educativo

Cabe destacar las afirmaciones de Díaz Barriga (1994) respecto de la crítica:

“Quizá el exceso de la crítica, como un movimiento pendular, generó nuevos problemas, entre ellos destaca en primer lugar, el ataque a toda forma o propuesta técnica por declararla propia de un pensamiento técnico-instrumental, y en segundo lugar, el desprecio y el descuido por el desarrollo y aplicación de técnicas de bajo costo, así como las que se pueden derivar de las nuevas tecnologías de la comunicación y de la computación. También es necesario registrar los saldos negativos, de esta postulación crítica, ya que se generó un olvido de que toda propuesta educativa sólo es viable si tiene una dimensión técnica, y al mismo tiempo se descuidó un necesario análisis con que las formas de pensar de los niños y jóvenes de hoy están estructuradas a partir de los medios de comunicación”¹⁴

Frente a la Tecnología educativa existen diferentes posturas: los que la elogian sin considerar sus riesgos y limitaciones; los que la critican sin rescatar sus aspectos positivos. Hoy en día la idea de una sociedad comunicada por satélite, en la cual todos accedemos a la información de cualquier parte del mundo, expone a una sociedad “globalizada”, esta crea una ficción de acceso para todos a la información, es decir la inexistencia de

¹⁴ Maggio M.El campo de la tecnología educativa: algunas aperturas para su reconceptualización. En Tecnología educativa, política, historias, propuestas. Editorial Paidós. 2000: p 25-37.

fronteras. Los cambios tecnológicos orientan, muchas veces, las decisiones políticas, ideológicas y pedagógicas en el interior de las escuelas, las leyes del mercado, de la oferta y demanda en nuestro presente cruzan a las instituciones educativas.

En el IMSS su aplicación se extendió a todos los niveles educativos de la institución (enfermería, formación de profesores, médicos, trabajo social, administrativos, etc.) y tuvo su auge en la década de los ochentas. En esta época se pensó que este diseño podría responder a la solución de la demanda educativa y del proceso de enseñanza aprendizaje. Sin embargo la experiencia educativa por lo menos en el IMSS no mostró un mejor desempeño de los trabajadores capacitados bajo este enfoque, desafortunadamente el modelo fragmentaba los aprendizajes, favorecía lo memorístico, tenía poca vinculación con la práctica, y su modelo de calificación era a través de exámenes estructurados de opción múltiple y listas de cotejo o escalas de Likert para calificar las habilidades y destrezas así como el aspecto emotivo de los participantes. No obstante que los educadores le trataron de dar un sustento teórico en un modelo de aprendizaje cognocitivist, no dejo de tener un gran soporte conductista, ya que sus objetivos operativos se determinaban de acuerdo al grado de aprendizaje que el profesor determinaba (Niveles de Bloom), por otra parte este curriculum no estaba centrado en el alumno sino en el profesor y la institución, había poca participación del educando en la construcción del conocimiento. Este modelo continuo en el IMSS hasta mediados de 1998, año en que el IMSS cambia el paradigma curricular a Competencias Holísticas.

Desarrollo histórico de los objetivos y sus niveles de definición

Tanto políticos como filósofos han asignado objetivos a la educación, pero en general fueron establecidos de una manera excesivamente amplia y ambigua. Para De Landsheere (1975), fue Bobbitt (the curriculum, 1918) el primero en proponer un método para concretar los objetivos educativos, propuso la preparación a la vida adulta como objeto general de la educación, y que se analizaran las diferentes actividades sociales, cívicas, religiosas, sanitarias, además, examinaba los errores de los estudiantes para saber qué puntos convenía reforzare en la enseñanza, sin embargo tuvo escaso éxito, y es a partir de la década de los 50' con la renovación de programas escolares, la enseñanza programada y el análisis de tareas, y la participación efectiva de ciudadanos en la elección de objetivos de la educación, comenzaron a definirse con precisión dichos objetivos y a definirse las prioridades educativas.

En la definición de los objetivos podemos distinguir tres niveles, los:

- Generales y fines generales de la educación
- Definidos según taxonomías
- Operacionales

Objetivos generales o fines de la educación

Los objetivos generales o fines dependen de la política educativa y la filosofía de la educación, su elección depende de las personas implicadas en el proceso educativo.

Las taxonomías (Bloom, 1956; Gerlach y Sullivan, 1967; Guilford, 1967; Merrill, 1971) constituyen un puente entre los objetivos generales y las actividades concretas del aprendizaje.

A pesar de reconocer la importancia de esta taxonomía, distintos autores (la mayoría de ellos psicólogos formados en el campo de análisis experimental del comportamiento) consideran que está saturada de términos mentalistas y ambiguos. Expresiones tales como reconocer, interpretar, comprender o recordar necesitan una definición operacional. Por eso algunos autores han operacionalizado la taxonomía de Bloom; otros han aplicado el trabajo de Mayer (1962) al definir los objetivos operacionales mediante sus requisitos.

Las principales ventajas que ofrece la definición operacional de los objetivos antes de elaborar una unidad de enseñanza, son:

- revelar la naturaleza de la conducta terminal
- determinar el camino por seguir
- facilitar la elección de las experiencias de aprendizaje del método de enseñanza
- evaluar correctamente, sólo si los objetivos están bien definidos, podrá comprobarse la eficacia del sistema y el control del aprendizaje.

Taxonomía de Bloom

Con la intención inicial de clasificar las preguntas de examen para obtener un marco teórico que facilitara la comunicación entre los examinadores y planificadores de currícula, nace la idea de Bloom de elaborar una taxonomía de los objetivos en 1948; esta se publica en 1956.

Esta taxonomía está concebida como una clasificación de los comportamientos del estudiante resultantes del proceso educativo.

El trabajo de Bloom se desarrollo a partir del análisis de listas de objetivos tomadas de las instituciones escolares, esta clasificación ayuda a descubrir la pobreza de muchas actividades educativas cuyo interés predominante se orienta a los aprendizajes por memorización.

Su principal aportación fue racionalizar, sistematizar y evaluar la acción educativa, hasta entonces dependiente de la habilidad, intuición o sentido común de cada educador.

Esta clasificación se articula en tres dominios: cognoscitivo, psicomotor, y afectivo

Se realiza una ordenación jerárquica de los objetivos, que comienza con los comportamientos más simples hasta llegar a los más complejos, de manera que los de una categoría de objetivos suponen todas las conductas incluidas en las categorías inferiores.

Taxonomía de Bloom. Dominio cognoscitivo

Conocimiento	De datos específicos	De la terminología De hechos específicos
	De los modos y medios	De las convenciones De las tendencias y secuencias De las clasificaciones y categorías De la metodología
	De los universales y las abstracciones en un campo determinado	De principios y generalizaciones De teorías y estructuras
Comprensión	Traducción. Interpretación. Extrapolación	
Aplicación		
Análisis	De los elementos, de relaciones, de los principios de organización	
Síntesis	Producción de una comunicación única. De un plan o conjunto de operaciones propuestas. Derivación de un conjunto de relaciones abstractas	
Evaluación	Juicios en términos de evidencia interna y formulados en términos de criterios externos	

Para Herman (1977) y Vargas (1972) las principales críticas a esta taxonomía son las siguientes:

- Surge de preguntas de examen
- La categorías son ambiguas
- No es válida sin referencia al pasado comportamental del individuo
- La jerarquía taxonómica es impugnable
- Aplica las mismas clasificaciones a todos los contenidos
- Excesivo énfasis en las subcategorías de conocimiento.

En cuanto a que las categorías son ambiguas, Bloom reconoce esta dificultad cuando afirma que no ha conseguido encontrar un sistema que permita una distinción clara y completa entre diferentes comportamientos.

Por otra parte en la sección de los objetivos operacionales o conductuales, los objetivos no están definidos operacionalmente. El carácter mentalista y no

observable aparece en términos que se prestan a múltiples interpretaciones (recordar, entender, comprender).

R.Gagné (The Conditions of Learning 1964) observa que algunas categorías y subcategorías se distinguen sólo por su contenido y no por las condiciones de aprendizaje de los comportamientos, como el conocimiento de la terminología y las clasificaciones, tampoco existe una línea divisoria exacta entre el análisis y la comprensión, ni entre aquél y la evaluación

Objetivos operacionales

Los objetivos conductuales están relacionados con la filosofía del operacionismo. Este se origina en la obra de Bridgman (1972) *the logic of modern physics*. La idea central del operacionismo consiste en que el significado de todo término científico debe ser especificable mediante una serie de operaciones concretas. Lo importante de un procedimiento operacional es que cualquier investigador competente pueda realizarlo de manera inequívoca, que el resultado se compruebe objetivamente y que no dependa de la persona que lo haya llevado a cabo.

Según Bayés (1978) una definición operacional es “aquella que nos indica qué hacer para que cualquier investigador pueda observar el fenómeno definido, y consiste en la enumeración detallada de las operaciones necesarias para producir el fenómeno”. De una manera precursora, Thorndike (1921) inicia la operacionalización de los objetivos operativos, al afirmar que el comportamiento del alumno se definirá con base en acontecimientos reconocibles por unos observadores imparciales y comprobables con la ayuda de los medios necesarios. La tarea de especificar objetivos educacionales la realizaron autores como Talyer (1950) Y Bloom (1956), aunque no hayan llegado a la operacionalización.

A partir de la década de los 60', los objetivos conductuales han sido los conceptos centrales no sólo de la enseñanza programada, sino de un campo mayor, el de la tecnología educativa.

Según Mayer, los objetivos operacionales deben establecer las cosas que el estudiante será capaz de hacer después de la experiencia de aprendizaje. Para definir operacionalmente un objetivo, según Mayer y Vargas, es necesario cubrir los siguientes requisitos:

- Referirse a la conducta del alumno
- Describir una conducta observable
- Establecer las condiciones en que se dará el comportamiento, y
- Especificar un criterio de ejecución de respuesta aceptable

Las críticas efectuadas a los objetivos conductuales están interrelacionadas a muchos aspectos y su clasificación es difícil y arbitraria, pese a tales inconvenientes, las críticas van dirigidas hacia el origen de los objetivos

conductuales, trivialidad de los objetivos, nivel de especificidad, falta de flexibilidad y limitación de los aprendizajes.¹⁵

2.2) VINCULACION ENTRE FORMACION Y PRÁCTICAS COTIDIANAS

En el presente capítulo se realizara la vinculación y el análisis entre la formación educativa que se ha desarrollado dentro del IMSS y el desarrollo de las prácticas en la vida cotidiana de los actores educativos de esta institución.

De esta manera se proponen las siguientes categorías para lograr este análisis de la vida cotidiana en el ámbito educativo del IMSS:

- Identidad y grupo
- Rutina
- Roles
- Normas
- Actitudes

El ser humano en el camino de su desarrollo ha tenido la posibilidad de elegir su lugar en el mundo y, con él, sus costumbres, normas y creencias, lo que origina un despliegue de valores dentro de esferas heterogéneas. Lo que hace que se conceptualice al valor como todo lo que produce directamente el despliegue de la esencia humana.

La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social, por consiguiente en toda sociedad hay una vida cotidiana y todo hombre sea cual sea su lugar en la división social del trabajo, tiene una vida cotidiana.¹⁶ La vida cotidiana es la vida del individuo, el individuo es siempre y al mismo tiempo ser particular y ser específico. Visto de esta manera la vida cotidiana no esta fuera de la historia, sino en el centro del acontecer histórico, es la verdadera esencia de la sustancia social.

En esta combinación de costumbres, normas, creencias y la consecuente creación de valores se desarrolla la vida cotidiana, la cual es la vida de todo ser humano, en donde participa en la vida con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad y en ella pone todos sus sentidos, todas sus capacidades intelectuales, sus habilidades manipulativas, sus sentimientos, sus pasiones, ideas, ideologías. El hombre de la cotidianidad es activo y goza, obra y recibe, es afectivo y racional, pero no tiene el tiempo ni posibilidad de absorberse enteramente en ninguno de estos aspectos. Son partes orgánicas de la vida cotidiana la organización del trabajo y de la vida privada, las distracciones y el descanso, la actividad social sistematizada, el tráfico y la purificación, pero su significado, al igual que su contenido, no es

¹⁵ Bloom, B. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals, New York, David McKay, 1956. Traducción al español: Taxonomía de los objetivos de la educación. (5ª ed.). Buenos Aires, El Ateneo, 1971.

¹⁶ Heller A. Presentación de la edición en castellano. En Historia y Vida Cotidiana. Editorial Grijalbo. 1970: p 8-10.

simplemente heterogénea, sino también jerárquica, así por ejemplo en la época de los faraones en Egipto el trabajo fue dominante en esta jerarquía y para determinada clase de trabajadores (constructores de las grandes pirámides).¹⁷

La **identidad** institucional del Seguro Social ha sido creada a través de la construcción de la seguridad social, en donde se ha conformado una estructura concreta de la división social del trabajo, por lo consiguiente, en la formación de la vida cotidiana del particular, el **grupo** es el factor primario en la medida en que el particular se apropia de la socialidad de este. Cuales sean los grupos concretos en los que el hombre se apropie de las habilidades necesarias para la vida cotidiana, depende también en gran medida de la totalidad de la sociedad y, en el interior de esta, del puesto que el hombre asume en la división social del trabajo. De tal suerte que las divisiones de trabajo dentro del instituto se han ido agregando, ya que inicialmente su misión y objetivo general institucional era la de garantizar una pensión laboral, sin embargo se implementaron los servicios de salud (médicos, enfermería, intendencia, abogados, sociólogos, economistas, psicólogos) así como servicios de prestaciones económicas y sociales. Con el nacimiento de la sociedad burguesa solamente los grupos representan las formaciones sociales a las cuales todos están obligados a pertenecer.

El hombre aprende en el grupo los elementos de la cotidianeidad (como comportarse en determinadas situaciones), pero no ingresa en las filas de los adultos, ni las normas asimiladas cobran valor, sino cuando éstas comunican realmente al individuo los valores de las integraciones mayores, cuando el individuo es capaz de sostenerse autónomamente en el mundo de las integraciones mayores, de orientarse en situaciones que ya no tienen las dimensiones del grupo humano, de moverse en el medio de la sociedad en general y, además, de mover por su parte ese medio mismo.¹⁸

En el contexto del IMSS es importante separar las diferentes etapas en que su crecimiento y conformación han dado cambios en la construcción de la **identidad** individual e institucional. En la primera etapa la cual podemos situarla desde su creación (1943) hasta fines de la década de los 60s, el trabajador IMSS estaba identificado con la gran misión institucional en donde se plasmaban los beneficios de la Seguridad Social, el instituto tuvo un crecimiento económico importante, se crearon los centros recreativos de Oaxtepec, La Malinche y Metepec, se diversificaron sus acciones empresariales, construyó grandes complejos habitacionales en donde por medio de créditos accesibles les ofrecía vivienda a sus trabajadores, el superávit era enorme, no había desabasto y el prestigio institucional era alto, se le reconocía su aportación al beneficio de la salud y en prestaciones económicas a los trabajadores mexicanos. Por lo tanto estas identidades respondían a la Misión institucional del momento, con lo que se logra la satisfacción personal del trabajador y del derechohabiente. En lo individual, por ejemplo, el médico era altamente reconocido por su capacidad técnica y por el tipo de servicio que se brindaba en cualquiera de los niveles de

¹⁷ Heller A. la estructura de la vida cotidiana. En Historia y Vida Cotidiana. Editorial Grijalbo. 1970: p 39-45.

¹⁸ Heller A. El hombre particular y su mundo. En: Sociología de la vida cotidiana. Editorial Península, Historia/ciencia/sociedad. 1994: p 69-73.

atención médica, Ante esta bonanza, en general, el personal del IMSS aun no era perneado por la corrupción y el desinterés a la institución.

En una segunda etapa, de los 70s hasta el momento actual, la crisis económica, el inicio de las políticas estatales de tipo neoliberal, un aumento importante en el número de la población derechohabiente, trajo consigo insatisfacción en el trabajador IMSS, por el desabasto, de recursos, la disminución de su poder adquisitivo, lo que permitió que se fuera perdiendo la identidad anterior, y esta fue sustituida por subculturas organizacionales tales como la corrupción en todos los niveles tanto gerenciales, como operativo, el robo de los insumos y las faltas colectivas al trabajo del personal operativo.

Esto ha creado otra identidad, una identidad que ya no se compromete con la Misión de la institución, una identidad muy frágil, que tampoco da una respuesta satisfactoria ni al trabajador ni al derechohabiente. Esto se agrava por la falta de credibilidad del personal IMSS hacia la propia institución.

Los **roles** están dados de un modo general en la existencia social del hombre, la función del rol no nace casualmente, sino resulta de muchos factores de la vida cotidiana. En las mimesis se basa la asimilación de **roles**, pues sin la imitación activa de la totalidad de un modo de comportamiento no habría asunción de roles. La imitación afecta ante todo a los usos, y ya que el hombre nace en un mundo hecho por el desarrollo social, es aquí donde tendrá que asimilar esos usos al igual que las experiencias del trabajo. El hombre no se enfrenta con usos sueltos, sino que los aprende en una totalidad relativa, como sistema y como estructura. En los terrenos de la realidad se constituyen estructuras consuetudinarias, la tradición y la moda son formas particulares de manifestaciones de este tipo de sistemas, y también de cierta manera del sistema de valores. La tradición cobra mayor importancia en la estructura social orientada al pasado, y la moda en la estructura social orientada al futuro. En el devenir histórico del hombre las sociedades precapitalistas se orientaban al pasado, esto por supuesto implicaba no solo una estabilidad relativa de los usos asimilados, sino también la orientación de toda la vida por la actitud de las generaciones anteriores, pero la posibilidad de una producción indefinida que no se limite a lo elemental (Marx) produce en el hombre la necesidad de modificarse constantemente, esta necesidad de novedad de transformarnos constantemente a nosotros mismos y a nuestra sociedad, se considera una de las mayores conquistas de la humanidad, y entonces la orientación al futuro se convierte en moda, del mismo modo que los tipos de comportamiento tienden a convertirse en roles, la orientación al futuro se transforma en la necesidad de no quedarse a la zaga de la moda.

La sociedad humana tiene la propiedad esencial de que la publicidad de las acciones influye en las acciones mismas, el comportamiento global de los hombres se transforma cuando están puestos ante el público y ante sus juicios; los hombres adoptan entonces una postura, y se debe en parte a que, insertos en este medio, el hombre siente más intensamente como un deber de representar a la humanidad y de ser un ejemplo. Pero eso no significa que los hombres desarrollen un rol ante el público como consecuencia de su esencia social, cuando en realidad lo que hacen es ser más sinceros.

El acto de asumir una postura en público no tiene que ver por si mismo con la asunción de un rol, ya que el comportamiento humano se descompone en

diferentes clichés estereotipados y como la personalidad autónoma del hombre puede perderse enteramente en esos clichés, y si esto ocurre la diferenciación gradual, la diferencia de intensidad siempre dada entre la actitud solitaria y la actitud pública se puede convertir en todo lo contrario de lo dicho.¹⁹

Tomando como base lo expuesto por Agnes Heller, los roles que se han dado dentro del IMSS, también tienen que ver con sus diferentes etapas evolutivas y están dentro de lo que A. Heller ha denominado formas consuetudinarias tipo moda, ya que el desarrollo del IMSS se ha dado siempre en un modo de producción capitalista. Pero es importante mencionar que estos roles se han dado desde el punto de vista laboral en diferentes tiempos y espacios, en formas iniciales muy lentas y actualmente en formas tan rápidas que cuesta mucho trabajo en algunas áreas asumir los nuevos roles.

En el contexto del proceso educativo del IMSS, los roles prácticamente han estado determinados por tres aspectos:

1. Por la tradición de conservar el estatus que había logrado en lo individual e institucional, al ser reconocido como la institución de salud más importante y en donde se daban acciones de salud que eran reconocidas socialmente
2. Determinado por la misma evolución tecnológica de la medicina a nivel internacional y que debía de ser aplicada a una práctica de medicina social, y
3. Por las propias necesidades de educación del personal IMSS

Al generalizarse los comportamientos de rol modifican la función del deber ser en la vida cotidiana. En el deber ser se revela la relación del hombre entero con sus vinculaciones, sean estas de tipo económico, políticas, éticas, morales o de otro tipo

Los roles se determinan en dos vertientes, la de los profesores y los alumnos, en donde los primeros adoptaban roles muy rígidos, lineales y determinados por su mínima formación docente, recordemos que los primeros profesores IMSS se determinaron por la empiria, y no es hasta la creación de una normatividad de educación e Investigación en los setentas cuando se reconoce la necesidad de profesionalizar la docencia institucional, pero esto se da hasta la década de los ochentas al ser integrado el primer Centro de Formación de Profesores en el área de la Salud.

El rol de los alumnos se asumía en ocasiones (las más frecuentes) por la imposición del sistema a adquirir los conocimientos que se derivan de la evolución de la tecnología o del avance administrativo, estos roles se llegaron a estereotipar de cierto modo, ya que al no ser tomados en cuenta para su proceso de formación, la mayoría de los alumnos egresados de los diferentes sistemas educativos del IMSS, regresaban a sus unidades y menos del 20% implementaban los nuevos conocimientos para mejorar el proceso de los servicios de salud.

Finalmente ante los retos de las nuevas tecnologías los roles nuevos que deben de ser asumidos por los trabajadores, en muchas ocasiones, han sido bloqueados por ellos mismos, ya que hay un rechazo importante para asumir

¹⁹ Heller A. Sobre los roles. En Historia y Vida Cotidiana. Editorial Grijalbo. 1970: p 123-151

tecnologías para las cuales no han sido capacitados y las ven como amenaza para ser desplazados de sus puestos laborales.

Pero aun cuando las funciones de rol ante todo están condicionadas por el conjunto de la sociedad, el hombre es mas que el conjunto de roles, ya que estos son simplemente las formas de sus relaciones sociales, estereotipadas en clichés, y por que los roles no agotan el comportamiento humano en su totalidad

En la escolaridad obligatoria, el curriculum suele reflejar un proyecto educativo globalizador, que agrupa a diversas facetas de la cultura, del desarrollo personal y social, de las necesidades vitales de los individuos para desenvolverse en sociedad, destrezas y habilidades consideradas fundamentales. Es decir, por contenidos en este caso se entiende algo más que una selección de conocimientos pertenecientes a diversos ámbitos del saber elaborado y formalizado. Esto es muy importante conceptualmente, pues en la acepción más corriente, por contenidos tan solo se consideran los elementos provenientes de campos especializados del saber más elaborado. Los contenidos de la curricula en niveles educativos superiores o laborales, por lo general se suscriben a los clásicos componentes derivados de las disciplinas o materias.

El curriculum, no hace pues, sino reflejar el carácter de institución total que cada vez de forma más explícita esta asumiendo la escuela.

De tal suerte, la tecnología educativa no modificó sustancialmente la forma de aprendizaje y menos el abordaje de la problemática que se daba en el área de la salud, ya que sus contenidos en este campo eran muy fragmentados ya que fueron elaborados de campos muy especializados del saber.

Los procesos educativos en el área de la salud bajo la perspectiva de la Tecnología Educativa, privilegiaba el trabajo en aula, con poca participación en el campo laboral y en muchas ocasiones desvinculada de los objetivos operativos propuestos por educación médica. Un ejemplo de este proceso educativo es la formación de residentes de especialidad. A nivel de Medicina Interna un residente de segundo año, rotaba por servicios tales como cardiología, nefrología, dermatología, Unidad Coronaria, y sus contenidos del programa universitario y del IMSS en ese año de formación le solicitaban aprendizajes de endocrinología, psiquiatría o hematología, por lo tanto lo aprendido en el aula, en el mejor de los casos lo podía poner en práctica hasta el año siguiente que tenia las rotaciones por los servicios antes mencionados.

Las evaluaciones del aprendizaje se realizaba mediante exámenes estructurados como lo he comentado anteriormente y no se le daba la formalidad adecuada cuando había que evaluar las actitudes y destrezas mediante las escalas evaluativas, en muchas ocasiones el mismo médico residente se autocalificaba sin la mínima supervisión por parte de los coordinadores.

Estas inconsistencias y la falta de profesionalización de la docencia en muchos de los casos educativos dentro del IMSS, influyeron en el fracaso de la aplicación de la Tecnología educativa en el área de la salud.

No hay que olvidar que los cambios que se desprenden de la Globalización y del posmodernismo, tales como mayor competitividad, cultura de calidad, cuestionamiento a las formas curriculares de las instituciones educativas, y el

cambio de paradigmas en los valores sociales, sobre todo a finales de la década de los ochentas y principios de los noventas, también influyeron en el fracaso pedagógico de este enfoque, ya que ante las transiciones políticas, económicas, educativas, sociales, etc., la tecnología educativa quedaba rebasada ante las nuevas demandas sociales, ya que además de los problemas estructurales que se han comentado a nivel metodológico, carecía de una visión pedagógica crítica, en donde permitiera verse como un currículum más flexible, menos conductista, y con menor fragmentación del aprendizaje, basado en objetivos operativos.

2.3) MODELO DE COMPETENCIAS: CAMBIO DE PARADIGMA EDUCATIVO

Bertrand Shwartz en la década de los sesentas inicia su propuesta de educación basada en competencias, tras haber sido consultado por mineros de carbón del norte de Francia, ya que estos obreros se quedaban sin fuente de trabajo y no tenían una capacitación para enfrentar otros escenarios laborales. El Dr. Shwartz observó que los mineros partían de la premisa de negar sus conocimientos, por lo que despertó su conciencia de sus conocimientos adquiridos durante su vida laboral y educación básica, siendo esto parte básica de las competencias como una forma emergente de ver al proceso de enseñanza aprendizaje, de aquí se desprende que él observó inicialmente la problemática de los obreros y sobre esta construyó una forma diferente de llevar a cabo el proceso educativo, a través de conceptualizar la relación **sujeto-realidad**.²⁰

Se han construido diferentes conceptos sobre lo que se debe de entender por competencia, entre ellas destacan la OIT y la del CONOCER:

“La competencia laboral es: la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no solo a través de la instrucción, sino también –y en gran medida– mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo”. (Organización Internacional del Trabajo –OIT–, Ducci, 1997)

“La aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresadas en el saber, el hacer y el saber hacer”. (Conocer, 1997)

Algunas definiciones desde el mundo de la educación:

Competencia es:

«La capacidad para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre algún aspecto de la realidad personal, social, natural o simbólica». Cada competencia es así entendida como la integración de tres tipos de saberes: «conceptual (saber), procedimental (saber hacer) y actitudinal (ser). Son aprendizajes integradores que

²⁰ Schwartz B. Modernizar sin excluir. México: SEP; 1996. p. 13-97, 221-247. (p. 1-11 versión modificada)

involucran la reflexión sobre el propio proceso de aprendizaje (metacognición)». (Pinto, 1999)

Por lo tanto la definición de las competencias, y más aún de los niveles de competencias para ocupaciones dadas se construyen en la práctica social y son una tarea conjunta entre empresas, trabajadores y educadores». (Gallart y Jacinto, 1997)

Se han manifestado diferentes formas de integrar la educación basada en competencias (EBC), de las propuestas que se han llevado a cabo están por:

Tareas
Atributos
Holística

En la primera el alumno solo es educado para realizar tareas específicas, muy generales y de baja complejidad, sin embargo algunas universidades o politécnicos han adoptado esta forma de impartir una educación emergente (UR 2000, licenciatura de enfermería en el IPN).

Por atributos el alumno sabe que hacer, pero la vinculación teórico práctica y el aprendizaje de nuevos comportamiento en la esfera afectiva es poco relevante.

La propuesta Holística es la conjunción de tareas y atributos, pero con la característica de llevar el aprendizaje a través de la concepción de la relación entre **sujeto – realidad**, integrando escenarios laborales o su equivalente, además de las propuestas para un cambio de actitudes ante lo laboral con base en la realidad del sujeto.²¹

La conceptualización de la competencia laboral también se ha enfocado en la relación entre educación y trabajo. En Australia se ha desarrollado un enfoque al cual denominan «integrado» u holístico. También es holística la manera en que están mirando la educación sin hacer separaciones tajantes entre sus distintas formas, vale decir, educación formal, no formal o capacitación, educación refleja o ambiental.

La definición adoptada en Australia por las profesiones y en cierta forma por todas las áreas ocupacionales expresa que la competencia se concibe como una compleja estructura de atributos necesarios para el desempeño en situaciones específicas. Obviamente, incorpora la idea de juicio. Por atributos se entienden los conocimientos, actitudes, valores y habilidades que se ponen en juego para que los estudiantes interpreten la situación específica en la que se encuentran y actúen en consecuencia; es decir, la noción de competencia es relacional. Reúne factores disímiles –las habilidades de los individuos (derivadas de combinaciones de atributos) y las tareas que tienen que desempeñar en determinadas situaciones. (Gonczi y Athanasou, 1996). Estos autores plantean también que se trata de un enfoque holístico en la medida en que integra y relaciona atributos y tareas, permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneamente y toma en cuenta el contexto

²¹ Malpica MC. El punto de vista pedagógico. En: Argüelles A, compilador. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: Limusa; 1996. p. 125-40.

y la cultura del lugar de trabajo. Permite, además, incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño.

En su provocativo análisis sobre las bases filosóficas del concepto integrado de competencia, los australianos Hager y Beckett (1996), expresan que «si bien los atributos son lógicamente necesarios para la competencia, por sí solos no bastan, puesto que cualquier explicación satisfactoria de la competencia debe cubrir tanto los atributos como las tareas». La noción de *tarea* es aquí amplia, refiriéndose a que en su sentido más amplio, *tarea* implica el desempeño en función de una concepción global de lo que es el propio trabajo, de lo que es desempeñarlo éticamente.

Otro punto de vista educativo de las competencias ha sido conceptualizado por Argentina como un conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionados entre sí que permiten desempeños satisfactorios en situaciones reales de trabajo, según estándares utilizados en el área ocupacional». (Consejo Federal de Cultura y Educación de Argentina).

No se trata de algo que una persona aprende para repetirlo después en el tiempo dentro de las mismas coordenadas. Es un aprendizaje que constituye un capital que la persona, con todo lo que es y tiene, pone en juego adaptativamente según las circunstancias en que se encuentre.

Estos conceptos de competencias abarca el desarrollo de las actitudes de la persona, lo que el individuo es en su afectividad y su volición, buscando un enfoque integrador en que la persona, desde su ser, ponga en juego todo su saber y su saber hacer

Si consideramos los elementos comunes extraídos de las definiciones, se puede acercar un concepto de competencia como la combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en acción para un desempeño adecuado en un contexto dado. Más aún, se habla de un *saber actuar movilizándolo* todos los recursos.

La competencia es la combinación integrada de un saber, un saber hacer, un saber ser y un saber ser con los demás; que se ponen en acción para un desempeño adecuado en un contexto dado.

Los saberes en juego son varios y no se agotan en el saber conocer y saber hacer. Por el contrario, un tema que ha surgido con gran fuerza es el saber ser, tipo de saber que remite a los aspectos de la personalidad del trabajador o trabajadora, especialmente las actitudes, que se ponen en juego en un desempeño competente y esto tiene una aplicación directa a la educación.

Los tres tipos de saberes que encontramos en las competencias –saber conocer (y aprender), saber hacer y saber ser– forman una tríada que ya es casi clásica. El saber ser incluye, evidentemente, las relaciones consigo mismo, con los demás y con el entorno. De todos modos, consideramos que no estaría de más enfatizar la dimensión social tal como la plantea, por ejemplo, el Informe Delors (1995) al proponer las cuatro dimensiones básicas que toda persona debe poseer: Aprender a ser, a conocer (y a aprender), a hacer, y a vivir en paz con los demás. Este marco corresponde, en UNESCO, a un marco mayor que es la cultura de paz y la convivencia democrática, temas que se espera permeen la vida familiar, los ambientes educacionales y laborales y todos los espacios en los cuales se desarrolla la vida humana.

Leonard Mertens (1996) llama la atención, y que por la vía de hacer distinciones puede facilitar una mejor comprensión del tema: a. la distinción entre calificación y competencia; y b. la relación competencia/puesto de trabajo.

a. Calificación y competencia

Se considera que la calificación señala los conocimientos, capacidades, habilidades y modelos de comportamientos que una persona tiene para ejecutar una actividad o puesto de trabajo. Se trata de un reconocimiento del logro alcanzado por una persona en el proceso de socialización y/o de educación/ formación y que corresponde a la *totalidad* de una actividad o puesto de trabajo.

Esta calificación se expresa normalmente en los certificados y diplomas de la escuela y la universidad o los cursos de capacitación. La competencia, en cambio, «se refiere solo a *algunos aspectos* de este acervo de conocimientos y habilidades: aquellos que son necesarios para llegar a *ciertos resultados exigidos en una circunstancia determinada*». Interesante resulta, también, el comentario de Eduardo Rojas (1999) sobre una nueva discusión sobre el tema, puesto que «la noción de calificación en el contexto actual es análoga a la de competencia colectiva».

b. Competencia y puesto de trabajo

Las competencias identifican ante todo resultados laborales concretos que pueden encerrar diferentes funciones; no se refieren a puestos de trabajo, ni a conjuntos de operaciones; se trata de situaciones concretas de trabajo y no de los elementos estructurales de una operación o de sus elementos.

Lo dinámico es central respecto a las competencias. Los puestos de trabajo están cambiando y la literatura consultada y las experiencias conocidas nos muestran que un concepto importante es la idea de movilizar las competencias.

Esta idea puede tener una doble perspectiva: la personal, correspondiente a cada trabajador o trabajadora movilizando o poniendo en movimiento sus propios recursos, y la organizacional, en el sentido de la organización laboral movilizando las competencias de su fuerza de trabajo. En este ámbito Montero (1996) reconoció que si bien «la escolaridad y la formación profesional garantizan, en principio, una base de conocimientos, la competencia se adquiere a lo largo de la vida profesional en la medida en que esos conocimientos son movilizados y aplicados en la práctica.

Al respecto, ver, por ejemplo, autores como Alaluf y LeBoterf o la afirmación de Witorski en el sentido que «toda competencia es reconocida y afirmada por un tercero». (Witorski, 1999).

La competencia es fundamental tanto en el presente de los trabajadores, como en sus posibilidades de movilidad horizontal y vertical, con ascensos o cambios de trabajo. Los certificados de la educación formal y de la formación profesional no siempre reflejan capacidades reales de las personas para desempeños competentes posteriores. Más aún, según los países e incluso según la institución de que se trate dentro de un determinado país, el certificado puede estar más cerca o más lejos de reflejar la realidad de lo que

la persona conoce y lo que la persona sabe hacer, con lo que conoce para poder actuar.

Más que seguir comentando sobre estos temas, presentaremos tres ejemplos de conjuntos de competencias, de orígenes geográficos diferentes, puesto que uno corresponde a los Estados Unidos, otro a Brasil y el último es un significativo esfuerzo de las Naciones Unidas. En el caso de los EEUU se trata del Informe Scans (1991), y en Brasil, el conjunto de competencias que se exige desde 1998 a los estudiantes que egresan de la educación secundaria. La selección de enfoque de competencias en áreas como la información sobre el mercado de trabajo, la actualización de programas de formación, la visualización de las oportunidades de carrera para los trabajadores; con lo cual se generan múltiples ventajas para los diferentes actores en el mundo de la formación y el trabajo.

El marco provee información sobre las competencias requeridas para el desempeño laboral exitoso en las áreas ocupacionales que cubre. Como se verá más adelante una de las áreas de desempeño ocupacional que existe en todos los casos es la de Salud.²²

Las mismas ocupaciones del sector salud tienen una impronta ocupacional distintiva, son mucho más específicas que el sector servicios y además tienen que ver con el cuidado de personas, pero este cuidado debe de establecerse bajo un marco educativo que repercuta en una mejor calidad de vida teniendo en cuenta la prevención y romper con el viejo paradigma biologicista de la enfermedad.

Entonces, el primer reconocimiento que se hace en un marco nacional de competencias es el de la existencia de grandes áreas de desempeño ocupacional que, como se dijo, son definidas primordialmente con base en las competencias inherentes al desempeño y no al sector económico en el que se presentan.

Para facilitar la aplicación del concepto de competencia, es conveniente diferenciar cuatro procesos. Se trata de: la Identificación de competencias, la Normalización de competencias, la Formación basada en competencias y la Certificación de competencias.

En el caso de México aun en el área de la Salud no se han desarrollado estos mecanismos, lo que ha determinado esfuerzos aislados de diferentes grupos en esta área de servicios.

La definición de las áreas en las cuales se lleva a cabo el ejercicio laboral en un país, esto es el marco nacional de competencias, puede tener diferentes denominaciones y fuentes según el país. Por ejemplo en el caso colombiano, el marco se definió utilizando la Clasificación Nacional de Ocupaciones; en Brasil, se definió un marco nacional en el ámbito de la Educación Media Técnica a partir de la Ley de Directrices Básicas para la Educación y como parte de los referentes curriculares nacionales que emanaron de la Secretaría de Educación Media Técnica (SEMTEC). En México el CONOCER es el encargado de la certificación por competencias.

Una vez identificadas las áreas ocupacionales, el otro eje que completa el marco nacional es el que contiene los niveles de competencia. Un nivel de

²² UNESCO. IIEP (Instituto Internacional de Planeamiento de La Educación) Buenos Aires Módulo2: Gestión Educativa Estratégica
www.iiep-buenosaires.org.ar

competencia determinado compromete variables como la rutina, el ambiente laboral, la toma de decisiones, la influencia en el trabajo de otros, la capacidad de manejar recursos. Cuanto más alto el nivel de competencia mayor la variedad de contextos en que se da el desempeño y menor el grado de supervisión recibido.²³

Desafortunadamente el concepto de lo que implica el modelo educativo por competencias laborales, ha sido comprendido y utilizado por los neocapitalistas, como una nueva forma de explotación del hombre. Por consiguiente tratare de explicar como ha sido abordado en el ámbito laboral y las consecuencias que ha desplegado este tipo de educación en este contexto.

La lectura-mundo implica tener la visión de que el lenguaje, el alfabetismo y el aprendizaje únicamente se pueden comprender cuando se los sitúa en sus ambientes sociales. En lo tradicional se considera al alfabetismo como una habilidad psicológica. Se le considera como una cuestión de prácticas sociales (cultura, instituciones). Cualquier texto se puede leer de forma diferente (acorde al contexto, cultura y formación). La habilidad para leer se adquiere cuando se hace de una forma nativa al impregnarse de una práctica social, en donde se habla de los textos de formas determinadas con actitudes y valores concretos.

Los textos son partes de prácticas vividas, habladas, ejecutadas, cargadas de valores y convicciones, escritos en un contexto específico. Pero una vez extraídos de las prácticas ya no son la misma cosa que existió en la práctica social viva. Lo que no se puede hacer es leer sin partir de una práctica social. En este enfoque, el centro de atención del aprendizaje y de la educación son las vidas humanas vistas como trayectorias, que pasan por múltiples prácticas sociales en diversas instituciones sociales Para que el aprendizaje sea eficaz, lo que el alumno haga como educando tiene que estar vinculado de formas significativas y motivadoras con las versiones maduras de las prácticas sociales relacionadas. El mundo ha cambiado, y con el, está cambiando la naturaleza del aprendizaje y del conocimiento. El conocimiento se queda desfasado con demasiada rapidez como para confiar en lo que se ha aprendido en la escuela. Se compite sobre la base de cuanto aprendizaje y conocimiento pueden utilizar como punto de apoyo para inventar, producir, distribuir y comercializar sus bienes y servicios. .Louis Perelman: En una economía de la era del conocimiento, el aprendizaje es estratégicamente crucial, demasiado como para quedar exclusivamente en manos de la escuela. El centro de atención de la educación debería ponerse en las prácticas sociales y en sus conexiones con diversos lugares e instituciones sociales y culturales. Esta concentración en las prácticas sociales nos sitúa ante la creciente preocupación del neocapitalismo por las prácticas socio técnicas, es decir por el diseño de la tecnología y de las relaciones sociales dentro del centro de trabajo para facilitar la productividad y el compromiso. Un Discurso se compone de formas de hablar, escuchar, leer, escribir, actuar interactuar, crear, valorar y utilizar herramientas y objetos, en escenarios

²³ Centro Regional de Formación de Profesores y Directivos RR. Crestomatías. Competencia, desempeño y autodidactismo. México: IMSS; No publicado 1999. p. 1-10.

concretos y en momentos específicos, para desplegar y reconocer una identidad social determinada. Los Discursos crean, producen y reproducen oportunidades para que la gente sea y reconozca a ciertas clases de gente. Todos somos capaces de ser diferentes clases de personas en Discursos diferentes. El neocapitalismo está creando nuevas clases de educandos, estudiantes, ciudadanos, líderes y trabajadores, identidades. El neocapitalismo desea tal aprendizaje en profundidad con su correspondiente formación de identidad y de valores.

En el neocapitalismo los Discursos cambian rápidamente, influidos en gran parte por los avances tecnológicos, lo que significa un reto para la escuela. En esta época la competencia exige un cambio constante, la empresa de éxito debe innovar constantemente para adaptarse al estilo de vida y a la identidad de un grupo concreto de personas, más aun productos y servicios deberían adaptarse a cada cliente, algo que en muchos casos lo permite las nuevas tecnologías computarizadas. Debido a estos cambios el neocapitalismo necesita cada día menos mandos intermedios entre la alta dirección y el personal de la empresa. Ya que al transmitir información entre unos y otros, éstos entorpecen la velocidad de la comunicación, cuando la empresa requiere de mayor rapidez a las demandas de sus clientes. Para reducir las filas de los mandos intermedios, se tiene que traspasar al nivel más bajo de trabajadores buena parte de la información, el conocimiento y la responsabilidad que aquéllos habían detentado anteriormente. Uno de los principios del neocapitalismo consiste en traspasar el control y la responsabilidad al nivel más bajo posible. Esto exige que los trabajadores sean capaces de adaptarse y aprender con rapidez, de pensar por sí mismos, de asumir responsabilidades, tomar decisiones y comunicarse cuando las necesidades con la cúpula así lo requieran. Tiene que asumir responsabilidades de trabajo en equipo, sobre tareas complejas y significativas, para comprender y tratar de mejorar, además de manejar información técnica y tecnologías sofisticadas. En un ámbito hipercompetitivo, de cambios rápidos, los trabajadores tienen que estar deseosos de quedarse, pero también dispuestos a marcharse en caso de que la empresa fracase, o en el que los nuevos proyectos innovadores ya no exijan de sus competencias fundamentales. Ante esta situación es difícil encontrar incentivos para la gente ya que los trabajadores que ejercen otro tipo de responsabilidades, tal vez ya no toleren que se les den órdenes. Champy refiere al respecto:

Se necesita liderazgo diferente

La gente debe acudir al trabajo no exclusivamente por un salario

El liderazgo debe ser múltiple, y de ser posible que cada trabajador lo ejerza

De tal suerte la movilización actual de la empresa tiene que ser total y para todos lados, requiere que todos estén “enterados” de lo que se necesita en la empresa. En esta tarea de significación, siempre será importante la declaración de propósito y la visión de un gerente, ese será el guión maestro de acuerdo con el cual todos tendrán que representar sus respectivos papeles. La ideología del neocapitalismo afirma que el objetivo, la visión o el propósito de toda empresa no puede ser únicamente el beneficio. Por ello, estas nuevas empresas tratan de crear valores fundamentales que integren y

quién las prácticas sociales de sus Discursos característicos El neocapitalismo se muestra abierto ante la necesidad de socializar a la gente en comunidades de práctica que les permita ser determinadas clases o tipos de gente. Ejemplo Jhonson y Jhonson:

La empresa existe para aliviar el dolor y la enfermedad
Tenemos una jerarquía de responsabilidades: primero los clientes, segundo los empleados, tercero la sociedad y cuarto los accionistas
Oportunidades individuales recompensas basadas en el mérito
Descentralización = creatividad = productividad.

La cuestión es hasta dónde se debe confiar en el Discurso neocapitalista, con un enfoque supuestamente humanista En sus intentos por crear nuevas clases de trabajadores, el neocapitalismo reclutará a las escuelas para que produzcan asignaturas o ciudadanos adecuados para su Discurso específico A medida que el neocapitalismo se muestra abierto sobre sus objetivos y visiones, se tendrá que realizar una renovación analítica de los objetivos de las escuelas y de la escolarización, así como de los objetivos del aprendizaje permanente.²⁴

En los últimos veinte años el ámbito del trabajo ha cambiado extraordinariamente en el mundo desarrollado, siendo parte de una profunda reestructuración económica global, hasta donde el neocapitalismo y su nuevo orden laboral son ya una realidad. Hay muchos tipos de literatura neocapitalista, pero analizaremos una en particular: “textos del capitalismo rápido”, tales como Lugar de trabajo (Boyett), Dirección de la liberación (Peters), La quinta disciplina (Senge), Reingeniería de la empresa (Champy). Tales libros hablan de lo que se ha convertido rápidamente en la principal historia popular sobre los cambios populares, laborales y económicos actuales, anunciando un nuevo centro de trabajo encantado, en el que ha muerto la jerarquía y los socios participan en un trabajo significativo, aunque a menudo estresante y de ritmo rápido, en un ambiente de compromiso y confianza mutua con colaboración.

De lo que habla el autor, es de la creación de un nuevo Discurso con nuevas identidades sociales, nuevos jefes (entrenadores y líderes), nuevos mandos intermedios (líderes o jefes de equipo), nuevos trabajadores (asociados, socios, trabajadores del conocimiento), y nuevos clientes (socios, iniciados, de los que se dice impulsan todo el proceso). El neocapitalismo es profundamente imperialista y trata de apoderarse de otras prácticas e identidades sociales. El neocapitalismo (NC) se basa en el diseño, la producción y la comercialización de bienes y servicios de alta calidad, destinados a mercados ya saturados. Según los textos capitalistas rápidos, el NC esta impulsado por factores tales como la hipercompetencia global, cambios tecnológicos masivos y las demandas y deseos de los consumidores cada vez mas sofisticados. El resultado final es la creación de la empresa

²⁴ Gee J.P. Alfabetismo sociocultural. Discursos y el nuevo orden laboral. En: El nuevo orden laboral. Editorial Pomares. 2002: p 27-41

más ágil y delgada, rápida y eficiente. Lo anterior se apoya en el escrito de Champú sobre reingeniería: “las tecnologías avanzadas, la desaparición de las fronteras entre los mercados nacionales y la alteración en cuanto a las expectativas de los clientes, que ahora disponen de más alternativas que nunca, se han combinado para dejar tristemente obsoletos los objetivos, métodos y principios organizativos básicos de la gran empresa estadounidense clásica. Hay tres fuerzas que impulsan la penetración cada vez más profunda de las empresas actuales: los clientes, la competencia y el cambio. La lógica de la competencia capitalista rápida lleva consigo la implicación de que tienen que producirse muchos cambios en las estructuras organizativas y en el conjunto de la sociedad. En este mundo la comunicación lo es todo. Así los trabajadores asumen los antiguos papeles de los mandos intermedios, los Líderes por su parte comunican a sus trabajadores/socios una visión (valores y objetivos) de orden superior), pero se convierten en asesores, directores de proyectos, líderes de equipo, intermediarios del conocimiento, facilitadores, mediadores.

En este contexto laboral un dilema es: ¿cómo se puede conservar el pleno compromiso y lealtad con el equipo? Los textos NC rápidos se concentran en dos soluciones enfrentadas al problema: una solución es la del liderazgo visionario, se considera que esa clase de liderazgo es una de las principales herramientas motivacionales para El centro de trabajo del año 2000. Su visión de los nuevos valores, los nuevos propósitos y prácticas sociales y las nuevas identidades sociales resulta totalizadora, además de que cambian viejas divisiones como la existente entre lo público y lo privado. Por ejemplo, del mismo modo que calidad en el trabajo significa hacer un trabajo completo, dirigir la vida personal también significa alcanzar una plenitud completa similar. La promesa del centro de trabajo es una promesa de significado, en la que la empresa actúa como mediadora entre el trabajo y el sí mismo. Como resultado de ello, la necesidad de adherirse fielmente a un conjunto de fines sobre lo que se tiene muy poco control, puede convertirse en una receta para un peligroso intrusismo empresarial que no produce autonomía y libertad, sino que impone conformidad, no una participación genuina. Ahora para conseguir un trabajo, la permanencia en él, es cosa del pasado. Ahora el NC dice: “Queremos que sienta verdaderas ganas de quedarse con nosotros, pero que este dispuesto a marcharse”.

La productividad depende de nuevos “salidas”: tales como la ciencia y la tecnología, habilidades laborales y el conocimiento de la dirección. Para Bailey hay dos utopías posmodernas complementarias: la maravillosa capacidad del *libre mercado*, y la capacidad de *ajuste tecnológico*.

Existe un papel siempre creciente que juega la “manipulación de los símbolos en la organización del trabajo y el aumento de la productividad (del procesamiento de materia prima como producción material, a las actividades del procesamiento de la información).

Se prioriza reunir y compartir información para situar a la gente y crear nuevas identidades, con lo que se crea la división “sacerdotes”-donantes y consumidores de la información, por lo demás manipulada y no siempre “verdadera” que mejora el rendimiento del trabajador y alimenta a los jefes para la toma de decisiones. El mundo del trabajo es semiótico, abordando los “sacerdotes” el desafío de la complejidad y la otra parte de la supervivencia.

El papel de la vanguardia académica elogia esos signos y símbolos y los manipula como parte de la realidad. También el neocapitalismo refleja cambios en la organización de la producción y otros procesos económicos: descentralización, trabajo en red, flexibilidad, cooperación, colaboración y clientelización dentro de una organización pequeña, y local (que representan a las grandes empresas) con lo que desaparece la historia, la política, la sociedad y la economía; lo local y personal se convierten en un ámbito de manipulación científica y tecnológica. Se crean redes para un proyecto concreto y luego se disuelven. Las implicaciones morales y sociales son: erosión de espacios cívicos y valores compartidos entre las élites sin responder a la limitación geográfica, de étnia, género, etc. de sus conciudadanos (lo que los neoliberales atribuyen al determinismo de los consumidores).

Aumenta el número de excluidos en relación al pequeño grupo de la clase dominante, donde ser explotado por salarios mínimos y deficientes condiciones laborales es mejor que no tener trabajo, principalmente en países tercermundistas; esta división se da también entre género, edad, raza o étnia, situación geográfica. Esto da inestabilidad a la existencia de economías nacionales y continentales completas.

Este trabajo simbólico-analítico es la realización de servicios que se transmiten en forma de datos, palabras y representaciones orales y visuales, incluye científicos, ingenieros, asesores de dirección, banqueros, analistas de sistemas, autores, correctores, directores artísticos, productores de videos, etc. Reich señala que solo una quinta parte de la población esta en ascenso y cuatro quintas partes en descenso. Lo anterior se apoya por el alarmante crecimiento de la economía informal y las personas subempleadas, agravado por el rezago educativo en los países en desarrollo y el poco acceso a las tecnologías dominantes (Internet y otros medios de comunicación). Por lo tanto debemos de tener cuidado y reflexión sobre las reformas educativas que ha aceptado la sociedad en el contexto actual, ya que están plagadas de teoría capitalista rápida ²⁵

Se está produciendo un creciente alineamiento entre el mundo empresarial del neocapitalismo y las diversas esferas de interés no empresariales, entre las que se incluyen a las escuelas y las disciplinas académicas que promueven la reforma educativa. Una serie de asignaturas académicas se están reconfigurando, estamos experimentando un gran cambio en nuestra forma de ver, estudiar, construir y trabajar sobre nuestros mundos físico,, biológico, social y mecánico, han quedado desfasados el viejo sistema basado en la jerarquía autoritaria, el cual funciona en un flujo lineal de arriba hacia abajo de poder e información jerárquica y piramidal. Al mismo tiempo se pone de moda los sistemas con una jerarquía no autoritaria, en tales sistemas, muchas unidades pequeñas, eficientes y autocontroladas localmente, actúan en combinaciones fluidas, flexibles y en ocasiones efímeras, asistidas por una parte superior que no puede controlarlas

²⁵ Gee J.P. Capitalismo rápido: teoría y práctica. En: El nuevo orden laboral. Editorial Pomares. 2002: p 52-74

directamente, ni comprenderlas plenamente, ni entender sus acciones. A estas jerarquías no autoritarias se les denomina sistemas distribuidos, ya que en ellas el control se halla distribuido a través de todo el sistema y no está localizado en ningún centro que monopolice el poder, el conocimiento o el control

Las nuevas formas de hablar de las empresas neocapitalistas son similares a las nuevas formas de hablar de moléculas, células, cerebros, etc. Ha surgido una nueva mega disciplina que ha absorbido muchas de las tareas de la psicología, esta es la ciencia cognitiva, la cual es una amalgama de psicología, neurociencia, ciencia de los ordenadores, filosofía, lingüística y otras disciplinas, centrada en la naturaleza del pensamiento y de la inteligencia en las mentes animales, humanas y artificiales. La ciencia cognitiva es educativamente relevante y muchos de los esfuerzos de reforma relacionada con la escuela, se hallan en proceso de alinearse más y más con los demás intereses del neocapitalismo. Una forma de hacerlo es emitir el Discurso de que todos los estudiantes fallan, substituyendo al anterior en donde solo se reconocía que las minorías eran las que fracasaban, así se afirma que los alumnos solo dominan, en el mejor de los casos habilidades básicas, repetitivas y de bajo nivel, y aunque los alumnos pases exámenes, en realidad no comprenden de ninguna manera profunda lo que están haciendo. Resulta interesante que el neocapitalismo plantee una crítica muy similar con respecto a los trabajadores del viejo capitalismo, en donde eran capaces de hacer lo que se les pedía, pero no comprendían su trabajo, como para asumir una responsabilidad proactiva. De aquí que el neocapitalismo se centra en el cambio, la flexibilidad, la velocidad y la innovación, como lo que propone de cierta manera la ciencia cognitiva, ya que su visión de la inteligencia reflexiva y estratégica como objetivo de la escolarización está en total consonancia con los objetivos del neocapitalismo. En el neocapitalismo no importa realmente lo que los individuos saben por si mismo, sino más bien lo que pueden hacer en colaboración con otros para añadir con efectividad valor a la empresa.

Para que los sistemas distribuidos no autoritarios funciones, requieren del siguiente objetivo: crear armonía y unidad entre la fuerza laboral y entre los trabajadores y directores, siendo el objetivo mas importante el de vincular mental y emocionalmente a la gente al centro de trabajo. Ante este problema el neocapitalismo ha generado dos respuestas: el liderazgo visionario de nuevo estilo y la creación de valores fundamentales como parte de la cultura de la empresa. Estas dos respuestas suponen formas de control indirecto, mediante la disposición de ambientes que, en si mismos codifican el control. Y este es el dilema fundamental del neocapitalismo, como controlar a los socios en los que se acaba de delegar poder, ante la ausencia de un poder visible y abierto que vaya de arriba hacia abajo. Ante esto la ciencia cognitiva ha diseñado que de sus aulas se formen progresivamente estudiantes pre-equipados para trabajar armoniosamente en sistemas distribuidos, al interiorizar valores fundamentales, seguidos de las prácticas sociales. Finalmente, dado el dilema fundamental del neocapitalismo, nociones como comunidades de práctica, comunidades de aprendizaje y apropiación mutua del pensamiento, las convicciones, habilidades y prácticas de un abundante

flujo de actividad en una zona de desarrollo próximo, constituyen temas centrales alrededor de los cuales se sitúan la ciencia cognitiva y el neocapitalismo, en beneficio de ambos.

En las comunidades de práctica, ya sea en las aulas o en los centros de trabajo neocapitalistas, la gente desarrolla un conocimiento tácito, pero la realidad de este conocimiento es que permite añadir valor a la empresa y re-crear continuamente a las comunidades. Una interrogante de la teoría sociocultural y del neocapitalismo es: ¿Cómo conservar este conocimiento cuando el trabajador abandone la organización?, la respuesta es a través del conocimiento distribuido en las prácticas socio técnicas, enfatizan los aspectos semióticos: habilidad de diseñar, transformar y analizar símbolos de los ambientes sociales.

El neocapitalismo: debe asegurarse que los alumnos introyecten las identidades y naturaleza de las prácticas sociales dentro de los contextos culturales; hay mayor diferimiento en los valores, propósitos y políticas que de herramientas e ideas fundamentales, y la propuesta de un alfabetismo crítico.

El neocapitalismo difumina las identidades tradicionales, elogia el cambio y la ausencia de fronteras y anima a socavar la autoridad abierta. En este sentido el neocapitalismo preanuncia los temas y actitudes posmodernos radicales. Los críticos posmodernos del capitalismo y del imperialismo occidental, celebran por igual la disolución de las esencias y las identidades, la ausencia de fronteras y divisiones a su cruce y el socavamiento del control y la autoridad. Barman argumenta que en medida que el mundo se hizo moderno y que se llegó a una globalización, la respuesta del viejo capitalismo fue intentar universalizar la cultura anglo-occidental y de sus valores, es decir colonizar el resto del mundo. Pero el neocapitalismo ha descubierto la virtud en la diversidad. El mercado florece con la diversidad, lo mismo sucede con la libertad del consumidor y con ello la seguridad del sistema.

Los capitalistas y neocapitalistas han aprendido que a través de la introyección de sus valores e ideologías pueden realizar la conquista de las diversas culturas de nuestro mundo. Sin embargo es precisamente en la escuela en donde los formadores, pedagogos y resto del personal de este sector, los que podrán determinar si las nuevas herramientas y valores del neocapitalismo deberán de usarse en beneficio de este o bien usarlas para lograr una educación crítica y liberadora (P. Freire). Por el momento no tenemos otro modelo económico que desplace al neocapitalismo, pero tampoco se nos puede obligar conscientemente a seguir sus patrones en beneficio de unos pocos. El reto es mayúsculo ya que una gran cantidad de profesores, educadores y pedagogos no están conscientes de la ayuda que le prestan al neocapitalismo con su postura actual.

En este capítulo se analiza a la empresa y su impacto sobre las ideas actuales acerca del aprendizaje, el conocimiento y la reforma escolar.

Se está produciendo un creciente alineamiento entre el mundo empresarial del neocapitalismo y las diversas esferas de interés no empresariales, entre

las que se incluyen a las escuelas y las disciplinas académicas que promueven la reforma educativa. Una serie de asignaturas académicas se están reconfigurando, estamos experimentado un gran cambio en nuestra forma de ver, estudiar, construir y trabajar sobre nuestros mundos físico,, biológico, social y mecánico, han quedado desfasados el viejo sistema basado en la jerarquía autoritaria, el cual funciona en un flujo lineal de arriba hacia abajo de poder e información jerárquica y piramidal. Al mismo tiempo se pone de moda los sistemas con una jerarquía no autoritaria, en tales sistemas, muchas unidades pequeñas, eficientes y autocontroladas localmente, actúan en combinaciones fluidas, flexibles y en ocasiones efímeras, asistidas por una parte superior que no puede controlarlas directamente, ni comprenderlas plenamente, ni entender sus acciones. A estas jerarquías no autoritarias se les denomina sistemas distribuidos, ya que en ellas el control se halla distribuido a través de todo el sistema y no está localizado en ningún centro que monopolice el poder, el conocimiento o el control

Las nuevas formas de hablar de las empresas neocapitalistas son similares a las nuevas formas de hablar de moléculas, células, cerebros, etc. Ha surgido una nueva mega disciplina que ha absorbido muchas de las tareas de la psicología, esta es la ciencia cognitiva, la cual es una amalgama de psicología, neurociencia, ciencia de los ordenadores, filosofía, lingüística y otras disciplinas, centrada en la naturaleza del pensamiento y de la inteligencia en las mentes animales, humanas y artificiales. La ciencia cognitiva es educativamente relevante y muchos de los esfuerzos de reforma relacionada con la escuela, se hallan en proceso de alinearse más y más con los demás intereses del neocapitalismo. Una forma de hacerlo es emitir el Discurso de que todos los estudiantes fallan, substituyendo al anterior en donde solo se reconocía que las minorías eran las que fracasaban, así se afirma que los alumnos solo dominan, en el mejor de los casos habilidades básicas, repetitivas y de bajo nivel, y aunque los alumnos pases exámenes, en realidad no comprenden de ninguna manera profunda lo que están haciendo. Resulta interesante que el neocapitalismo plantee una crítica muy similar con respecto a los trabajadores del viejo capitalismo, en donde eran capaces de hacer lo que se les pedía, pero no comprendían su trabajo, como para asumir una responsabilidad proactiva. De aquí que el neocapitalismo se centra en el cambio, la flexibilidad, la velocidad y la innovación, como lo que propone de cierta manera la ciencia cognitiva, ya que su visión de la inteligencia reflexiva y estratégica como objetivo de la escolarización está en total consonancia con los objetivos del neocapitalismo. En el neocapitalismo no importa realmente lo que los individuos saben por si mismo, sino más bien lo que pueden hacer en colaboración con otros para añadir con efectividad valor a la empresa.

Para que los sistemas distribuidos no autoritarios funcionen, requieren del siguiente objetivo: crear armonía y unidad entre la fuerza laboral y entre los trabajadores y directores, siendo el objetivo mas importante el de vincular mental y emocionalmente a la gente al centro de trabajo .Ante este problema el neocapitalismo ha generado dos respuestas: el liderazgo visionario de nuevo estilo y la creación de valores fundamentales como parte de la cultura

de la empresa. Estas dos respuestas suponen formas de control indirecto, mediante la disposición de ambientes que, en sí mismos codifican el control. Y este es el dilema fundamental del neocapitalismo, como controlar a los socios en los que se acaba de delegar poder, ante la ausencia de un poder visible y abierto que vaya de arriba hacia abajo. Ante esto la ciencia cognitiva ha diseñado que de sus aulas se formen progresivamente estudiantes pre-equipados para trabajar armoniosamente en sistemas distribuidos, al interiorizar valores fundamentales, seguidos de las prácticas sociales. Finalmente, dado el dilema fundamental del neocapitalismo, nociones como comunidades de práctica, comunidades de aprendizaje y apropiación mutua del pensamiento, las convicciones, habilidades y prácticas de un abundante flujo de actividad en una zona de desarrollo próximo, constituyen temas centrales alrededor de los cuales se sitúan la ciencia cognitiva y el neocapitalismo, en beneficio de ambos.

En las comunidades de práctica, ya sea en las aulas o en los centros de trabajo neocapitalistas, la gente desarrolla un conocimiento tácito, pero la realidad de este conocimiento es que permite añadir valor a la empresa y recrear continuamente a las comunidades. Una interrogante de la teoría sociocultural y del neocapitalismo es: ¿Cómo conservar este conocimiento cuando el trabajador abandone la organización?, la respuesta es a través del conocimiento distribuido en las prácticas socio técnicas, enfatizan los aspectos semióticos: habilidad de diseñar, transformar y analizar símbolos de los ambientes sociales.

El neocapitalismo: debe asegurarse que los alumnos introyecten las identidades y naturaleza de las prácticas sociales dentro de los contextos culturales; hay mayor diferimiento en los valores, propósitos y políticas que de herramientas e ideas fundamentales, y la propuesta de un alfabetismo crítico.

El neocapitalismo difumina las identidades tradicionales, elogia el cambio y la ausencia de fronteras y anima a socavar la autoridad abierta. En este sentido el neocapitalismo preanuncia los temas y actitudes posmodernos radicales. Los críticos posmodernos del capitalismo y del imperialismo occidental, celebran por igual la disolución de las esencias y las identidades, la ausencia de fronteras y divisiones a su cruce y el socavamiento del control y la autoridad. Barman argumenta que en medida que el mundo se hizo moderno y que se llegó a una globalización, la respuesta del viejo capitalismo fue intentar universalizar la cultura anglo-occidental y de sus valores, es decir colonizar el resto del mundo. Pero el neocapitalismo ha descubierto la virtud en la diversidad. El mercado florece con la diversidad, lo mismo sucede con la libertad del consumidor y con ello la seguridad del sistema.

Estoy de acuerdo en tener cuidado y tomar medidas que de alguna manera neutralizan o pongan a favor de la clase trabajadora la teoría capitalista rápida, ya que de no reflexionar y modificar estas teorías para mediatizar al trabajador a las nuevas políticas neocapitalistas, las posibilidades de un nuevo fracaso educativo son muy altas, por otra parte se debe evitar que la propuesta curricular por competencias holísticas sea usado bajo la ideología del neocapitalismo en relación a sus propios intereses sin incluir a

la clase trabajadora. Al respecto considero que una cultura de calidad, trabajo en equipo, competencias para la vida, valores, no esta en duda que se apliquen al mundo laboral, sin embargo el enfoque que le da el capitalismo favorece exclusivamente a los dueños del sistema de producción, ya que observamos como los cambios mundiales tienden a desaparecer los sindicatos, los grandes corporativos trabajan con personal eventual que es contratado a través de agencias que se dedican a este nuevo orden laboral, de esta manera los trabajadores tienen menos prestaciones sociales y laborales, además de la inseguridad de que su plaza de trabajo no es definitiva y puede ser excluido en cualquier momento de su centro de trabajo.

Los capitalistas y neocapitalistas han aprendido que a través de la introyección de sus valores e ideologías pueden realizar la conquista de las diversas culturas de nuestro mudo. Sin embargo es precisamente en la escuela en donde los formadores, pedagogos y resto del personal de este sector, los que podrán determinar si las nuevas herramientas y valores del neocapitalismo deberán de usarse en beneficio de este o bien usarlas para lograr una educación crítica y liberadora (Freire). Por el momento no tenemos otro modelo económico que desplace al neocapitalismo, pero tampoco se nos puede obligar concientemente a seguir sus patrones en beneficio de unos pocos. El reto es mayúsculo ya que una gran cantidad de profesores, educadores y pedagogos no están conscientes de la ayuda que le prestan al neocapitalismo con su postura actual.²⁶

Es innegable que el neocapitalismo ha aprovechado las bondades del enfoque por competencias y lo esta aplicado ante su necesidad de tener personal con mayor capacitación y competencia laboral. Su incorporación en nuestro sistema educativo ha sido heterogéneo y muchas veces rechazado por que existen evidencias que esta siendo empleado en un sentido muy utilitarista y con un enfoque tecnocrático (por tareas, en el mejor de los casos).

Esto ha impedido que en los grandes centros universitarios públicos del país se tenga poca experiencia, y en contraste se este implementado tanto en la industria como en la educación superior privada (Tecnológico de Monterrey, Universidad Iberoamericana, Universidad del Valle de México).

Es importante que en la educación superior pública se le abran espacios y se investigue su aplicación en este contexto, lo cual ayudaría a contrarrestar los efectos negativos por su aplicación en el sector industrial.

LA METODOLOGÍA BASADAS EN UN ENFOQUE POR COMPETENCIAS

También la metodología de planeación y desarrollo de programas de formación con un enfoque por competencias se basan en diversos modelos que comparten las características siguientes²⁷: la elaboración de un currículo

²⁶ Gee J.P. Alineamientos: la educación y el neocapitalismo. En: El nuevo orden laboral. Editorial Pomares. 2002: p 80-104

²⁷ CF. Gilles Tremblay, “ A propos des compétences comme principe d’ organisation d’ une formation: éléments de réflexion théorique et perspectives historiques” (“Respecto de las competencias

en el que se especifique un conjunto de competencias por adquirir en función del papel específico que el alumno desempeñará en el futuro; la formulación de dichas competencias como resultado de aprendizaje en conjunto con las formas de evaluación. Estos detalles deben ser conocidos por todos los interesados (alumnos, profesores, padres de familia, dirigentes de empresas...) y permitir, a su debido tiempo, la emisión de un juicio objetivo respecto del nivel de desempeño logrado por el alumno; la propuesta de un conjunto de experiencias de aprendizaje encaminadas a favorecer en el alumno el logro de diferentes resultados de aprendizaje esperados; el recurrir a modalidades de evaluación de la experiencia de los alumnos que indique precisamente el nivel de dominio demostrado en relación con las diferentes competencias que desea adquirir.

Estas características distinguen claramente a las metodologías derivadas de estos modelos de las tradicionales en que destacan:

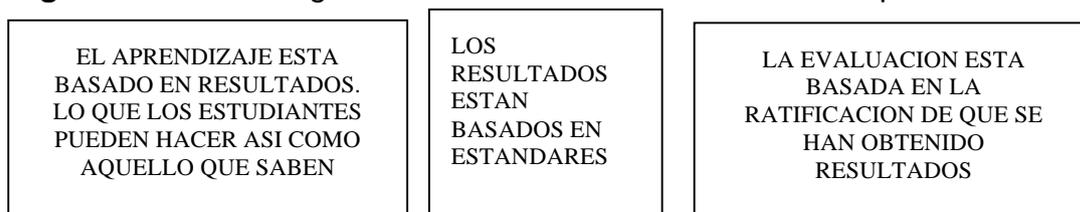
- I La adquisición de competencias que se refieren, en primer término, a una experiencia práctica y a un comportamiento, y no a conocimientos; en otras palabras, primero se determinan la experiencia práctica y el comportamiento y de ellos resultan los conocimientos necesarios para lograrlos. Esto hace que no haya una dicotomía entre práctica y teoría porque esta última depende de la primera y en ningún caso puede reemplazarla. Es bien sabido que esta experiencia no se limita a la reproducción de habilidades técnicas y profesionales específicas de un puesto, sino que incluye, además, competencias más amplias, que exigen conocimientos más importantes que los que se relacionan únicamente con un oficio, por ejemplo: la capacidad de analizar y resolver problemas, y sobre todo, de encontrar alternativas frente a las situaciones que plantean dichos problemas; la capacidad de trabajar en equipos multidisciplinarios; la capacidad de aprender y adaptarse.
- II La evaluación del aprendizaje se basa en el concepto de competencia profesional, no en el éxito académico; ya que el conocimiento por sí solo no implica necesariamente experiencia práctica.
- III La determinación de competencias a partir de funciones y tareas precisas, que no pueden ser descritos más que por los trabajadores que los desempeñan realmente en las empresas.

Son numerosas las ventajas de un enfoque curricular por competencias y podemos resumirlas de la manera siguiente: favorece la normalización de la calidad de los programas precisando claramente los resultados esperados de la formación, además, esta normalización permite la certificación; permite desarrollar programas de formación que respondan a las necesidades de la industria y a las necesidades de los individuos; facilita la administración, el seguimiento y la evaluación de los programas; permite la racionalización de los costos de desarrollo de los programas; facilita la concepción de estrategias pedagógicas en función del contexto de la formación.

como principio de organización de una formación; elementos de reflexión teórica y perspectivas históricas”). Bulletin d “Information F.I.R.A.C., vol. 6, no. 9, de abril de 1990.

Un enfoque basado en competencias para centros de trabajo, institutos técnicos y escuelas es potencialmente más útil que los enfoques eclécticos que se utilizan actualmente. Es decir, nos permite estar más cerca que en el pasado de lo que el individuo es capaz de integrar conocimientos, valores, actitudes y habilidades así como ponerlos en práctica. Por otra parte, el número de inferencias que inevitablemente forma parte de la evaluación en la educación basada en competencias es menor que en muchas de las formas actuales de evaluación formal. (Figura 1).

Figura 1. Estructura general de la educación basada en competencias.



Se argumenta que el enfoque de la educación y la capacitación basadas en competencias constituye potencialmente un marco coherente para el aprendizaje y desarrollo de una habilidad. No obstante, hay diferente manera de conceptualizar la naturaleza de la competencia. Si no se adopta la apropiada o si las normas desarrolladas no son las adecuadas, entonces no sólo no se desarrollará dicho potencial, sino que, a mediano plazo se perjudicará la estructura de desarrollo de habilidades.

ALGUNOS ASPECTOS DEL ENFOQUE POR COMPETENCIAS DE QUEBEC

Sea cual fuere el método por competencias, éste implica la voluntad de acentuar la capacidad de la persona para realizar una actividad y no las habilidades para demostrar sus conocimientos. Por esa razón, Quebec adoptó la definición siguiente:

“Una competencia es el conjunto de comportamientos socio–afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, una función, una actividad o una tarea.”

Los programas por competencias se desarrollan en función de un enfoque global, es decir, que el método toma en cuenta además del análisis y la determinación de las tareas cada situación de trabajo, las competencias por adquirir, los objetivos de formación transferibles, los criterios de umbral de admisibilidad en el mercado de trabajo, las estrategias pedagógicas y organizacionales, así como la evaluación y la certificación.

A fin de garantizar la instrumentación eficaz de los programas así concebidos y la administración normativa de la calidad, el ministerio elabora y produce herramientas de referencia y una serie de documentos entre los que destacan:

El programa de formación: es un documento de carácter normativo que presenta los comportamientos esperados, los criterios y los objetivos de evaluación, así como los objetivos principales de aprendizaje. Este documento firmado por el ministro es prescriptivo.

La guía pedagógica: es un documento que completa y apoya el programa. Además proporciona consignas y sugerencias sobre la enseñanza y el aprendizaje.

La guía de evaluación: es un documento de carácter normativo que enmarca y apoya la evaluación en el contexto de una certificación de los estudios.

La guía de organización material y pedagógica: es el documento que enmarca y apoya la organización material y pedagógica de la formación en los centros de formación.

La guía de aprendizaje: está dirigido al alumno para que respete estrictamente los requisitos del programa específico. Hay tantas guías de aprendizaje como módulos previstos en cada programa de estudios. Y se puede utilizar para enseñanza en grupo o individualizada.

Los programas definidos por competencias incluyen dos aspectos diferentes, uno vinculado directamente con el ejercicio y la práctica de las funciones y tareas del oficio en cuestión y otro que permite tomar en consideración las enseñanzas transferibles relativas a la adaptación a situaciones nuevas.

Esta organización sistémica de las competencias favorece la obtención de un resultado global que va más allá de una formación por objetivos o por competencias disociadas. Este aspecto permite especialmente que el alumno progrese de manera lógica y económica en el aprendizaje y evite repeticiones inútiles. Por otra parte, esta organización fomenta el reforzamiento y la integración de lo aprendido y hace posible integrarlo en un proceso de formación continua. Los programas se estructuran por módulos. Cada uno corresponde a la adquisición de una competencia única, lo cual facilita el regreso a los estudios (formación continua) de quienes ya se han integrado al mercado de trabajo, ya sea para conseguir una certificación o para desarrollar nuevas competencias necesarias en el marco de la evolución de la empresa para la que trabajan.

El otro aspecto importante del enfoque por competencias de Quebec se relaciona con la evaluación de lo aprendido. Las competencias adquiridas por los estudiantes se evalúan en función de las normas y condiciones previamente definidas por el mercado de trabajo. La evaluación es multidimensional en el sentido de que comprende la evaluación de la experiencia práctica; la evaluación del proceso de trabajo y la evaluación del producto.

Cabe mencionar que el sistema de evaluación de Quebec se refiere únicamente al trabajo realizado por el alumno en relación con los criterios establecidos y no a las calificaciones obtenidas por otros alumnos del mismo

grupo. Por otra parte, en un enfoque por competencia, el resultado de una evaluación es “éxito” o “fracaso”, no hay puntos intermedios.

LA PLANEACION POR SECTOR DE FORMACION

El desarrollo de la formación profesional tiene relación con los diferentes sectores de la actividad económica de un país y con las necesidades de mano de obra previstas para cada una de las profesiones ejercidas en dichos sectores. A partir de la matriz “sectores económicos – profesiones”, la formación profesional puede organizarse en sectores y programas de formación que, según sea el caso, conducirán a una o varias profesiones. Es importante la distinción entre sectores de actividades y sectores de formación porque, aunque hay correspondencia entre ellos, dicha correspondencia sólo se da en casos excepcionales. En la gran mayoría de los casos, un sector de formación cubre varios sectores de actividades económicas. Por ejemplo, el sector de formación en ingeniería de procesos podría cubrir las necesidades de mano de obra de cuando menos seis subsectores de actividades económicas, como la industria de productos plásticos, la industria de la maquinaria, la industria de los materiales de transporte, la industria de los productos eléctricos y electrónicos, así como otras industrias manufactureras, sin contar las actividades de mantenimiento y reparación de todos los sectores que utilizan maquinaria (textiles, agricultura, etc.).

Un enfoque basado en competencias para centros de trabajo, institutos técnicos y escuelas es potencialmente más útil que los enfoques eclécticos que se utilizan actualmente. Es decir, nos permite estar más cerca que en el pasado de lo que el individuo es capaz de integrar conocimientos, valores, actitudes y habilidades así como ponerlos en práctica. Por otra parte, el número de inferencias que inevitablemente forma parte de la evaluación en la educación basada en competencias es menor que en muchas de las formas actuales de evaluación formal (véase Gonczi, Hager y Athanasou, 1994). Se argumenta que el enfoque de la educación y la capacitación basadas en competencias constituye potencialmente un marco coherente para el aprendizaje y desarrollo de una habilidad. No obstante, hay diferentes manera de conceptualizar la naturaleza de la competencia. Si no se adopta la apropiada o si las normas desarrolladas no son las adecuadas, entonces no sólo no se desarrollará dicho potencial, sino que, a mediano plazo se perjudicará la estructura de desarrollo de habilidades.²⁸

²⁸ Argüelles A. Compilador. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: Limusa; 1996. p. 253-7, 270-81.

PERSPECTIVAS DIFERENTES DE LA NATURALEZA DE LA COMPETENCIA

El tipo de educación basada en competencias que se instrumente en un país, estado o institución depende de cómo haya sido conceptualizada la competencia.

LA COMPETENCIA COMO LISTA DE TAREAS

La primera, y quizá la más común, de las formas de concebir la competencia se basa en las tareas. Desde esta perspectiva, la competencia se analiza en función de las tareas independientes que se llevan a cabo (véase el cuadro 1). Su objetivo es especificar detallada y claramente todas las tareas, de manera que no puede haber desacuerdos sobre lo que constituye el desempeño satisfactorio de cada una de ellas. De hecho, las tareas, se transforman en competencias. Así pues, si un mecánico puede remplazar, por ejemplo, la bomba de gasolina de un auto o un maestro presentar una lección, se dice, respectivamente, que posee la competencia necesaria para cambiar la bomba de gasolina o para presentar una lección. En este enfoque no interesan las relaciones entre tareas y se ignora la posibilidad de que, en conjunto, se transformen (el todo no es mayor que la suma de las partes). En este modelo, la prueba de que es competente para algo se basa, en general, en la observación directa del desempeño. Quienes prefieren este enfoque, tienden a considerar que el currículo tiene una relación directa con las funciones y tareas especificadas en las normas de competencia de la ocupación. Este enfoque ha sido adoptado por muchas de las primeras industrias británicas y australianas que desarrollaron normas de competencia en general es el modelo que tienen en mente quienes lo atacan (por ejemplo, Ashworth y Saxton, 1990; Field, 1991; Magnusson y Osborn, 1990; Collins 1991). Si bien la sencillez y las (falsas) expectativas de su transparencia constituyen el atractivo del modelo, es fácil enumerar sus puntos débiles.

Como señalan los autores antes mencionados, la perspectiva que nos ocupa es positivista y reduccionista; ignora los atributos subyacentes y los procesos del grupo, así como su efecto en el desempeño; es observadora; carece de base teórica; ignora la complejidad del desempeño en la vida real y la función del juicio profesional en el desempeño inteligente (véase Preston y Walker, 1993).

Aparentemente, es la conceptualización que influyó en los programas educativos y la capacitación de los Estados Unidos y Canadá cuando menos en las primeras etapas de la educación basada en competencias. Como se argumenta al final del artículo respecto de la evaluación, la esperanza de poder definir con toda claridad el desempeño exitoso es, empíricamente, una quimera. Este enfoque fracasa incluso en función de sus propias condiciones. Su aplicación es visiblemente inadecuada.

CUADRO 1. Perspectivas de la competencia por tareas

CRITERIOS	COMPETENCIA COMO CONJUNTO DE TAREAS
CONCEPTO DE COMPETENCIA	<ul style="list-style-type: none">• Competencia conformada por tareas distintas, específicas e individuales.• Competencias formuladas como “el estudiante hizo X”.
CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none">• Se basa en la observación directa del desempeño.• Se concentra en relación entre tareas.• Adecuada para desempeños poco complejos.• Lista atomizada de competencias.• Conocimiento inferido del desempeño.• Pocas variaciones en la especificación de normas de competencia.
CURRICULO	<ul style="list-style-type: none">• Se utiliza el análisis ocupacional para definir las tareas que se enseñaran

LA COMPETENCIA COMO CONJUNTO DE ATRIBUTOS

El segundo modelo se concentra en los atributos generales indispensables para el desempeño efectivo del profesional expuesto. Un enfoque de esta naturaleza se concentra en los atributos subyacentes, como el conocimiento o el pensamiento crítico, que sientan las bases de atributos transferibles o más específicos. Supuestamente, el atributo general denominado “pensamiento crítico” puede aplicarse en muchas situaciones, si no es que en todas. En este modelo, las competencias se consideran atributos generales y se ignora el contexto en que podrían aplicarse. Gozó de cierta popularidad en los contextos sobre administración (véase McBer, 1978; Boyatzis, 1982).

Este enfoque plantea ciertos problemas. Primero no hay una certeza absoluta de que las competencias generales realmente existan. Las pruebas obtenidas por investigadores tanto novicios como expertos (p. ej. Chi et al., 1981; Greeno, 1989; Mc Gaw, 1993) y las derivadas de la literatura sobre el pensamiento crítico (p. ej., Ennis, 1989; Norris, 1985) sugieren que la destreza (que puede ser caracterizada como nivel de competencia alto) es específica de cada campo. Es decir, los individuos muestran poca capacidad para transferir la destreza de un área a otra.

Segundo, estos atributos generales son de muy poca ayuda para quienes se encargan del aspecto práctico del diseño de los programas de educación y capacitación para áreas ocupacionales específicas. La lógica de este modelo de desarrollo curricular es que a través de las mismas actividades educativas se desarrollarían el pensamiento crítico o las habilidades de comunicación en un curso para laboratoristas médicos, o trabajadores sociales. Lo más útil para los desarrolladores sería identificar cómo son realmente el pensamiento crítico y la comunicación en un laboratorio tecnológico y en el campo de trabajo social.

De hecho, dados los hallazgos de los investigadores novicios y expertos, probablemente será necesario identificar los diferentes tipos de pensamiento crítico y las habilidades de comunicación en diferentes ramas del trabajo social y en un laboratorio. Es muy probable que los trabajadores sociales que tratan con jóvenes requieran de habilidades de comunicación muy diferentes de las que utilizan para los ancianos

A pesar de estas pruebas, la mayoría de los cursos universitarios se han concentrado en el desarrollo y evaluación de las habilidades generales en el contexto global de la profesión/ocupación; infieren que constituyen las bases de un futuro ejercicio profesional exitoso en muchos contextos. Esto se aplica también, aunque en menor medida, en los cursos de formación técnica, respecto de los cuales se pueden afirmar que, cuando menos, toman en consideración el equilibrio entre lo genérico y lo específico. (Ver cuadro 2

CUADRO 2. Perspectivas de la competencia por atributos

CRITERIOS	COMPETENCIA COMO CONJUNTO DE ATRIBUTOS
CONCEPTO DE COMPETENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Atributos esenciales para el desempeño efectivo. • Competencias formuladas como el “estudiante tiene X habilidad”.
CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentra en el contexto en que se aplica la competencia. • Supone competencias genéricas.
CURRICULO	<ul style="list-style-type: none"> • Define el conocimiento del tema y las habilidades genéricas necesarias.

LA COMPETENCIA COMO RELACIÓN HOLÍSTICA O INTEGRADA

El tercer enfoque pretende combinar el enfoque de atributos generales con el contexto en que se aplican. Analiza la compleja combinación de atributos (conocimiento, actitudes, valores y habilidades) que se ponen en juego para que los estudiantes interpreten la situación específica en que se encuentran y actúen en consecuencia; es decir, la noción de competencia es relacional. Reúne factores disímboles – las habilidades de los individuos (derivadas de combinaciones de atributos) y las tareas que tienen que desempeñar en determinadas situaciones.

La competencia se concibe como una compleja estructura de atributos necesarios para el desempeño en situaciones específicas. Obviamente, incorpora la idea de juicio. A este enfoque de la competencia se le denomina “integrado” u holístico (Gonczi, 1994) y es la noción adoptada en Australia por las profesiones y en cierta forma por todas las áreas ocupacionales.

Este enfoque es holístico en el sentido de que integra y relaciona atributos y tareas, permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneamente y toma en cuenta el contexto (y la cultura del lugar de trabajo) en el cual tiene

lugar la acción; asimismo, permite que algunos actos intencionales incluyan otros en el nivel adecuado de generalización (véase figura 2). Nos permite incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño competente, la importancia del contexto y el hecho de que es posible ser competente de diferentes maneras.

Podemos ejemplificar los diferentes enfoques analizando muy someramente la información del maestro basada en competencias introducida en los Estados Unidos al principio de los años 70. Mediante la aplicación de técnicas de análisis ocupacional, la enseñanza se descompuso en diferentes tareas que los maestros debían llevar a cabo. Se pensaba que si eran capaces de realizar literalmente cientos de tareas independientes, entonces serían maestros competentes. Si bien este enfoque satisfacía el deseo de quienes lo proponían, de contar con conductas observables susceptibles de ser medidas, el éxito en el desempeño de tareas individuales identificadas no equivale a ser buen maestro, como bien saben los profesionales más experimentados. Un enfoque alternativo (segundo de los descritos antes) es pensar que a los maestros les basta con una sólida base cognoscitiva, constituida por conocimientos del tema y conocimientos de pedagogía, que se traducirá en un ejercicio profesional competente. Hay infinidad de pruebas de que esto no necesariamente sucede.

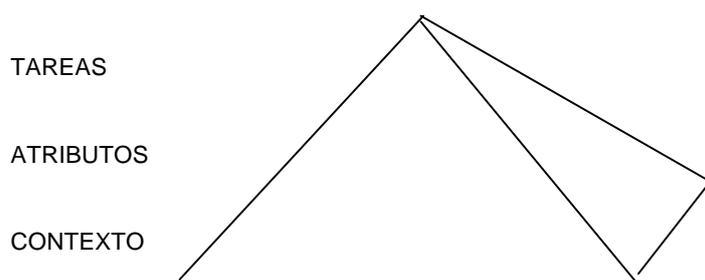


FIGURA 2. Perspectiva holística de la competencia

El enfoque integrado/holístico considera al maestro competente como aquel que tiene la capacidad de poner en juego una compleja integración de atributos en diferentes contextos. Los conocimientos básicos sobre el tema tendrán que combinarse con normas éticas, con la capacidad para comunicarse con estudiantes de diferentes edades y aptitudes. Con el interés por los problemas de éstos y con conocimientos sobre el currículo, entre otros factores. Desafortunadamente, esto significa que las expectativas de sencillez y claridad en todo lo que tiene que ver con la formación de maestros y su evaluación, aspectos del enfoque basado en competencias que en un principio atrajeron la atención de los gobiernos, son erróneas. De manera similar, la competencia de mecánicos, soldadores, programadores de

computadoras, técnicos de laboratorio, etc., tienen que enseñarse como parte de la interacción de atributos, aplicable a los contextos en que se desempeñan esas ocupaciones. Por lo tanto, en la enseñanza de la técnica tendrá que incluirse tanto lo general y nocional, como lo específicamente técnico. En la sección siguiente analizaremos como podría hacerse.

Independientemente de las características de las normas desarrolladas en ciertas industrias, los maestros tendrán que ser creativos en su concepción de los currículos y los métodos de enseñanza y evaluación.

Es indispensable resistirse a los limitados puntos de vista inherentes al pensamiento de algunos diseñadores de normas de competencia y de los primeros currículos de educación basada en competencia.

CUADRO 3. Perspectivas de la competencia holística

CRITERIOS	CONCEPTO INTEGRADO U HOLÍSTICO DE COMPETENCIA
CONCEPTO DE COMPETENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Integra atributos y tareas en una situación o contexto específico. • Competencias formuladas como “el estudiante es capaz de hacer X”.
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Permite la incorporación de ética y valores en las normas. • Distingue el conocimiento del desempeño. • Relaciona competencia, individuo y tarea. • Exige diferentes evidencias y juicios basados en las evidencias. • Las normas deben ser explícitas y publicas, pero pueden ser flexibles.
CURRÍCULO	<ul style="list-style-type: none"> • Define la interacción entre conocimiento, habilidades y actitudes necesarias en un contexto.

En el cuadro 4 se resumen las características de la Educación basada en Competencias.

CUADRO 4. Tres perspectivas de la naturaleza de la competencia

CRITERIOS	COMPETENCIA COMO CONJUNTO DE TAREAS	COMPETENCIA COMO CONJUNTO DE ATRIBUTOS	CONCEPTO INTEGRADO U HOLÍSTICO DE COMPETENCIA
CONCEPTO DE COMPETENCIA	COMPETENCIA CONFORMADA POR TAREAS DISTINTAS, ESPECIFICAS INDIVIDUALES COMPETENCIAS FORMULADAS COMO "EL ESTUDIANTE HIZO X"	ATRIBUTOS ESENCIALES PARA EL DESEMPEÑO EFECTIVO COMPETENCIAS FORMULADAS COMO EL "ESTUDIANTE TIENE X HABILIDAD"	INTEGRA ATRIBUTOS Y TAREAS EN UNA SITUACIÓN O CONTEXTO ESPECIFICO COMPETENCIAS FORMULADAS COMO "EL ESTUDIANTE ES CAPAZ DE HACER X"
CARACTERISTICAS	SE BASA EN LA OBSERVACIÓN DIRECTA DEL DESEMPEÑO SE CONCENTRA EN RELACION ENTRE TAREAS ADECUADA PARA DESEMPEÑOS POCO COMPLEJOS LISTA ATOMIZADA DE COMPETENCIAS CONOCIMIENTO INFERIDO DEL DESEMPEÑO POCAS VARIACIONES EN LA ESPECIFICACION DE NORMAS DE COMPETENCIA	SE CONCENTRA EN EL CONTEXTO EN QUE SE APLICA LA COMPETENCIA SUPONE COMPETENCIAS GENERICAS	PERMITE LA INCORPORACIÓN DE ÉTICA Y VALORES EN LAS NORMAS DISTINGUE EL CONOCIMIENTO DEL DESEMPEÑO RELACIONA COMPETENCIA, INDIVIDUO Y TAREA EXIGE DIFERENTES EVIDENCIAS Y JUICIOS BASADOS EN LAS EVIDENCIAS LAS NORMAS DEBEN SER EXPLICITAS Y PUBLICAS, PERO PUEDEN SER FLEXIBLES
CURRICULO	SE UTILIZA EL ANALISIS OCUPACIONAL PARA DEFINIR LAS TAREAS QUE SE ENSEÑARAN	DEFINE EL CONOCIMIENTO DEL TEMA Y LAS HABILIDADES GENERICAS NECESARIAS	DEFINE LA INTERACCIÓN ENTRE CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y ACTITUDES NECESARIAS EN UN CONTEXTO

IMPLICACIONES PARA LA EDUCACION PROFESIONAL Y LOS CURRICULOS DE CAPACITACION

En esta sección se resumen tres enfoques amplios del desarrollo de currículos de educación profesional que realmente han sido puestos en práctica (hay otros que pudieron haber sido utilizados y lo fueron); se sugiere, por otra parte, que el enfoque preferido depende del concepto que se tenga de la naturaleza de la competencia.

UN CURRÍCULO RELACIONADO CON LAS TAREAS QUE SE DESEMPEÑARAN EN EL TRABAJO

Ejemplificaremos la instrumentación de un currículo sustentado por conceptos de competencia basado en tareas con la creación, en Gran Bretaña, del marco de Calificaciones Profesionales Nacionales (NVQ, por sus siglas en inglés), cuyo desarrollo en los últimos seis años ha sido rápido y polémico. El objetivo del nuevo marco era tratar de resolver el problema de la deserción escolar y la incapacidad observada en las instituciones académicas para proporcionar una experiencia educativa de calidad de gran cantidad de jóvenes de 16 años y mayores.

El sistema tiene dos vertientes, las NVQ otorgada por la industria y las instituciones de formación continua y las NVQ generales, otorgadas, en general, por las escuelas. Los “organismos directores” de la industria desarrollan normas de competencia para ciertas ocupaciones; dichas normas se convierten en resultados respecto de los cuales se evalúa a los estudiantes. Las escuelas y los lugares de trabajo que imparten la enseñanza no cuentan con un currículo preciso porque se presume que los maestros y los instructores, respectivamente, pueden diseñar experiencias de aprendizaje que permitan la adquisición de las habilidades que demuestren los resultados enumerados en las normas de competencia.

En todos los casos, la evaluación de los resultados depende de alguno de los organismos examinadores (ya sea de la ciudad o del gremio). Lo que ha ocurrido inevitablemente es que, a falta de un currículo especificado, o incluso de un marco para el currículo y de una decisión real sobre la naturaleza de la competencia, en la mayoría de los casos la evaluación ha determinado el currículo. El enfoque adoptado por los organismos examinadores ha sido la evaluación independiente de cada tarea (resultado o elemento). Parece ser que en los institutos técnicos y los lugares de trabajo, el currículo está constituido por los resultados o las tareas reales que se especifican en las normas de competencia.

Con frecuencia, los métodos de enseñanza no son más que el desempeño de una tarea en una situación de simulación o, cuando es posible, en condiciones de trabajo reales. Para complementar este aprendizaje, se pide a los estudiantes que conformen su propia cartera de evidencias relacionadas con los resultados especificados. En ciertas instituciones, el maestro dedica mucho tiempo a revisar esas evidencias y marcar recuadros relacionados con la evaluación de los resultados individuales (Smithers, 1994).

Obviamente, nunca fue éste el objetivo de los desarrolladores del marco de competencias. En diversas publicaciones hablan de la necesidad de descomponer las normas de competencia en habilidades, conocimientos y principios, de que el material tenga una secuencia, etc., pero aparentemente se subestimó la complejidad del proceso de desarrollo curricular. Se esperaba que, al no especificar un modelo, surgirían muchos que reflejarían los diferentes lugares en donde se llevan a cabo la educación y la

capacitación, pero no ha sido así. Hasta ahora, la mejor manera de describirlo es como un sistema de evaluación carente de marco curricular coherente; de hecho, las normas de competencia constituyen el currículo.

Un enfoque más sistemático basado en la concepción de la competencia en función de las tareas es el método DACUM (siglas del equivalente inglés de “desarrollo curricular”), ampliamente utilizado en los Estados Unidos, Canadá y Australia. No hay duda de que mediante esta técnica, que reúne los diferentes componentes de la competencia, se puede desarrollar un currículo innovador, de manera que los estudiantes logren una experiencia de aprendizaje coherente. No obstante, en la mayoría de los casos, cuando menos en Australia, el método DACUM parece ser muy útil para separar las diferentes tareas de un área ocupacional, pero no para establecer un vínculo entre ellas ni tampoco para relacionar las tareas y los atributos (conocimiento y actitudes) en que están basadas.

ENFOQUE INTEGRADO DE UN CURRÍCULO PROFESIONAL

Nos parece interesante analizar la evolución del enfoque curricular de la educación profesional. Tradicionalmente, se ha tendido a conceder mayor importancia a las disciplinas consideradas como base del conocimiento de la profesión y a dejar la práctica profesional a la capacitación en el trabajo, una vez terminados los estudios. Recientemente, sin embargo, los educadores de niveles profesionales de varios países han modificado el desarrollo curricular y adoptado una concepción integrada de la competencia. La preparación ocupacional típica actual se observa en la figura 3.



FIGURA 3. Preparación ocupacional típica actual.

Si bien últimamente el papel de la práctica (experiencia) y la manera de relacionarla con las otras etapas ha despertado gran interés, aún falta mucho por aprender sobre cómo reunir estos aspectos en un todo coherente. La mayoría de las universidades y de las instituciones de capacitación profesional dan mayor importancia al primero de los dos aspectos

mencionados y supone que la sola experiencia permitirá al estudiante relacionar la teoría con la práctica.

El enfoque integrado de la competencia antes mencionado implica que el currículo debe tender a integrar los tres aspectos en un todo coherente. Hay muchas formas de hacerlo. Una de ellas es mediante un currículo basado en problemas, que ya se utiliza en diferentes campos y en gran número de universidades de todo el mundo. Describiremos brevemente las características de un currículo basado en problemas y algunas de las ventajas de un enfoque curricular basado en la competencia integrada.

La enseñanza basada en problemas se originó en las disciplinas que tienen que ver con la salud. La intención era tomar los problemas que enfrentan los profesionales de estas áreas como punto de partida para el currículo. En general, sus características son las siguientes:

Uso de materiales que simulan la vida real (o situaciones reales en ciertas áreas ocupacionales); aclaración de problemas y solución de los mismos; trabajo en equipo con acceso a un tutor; resolución de problemas uno a uno, a diferencia de los cursos basados en materias, en los cuales se intentan muchas cosas al mismo tiempo.

Hay muchos ejemplos de currículos basados en problemas que no incluyen todas estas características. No obstante, todos deben comprometerse con la noción de “problemas reales”, y no de “disciplina”, como base del currículo.

Obviamente, este punto de partida es similar al modelo basado en competencias, el cual se pregunta qué necesita hacer una persona para que se le considere competente y qué atributos necesita para lograrlo. Aparentemente, la diferencia radica en que este modelo se ha concentrado en un análisis detallado de la ocupación, mientras que la tendencia del aprendizaje basado en problemas parte de lo que considera como la mejor forma de enseñanza y supone que se necesitan ciertas competencias. No obstante, ambos deben desembocar en el mismo punto porque su objetivo es un profesional experto competente, capaz, entre otras cosas, de resolver problemas, de desarrollar un pensamiento crítico y de seguir aprendiendo el resto de su vida.

Boud y Feletti (1992) enumeran una serie de razones por las que consideran que el currículo enfocado a resolución de problemas ha despertado interés en los últimos años, toma en cuenta cómo se aprende, se concentra en actividades auténticas cuando se requiere un aprendizaje “profundo”; concede mayor importancia a enseñar cómo aprender, que a la asimilación de conocimientos; tiene mayor validez, aparentemente, que un enfoque basado en disciplinas: es más flexible que otros métodos.

¿Se pueden adaptar estas ideas al currículo de las áreas ocupacionales? La respuesta a esta pregunta depende, cuando menos en parte, de lo que supuestamente debe lograrse con un currículo ocupacional.

Si se acepta que debe desarrollar competencias ocupacionales específicas y habilidades generales, entonces un enfoque curricular que plantee situaciones laborales reales, o cuando menos las simule, y que se oriente

hacia la resolución de problemas, es el que más posibilidades tiene de lograrlo. La conclusión a la que han llegado muchos maestros e instructores es que las competencias deben enseñarse en un contexto (o campo) específico.²⁹

CAPITULO 3

Estudio comparativo de un Diplomado de Formación Gerencial por competencias holísticas vs. Diplomado de Formación Gerencial Tradiacional.

3.1) INICIO DE LA COMPETITIVIDAD DEL IMSS CON EL SECTOR PRIVADO DE SALUD Y TLC.

México ha sido clasificado por el Banco Mundial como un país de ingreso medio de nivel alto que en 1991, contaba con un producto nacional bruto de 3030 dólares per capita. En la última década, México se ha visto inmerso en un profundo proceso de cambio que se ha expresado en diversas transiciones de índole económica, política, social, demográfica y epidemiológica. Este proceso transicional ha cambiado las reglas del juego y ha generado nuevas condiciones orientadas a la modernización del país

Este es el contexto en el que se analiza la situación del sector privado mexicano en el campo de la salud, por lo que en este documento se parte de un somero análisis de las principales tendencias económicas y de las políticas de ajuste instrumentadas, así como de sus efectos sobre el sector salud. En un segundo apartado se presenta una breve descripción de las condiciones de salud en características organizativas de los servicios de salud. En seguida se aborda el reto de la innovación, la diversidad financiera y la participación del sector privado en el campo de la salud. Finalmente, se discuten las posibilidades de desarrollo del sistema bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad en la atención a la salud.

Uno de los fenómenos más sobresalientes de la situación económica posterior a la caída del Muro de Berlín es el surgimiento y desarrollo de diversas regiones económicas. En enero de 1993, entró en vigor el mercado único de la Comunidad Económica Europea. En marzo de 1991, Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay firmaron el Acuerdo de Asunción, en el que se comprometieron a crear un mercado común (MERCOSUR) en enero de 1995. A principios de 1991, EUA y Canadá crearon un área de libre comercio que se extendió hasta México en enero de 1994. A finales de 1989 se formó el Consejo de Cooperación Económica de Asia y el Pacífico (APEC).³⁰

La organización para la atención de la salud.

²⁹ Gonczy A. Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico. En: Formación basada en competencia laboral: Situación actual y perspectivas. Montevideo: Cinterfor/OIT; 1997. p. 161-9.

³⁰ Este Consejo creado en 1989 reúne a Australia, EUA, Canadá, Nueva Zelanda, China, Japón, Corea del Sur, Taiwán, Hong Kong y los seis miembros de la Asociación de Países del Sudeste Asiático (ASEAN): Indonesia, Malasia, Filipinas, Singapur, Tailandia y el sultanato de Brunei. México y Papúa- Nueva Guinea fueron aceptados como miembros de APEC en noviembre de 1993.

El Sistema Nacional de salud (SNS) está integrado por:

a) El sector Público, al cual pertenecen las instituciones que prestan servicios de atención médica y salud pública como la Secretaría de Salud, las agencias de seguridad social y los servicios de salud de las entidades federativas y de asistencia social, y

b) El sector privado.

Sector Público. El sector público está conformado por una serie de instituciones que proveen servicios a diferentes tipos de población. Las llamadas instituciones de servicios a población abierta proveen atención médica y asistencia social a aquella población que no está involucrada en relaciones formales de trabajo y, por lo tanto, no tiene acceso a instituciones de seguridad social. Su principal fuente de financiamiento son los presupuestos federal y estatal. La Secretaría de Salud (SSA) es el órgano rector político de todo el sector salud y después de la descentralización de los servicios de salud, los estados federales proveen servicios de salud a la población abierta. Los institutos nacionales de salud y el programa IMSS SOLIDARIDAD son también instancias que prestan servicios de salud a esta misma población. Este último organismo presta servicios en 16 estados de la República, es financiado con fondos federales y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los servicios de salud de los estados, financiados con fondos del presupuesto estatal, son también dirigidos a la población abierta. Los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal son los servicios más importantes dentro de estos últimos, dada la cantidad de recursos y de demandas que atiende.

Las instituciones de asistencia social son el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y los Centros de Integración Juvenil.

El otro grupo de instituciones del sector público lo conforman las instituciones de seguridad social, que prestan servicios a la población que tiene una relación laboral formal con alguna empresa productora de bienes o servicios. Su financiamiento puede ser bi o tripartito. Dentro de ellas, destacan el IMSS –la más importante de ellas por la cantidad de asegurados, el número de empleados y los recursos físicos, materiales y financieros- y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSTE). Se cuenta también con las instituciones de seguridad social para los trabajadores de 13 estados de la República, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), los Servicios de Salud de la Marina Nacional (SSMARINA) y los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (SSPEMEX). Estos últimos se encuentran ya en proceso de privatización.

El sector privado. El Diario Oficial de la Federación define al sector privado como el conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en salud con bienes de propiedad particular. En él se incluyen tanto a las instituciones e individuos que desarrollan actividades no lucrativas. Aquí se incluye, pues, un cuerpo heterogéneo de personas físicas y morales que trabajan dentro de la medicina tradicional, las terapias alternativas, la

atención ambulatoria, las clínicas, los hospitales y las compañías aseguradas.

En 1991 se identificaron 1970 unidades médicas hospitalarias privadas. Un número muy pequeño de estas unidades, posee un extenso reconocimiento por parte de la población en general, opinión que se fundamenta en la capacidad tecnológica que poseen estos establecimientos. El resto de las unidades está conformado en un 81 por ciento por clínicas de menos de 14 camas censables, y cerca de la mitad de este universo lo conforman establecimientos con cinco camas o menos. Una buena parte del personal médico y paramédico que labora en estas unidades también lo hace para instituciones del sector público. Sin embargo, cabe destacar que en estos pequeños establecimientos el 41.2 por ciento del personal es paramédico (enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales, etc.) y sólo 2.2 por ciento es personal médico.

La cobertura. México contaba en 1990 con una población de 80.1 millones de habitantes. Para 1992, se estima que la suma total del universo que atienden las instituciones públicas del sistema Nacional de Salud es de 90 890 285 personas, cifra que nos habla del traslape de coberturas. A las agencias que atienden a la población abierta les corresponde el 46.6 por ciento del universo y a las agencias de seguridad social, el 53.4 por ciento.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud en 1986, la medicina privada atiende al 36.7 por ciento de la demanda efectiva de los servicios. Según otras fuentes, el sector privado cuenta con el 20 por ciento de las unidades médicas del país, la tercera parte de las unidades de hospitalización general, el 20 por ciento de las camas censables y cubre aproximadamente entre el 10 y el 15 por ciento de la población total de la Nación. Los datos anteriores ratifican el traslape que existe en la prestación de servicios de salud, no sólo al interior del sector público, sino también entre éste y el sector privado.

De acuerdo con el Dr. Julio Frenk, los principios en los que se basa el acceso al SNS mexicano son tres: el principio de pobreza, a través del cual se ofrecen servicios de salud a indigentes o personas que por problemas económicos no pueden acceder al sector privado o, por no tener un empleo formal, no pueden ser atendidos por la seguridad social; el principio corporativo, que rige a aquellos grupos de población que juegan un papel económico o estratégico importante, por lo que se les otorgan servicios de seguridad social (trabajadores del sector formal, burócratas, fuerzas armadas etc.), y el principio del poder de compra, que rige en el sector privado. (tabla 1).

Tabla 1. Seguros de accidentes y enfermedades. Movimiento de pólizas, primas, siniestro y excedente en México 1979 – 1988 (precios constantes de 1978).

Año	Número de empresas	Número de pólizas	Monto de primas emitidas	Utilidades antes de gastos de administración y venta
1979	33	209 886	564 750	223 764
1980	33	289 665	623 584	278 875
1981	33	312 229	687 071	263 086
1982	32	418 633	620 295	202 101
1983	32	290 346	564 347	203 713
1984	32	360 632	705 171	353 981
1985	33	265 363	664 408	201 430
1986	31	242 374	761 822	167 697
1987	29	328 134	969 321	161 703
1988	29	388 552	1 469 380	207 477

Estos tres principios se expresan en tres modalidades de organización de los servicios de salud con esquemas de financiamiento distintos. La principal fuente de financiamiento de la asistencia pública es el presupuesto gubernamental. Las agencias de seguridad social obtienen recursos del Estado y de los empleados (ISSSTE, PEMEX), o bien del Estado, los empleados y los empleadores (IMSS). Finalmente, en los servicios del sector privado, la principal fuente de financiamiento son los pagos del usuario, que se realizan por gastos directos o por medio de seguros médicos privados. Sin embargo, cabe apuntar que ya casi no hay esquemas de financiamiento puros y que cada vez se dan más las mezclas de diferentes fuentes. Un ejemplo de estos son los derechohabientes del IMSS, que pagan por estos servicios en forma obligatoria y frecuentemente hacen uso de los servicios de la Secretaría de Salud o del Sector Privado.

Por otro lado, se observa que una de las características de los esquemas de financiamiento de los servicios de salud mexicanos, es la presencia del Estado en casi todas las formas de sostén financiero de los servicios, ya sea a través de la contribución directa o a través de la vía fiscal. Esto es importante destacarlo, ya que el Estado puede incidir en la redistribución del ingreso por medio de su gestión en salud, reduciendo o incrementando su apoyo a las distintas instituciones o sectores.

A nivel global, el presupuesto de las instituciones de salud de 1976 a 1988 muestra tres tendencias. La primera, de 1976 a 1981, está caracterizada por un crecimiento sostenido del presupuesto, que aumenta en un 70 por ciento en este período. La segunda tendencia, que se produce entre 1982 y 1987, como resultado de la crisis, se diferencia por una drástica caída del presupuesto, que en 1987 alcanza apenas un 47 por ciento del presupuesto de 1981. Por último, a partir de 1988, las cifras muestran signos de recuperación, al incrementarse el presupuesto de 1988 un 15 por ciento con respecto al de 1987. Sin embargo, si se compara el presupuesto de 1988 con el de 1981 se observa una variación menor del 1.25%, lo que quiere decir

que hasta 1988 se llegó a recuperar el nivel alcanzado a principios de la década.

Por lo que respecta a la atención privado, la participación del Estado en el esquema de financiamiento se da a través de la vía fiscal, ya que en México los gastos médicos son deducibles de impuestos.

Un elemento importante del sector privado de servicios de salud es la industria aseguradora. Hoy se sabe, por ejemplo, que después de los seguros para pensiones, el principal factor de desarrollo de estas agencias es el seguro médico. En uno de los pocos trabajos realizados sobre el sector privado, Soria documenta el crecimiento de los seguros médicos privados en México, y muestra cómo durante el período 1979 – 1988, el número de pólizas por accidentes y enfermedades se incrementó en un 85 por ciento, y se triplicó el número de primas retenidas. Esto se debe, según el mismo autor, a que numerosas empresas públicas y privadas han contratado para sus trabajadores seguros complementarios de “gastos médico mayores”, independientemente de estar afiliados al IMSS o al ISSSTE.

Los recursos disponibles y la productividad. Hacia 1992, México contaba en el sector público con 0.96 médicos / 1 000 habitantes y 1.72 enfermeras / médico, aunque según datos del censo de 1990, en el país hay más de 160 000 médicos, cifra que nos habla de una tasa nacional de alrededor de dos médicos por cada 1 000 habitantes.

En una investigación realizada sobre los patrones de empleo médico, se construyeron y caracterizaron las formas dominantes de incorporación laboral de los médicos en las áreas urbanas de la república. Los resultados de este trabajo indican que el 28 por ciento de los médicos son monoempleados y asalariados; el 17 por ciento son monoempleados independientes; 18 por ciento son biempleados (asalariados y profesionistas independientes); seis por ciento son triempleados (tres trabajos son como asalariado y uno como independiente), y el resto conforma una amplia gama de combinaciones que incluye el abandono total de su profesión original.

En relación con otros recursos, en 1992 el sector público contaba con 0.76 camas / 1 000 habitantes y 0.43 consultorios / 1 000 habitantes. La primera de estas tasas aún está por debajo del estándar normado, que es de 0.825 / 1 000 habitantes; en cambio la segunda está por encima de los estándares.

En las instituciones del sector público, en 1992 se realizaron 110 067 095 consultas generales, 22 956 849 consultas de especialidad y 9 280 731 consultas odontológicas, lo que arrojó tasas de 8.3 consultas / médico y 1 827.5 consultas / 1 000 habitantes. El número total de egresos hospitalarios fue de 3 482 863, con una productividad de 52.6 egresos por cama, 40.1 egresos / 1 000 habitantes y 62.9 por ciento de ocupación hospitalaria. Por último, se realizaron 1 998 292 intervenciones quirúrgicas (23/1000 habitantes).

En relación con el presupuesto, en pesos constantes de 1980, observamos una tendencia a la baja, de 2 879 pesos por consulta en 1976, a 1 330 en 1987 (reducción del 53%). Varios factores incidieron en este abaratamiento;

por un lado, la reducción presupuestal deriva de la crisis y, por el otro, los aumentos en la productividad en las diferentes instituciones. Uno de los aspectos que es necesario dimensionar es el efecto de esta reducción sobre la calidad de la atención.

A partir de la identificación de las características del contexto económico, las condiciones de salud y la organización de los servicios de salud, es posible definir como retos: **a)** buscar formas innovadoras de participación estatal para alcanzar el bienestar social, es decir, la modernización de los sistemas de información, el fomento a la investigación y el desarrollo tecnológico, la optimización en la captación y diversificación de fuentes de financiamiento, el mantenimiento de determinados subsidios, y la estandarización y homologación internacional de controles y regulaciones; **b)** sacar el máximo provecho de la internacionalización de la economía y la apertura de mercados; **c)** alcanzar mayores niveles de eficiencia, equidad y calidad en las instituciones de salud pública y privadas; **d)** promover el desarrollo del complejo médico industrial bajo condiciones de mayor certidumbre económica, y **e)** estimular la implementación de nuevas formas de gestión en salud, en las que se materialice el tránsito de un “Estado propietario” a un “Estado solidario”.

A continuación se presentan algunos ejemplos de innovación en la prestación y financiamiento de los servicios de salud.

Tabla 2. Oportunidades y riesgos del Tratado de Libre comercio de Norteamérica para las organizaciones y los servicios de salud mexicanos.

Modelos de interacción		Oportunidades		Riesgos	
		Directos	Indirectos	Directos	Indirectos
Movimientos migratorios de Estados Unidos a México	Americanos y Canadienses a México	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del mercado • Economías de escala • Crecimiento del sistema médico • Ingresos en moneda dura • Establecimiento de los sistemas de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos para la mejora de la calidad • Incentivos para la inversión • Reducción de desempleo y subempleo en el sector de atención médica • Reacción de trabajos en los sectores complementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de los costos de la atención • Incremento de las demandas legales en contra de los distribuidores de servicios mexicanos • Contagio por enfermedades contagiosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de las organizaciones de salud de lucro • Problemas en la monitoreada central de enfermedades
	Mexicanos a EEUU y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a tecnología y procedimientos de sub-especialidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de necesidades no satisfechas en México 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés en el mercado mexicano • Exceso de la capacidad de la infraestructura médica en México 	<ul style="list-style-type: none"> • Caída de las inversiones • Fuga de capital a través de salidas del circulante • Falta de recursos financieros

M o v i m i e n t o s d e	Americanos y Canadienses a México	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementación de los servicios médicos • Estándares mexicanos de licencias profesionales equiparables a los internacionales • Incremento en la calidad y suficiencia de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de las agencias reguladoras mexicanas • Mejoría en los planes de estudio • Incremento del entrenamiento de americanos y canadienses en escuelas de medicinas mexicanas • Incremento en los servicios de consultoría 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del desempeño de médicos • Fortalecimiento de los servicios médicos curativos • Incremento de los costos de la atención • Incremento del número de médicos americanos y canadienses en México 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en la práctica de la medicina defensiva con reglas inflexibles • Incremento de la inequidad • Fuga de capitales por la salida del circulante
	Mexicanos a EEUU y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en el desempeño de los médicos mexicanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría de la educación continua de los médicos mexicanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés en el mercado mexicano • Decremento en la oferta de enfermeras • Salida de cerebros 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de los costos
E s t a b l e c i m i e n t o	Americanos y Canadienses a México	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la inversión extranjera • Transferencia de tecnología y conocimientos • Aceptación a mejoría de los estándares internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de empleos • Mayor competencia • Desarrollo de la industria médica privada • Renovación y expansión del sistema médico • Mayor cobertura • Mejoría en la estructura de comunicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Caída en las inversiones de capital local • Incremento de la inequidad • Tratamiento innecesarios • Transferencia de deficiencias • Establecimiento de unidades de alto riesgo • Incentivos negativos para el desarrollo e investigación científica y tecnológica • Postergación de inversión y salida de capital 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de financiamiento a las instituciones privadas mexicanas por la reducción en la demanda • Reducción de la responsabilidad pública para la satisfacción de las necesidades sociales • Incremento en la dependencia extranjera
	Mexicanos a EEUU y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del acceso al mercado hispano • Ganancias en moneda dura • Integración vertical del sistema de atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad con los grupos hispanos incluyendo a los trabajadores ilegales • Incentivos para la inversión • Creación de empleos • Desarrollo científico y tecnología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés en el mercado mexicano 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de los costos

P c r o n y j e u c n t t o o s s		<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de los medios formales de interacción • Intercambio de recursos información y métodos • Suplementación de servicios • Conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de recursos financieros para investigación y educación • Optimización de recursos • Mejoría de la ciencia y tecnología • Fortalecimiento de los programas de colaboración 		
---	--	---	---	--	--

Como resultado de la internacionalización de la economía

En la tabla 2 se presentan los principales riesgos y oportunidades para México derivados del Tratado de Libre Comercio. La internacionalización de la economía abre nuevos espacios para la importación y exportación, ya que se trata no solamente del comercio de productos, sino también de servicios, lo que obliga a considerar la homologación de normas y estándares, el mejoramiento de la estructura de comunicación entre países y el establecimiento de cuerpos bi, tri o multinacionales encargados de la resolución de conflictos.

Como problemas destacan la falta de desarrollo de innovaciones tecnológicas en México, la baja inversión en actividades de investigación y desarrollo en la industria privada, la falta de identidad del “complejo médico-industrial de bienes y servicios de salud” y el alto nivel de dependencia externa en materia de insumos para la salud.

En lo que se refiere específicamente a la internacionalización del proceso de atención médica, el Estado deberá optimizar sus políticas de información, modernizar su control sanitario, revisar los procesos de certificación y licenciamiento, y, a través de estos mecanismos, incidir sobre los precios, cantidad, calidad y tipo de servicios de salud que han de producirse en el país.

Como resultado del saneamiento de las finanzas públicas y cambio en la forma de participación estatal. El saneamiento de las finanzas públicas conduce a dos procesos: por un lado, a una diversificación de las fuentes de financiamiento para así contar con mayores recursos para hacer frente a las crecientes necesidades, y, por el otro, al incremento en los niveles de eficiencia en la prestación de servicios.

Esta estrategia toma su más clara expresión en el desarrollo de la mezcla pública y privada, a través de la cual se pretende contar con mayores recursos mediante la participación privada y el incremento de los niveles de productividad y manejo eficiente de los recursos. En este último caso, se trataría de estimular el desarrollo de un esquema competitivo que garantice

que el agente más apto sea el que se encargue de la prestación de servicios.³¹

Situación actual y futuro próximo

El contexto económico

Desde finales de 1982, la crisis económica obligó al gobierno mexicano a diseñar un programa de ajuste económico que tuvo como fin reestructurar las bases sobre las que se desenvolvería el país. El programa de ajuste se fue completando a lo largo del período 1983 – 1990, y dentro de las medidas implementadas cabe destacar: **a)** la internacionalización de la economía; **b)** la renegociación de la deuda externa; **c)** el control de la inflación; **d)** el saneamiento de las finanzas públicas; **e)** el cambio en la forma de participación estatal en la economía; **f)** el mejoramiento del nivel de vida de la población marginada, y **g)** la recuperación del crecimiento económico.³²

Aunque la posición gubernamental insiste en que los indicadores mexicanos de la economía muestran una mejora significativa en la macroeconomía, es notable que en la actualidad existe ya una desproporción entre la oferta y la demanda de servicios de salud y que esta megatendencia parece estar creciendo.

*Aumento en la demanda de servicios de salud

- 1) Crecimiento de la población: Para el año 2,000 se esperaba rebasar la barrera de los 100 millones de habitantes.
- 2) Aumento en la expectativa de vida: En ambos sexos se superara la octava década de la vida.
- 3) Transición epidemiológica, con presencia de enfermedades emergentes e incremento de las enfermedades crónico-degenerativas.
- 4) Crecimiento de la población: Para el año 2,000 se esperaba rebasar la barrera de los 100 millones de habitantes.
- 5) Aumento en la expectativa de vida: En ambos sexos se superara la octava década de la vida.
- 6) Transición epidemiológica, con presencia de enfermedades emergentes e incremento de las enfermedades crónico-degenerativas.

La transición político-económica ha causado crisis recurrentes, que han afectado la atención médica, sobre todo institucional. Las transiciones demográficas y epidemiológicas exigen de los servicios de salud soluciones para problemas patológicos emergentes, propios de sociedades

³¹ Cruz R. C. et. al. El papel del sector privado mexicano en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud

³² de Mateo F. L Situación actual del tlc de América del Norte. En: los sistemas de salud ante la globalización. Academia nacional de medicina, instituto de salud eua. 1995. P. 1-6 (versión mecanográfica).

desarrolladas, como enfermedades crónico-degenerativas, neoplasias malignas, traumatismos, que han llegado a los primeros lugares como causas de mortalidad, al mismo tiempo que debe atender rezagos de enfermedades infecciosas, de nutrición y los problemas de salud reproductiva, que siguen siendo frecuentes, principalmente en áreas rurales y conurbadas.

Con la crisis económica, las presiones tanto al IMSS como a otras instituciones del Sector Salud se acrecentaron sin que el Gobierno contara con los recursos para extender su oferta. Durante esta etapa, la clase media ha utilizado los servicios médicos gubernamentales en la medida en la que su economía personal le impide acudir a otra alternativa, la cual tampoco garantiza una mejor calidad y precio ya que en nuestro país hace falta una infraestructura sólida y suficiente.

La competencia internacional. Al igual que en otros sectores, la globalización de la economía y en particular el acercamiento con Estados Unidos y Canadá que representa el TLCAN nos obliga ineludiblemente a replantear las relaciones entre las universidades mexicanas y las norteamericanas o canadienses, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

En la medida, entonces, en que la oferta del sistema educativo no satisfaga las necesidades de un mercado de trabajo en rápida evolución, el mercado se dirigirá hacia la oferta del extranjero. Lo que por su parte hará más atractivo el obtener un grado fuera de México. A su vez, la necesidad de validar los estudios mexicanos en el extranjero hará cada vez más común el establecimiento de acuerdos de validación de estudios entre universidades.

Este tipo de situaciones no debe verse necesariamente como una amenaza. De hecho, ofrece oportunidades interesantes; sin embargo, es una situación más frecuente a la cual no se puede ser indiferente. En particular, plantea dos problemas que habrá que enfrentar:

1. La validación internacional de títulos y currícula, es decir, el establecimiento de normas y estándares comunes de evaluación y aceptación; y ligado a esto,
2. El establecimiento de reglas claras y generales de intercambio de maestros y estudiantes entre universidades.³³

³³ Warman J. Comentarios sobre el impacto del TLC en educación, en las áreas de ciencia y tecnología. En: El nuevo contexto socio-industrial del siglo XXI. México: ITSON; 1996. p. 305-75.

3.2) CREACIÓN DE ESTUDIOS BASADOS EN COMPETENCIAS: DIPLOMADO EN FORMACIÓN GERENCIAL

En el año de 1997 se da la descentralización de los Centros de Formación de Profesores en el área de la Salud. Ya que el IMSS se había dividido en siete regiones, se decide que cada Región tuviera su propio Centro Regional de Formación de Profesores. Pero fue hasta el año de 1998 en que bajo la dirección del Dr. Alberto Lifschitz Guinzberg Coordinador Nacional de Enseñanza del IMSS se inicia la capacitación de los cuadros de profesores de los centros para su capacitación bajo el enfoque de Competencias Holísticas.

El curso de capacitación estuvo bajo la coordinación del Dr. Tomas Miklos, colaborador directo del Dr. Bertrand Swartz creador de este concepto educativo.

Posterior a la capacitación se crearon compromisos con los Directores de cada Centro de Formación de profesores para implementar el programa en el diplomado de formación de profesores y posteriormente en el de formación gerencial, el cual debería de dar inicio en el año de 1999.

Una vez concluida la capacitación se implemento en los diferentes Centros de Formación de Profesores y Gerentes en el Área de la Salud el diplomado de Formación gerencial. Es importante mencionar que cada Centro Regional adapto un programa educativo en relación a las necesidades gerenciales en particular.

DISEÑO CURRICULAR POR COMPETENCIAS PROFESIONALES HOLÍSTICAS

En el marco de la planificación académica, el currículo ocupa un lugar esencial, toda vez que en el se especifican los lineamientos normativos y académicos que orientan la formación profesional. Es el eje que articula las estructuras académicas y administrativas y donde se formalizan las actividades que habrán de llevarse a cabo durante el proceso educativo.³⁴

De acuerdo con diversos autores, existen dos tipos de currículo:

- El *oculto* o *implícito*, que no figura en los planes de estudios y que consiste en un conjunto de actitudes y normas que se transmiten a través de los modelos de identificación como un proceso casi imperceptible, paralelo al aprendizaje formal, generalmente relacionado con la reproducción de la ideología dominante.
- El *planificado* o *explícito*, forma como la institución educativa organiza el conocimiento y los aprendizajes pretendidos: Expresa la intencionalidad de los responsables, lo que se espera de los objetivos propuestos en un determinado nivel de enseñanza y de alguna manera manifiesta las funciones de conservación, reproducción o transformación que cumple la educación.³⁵

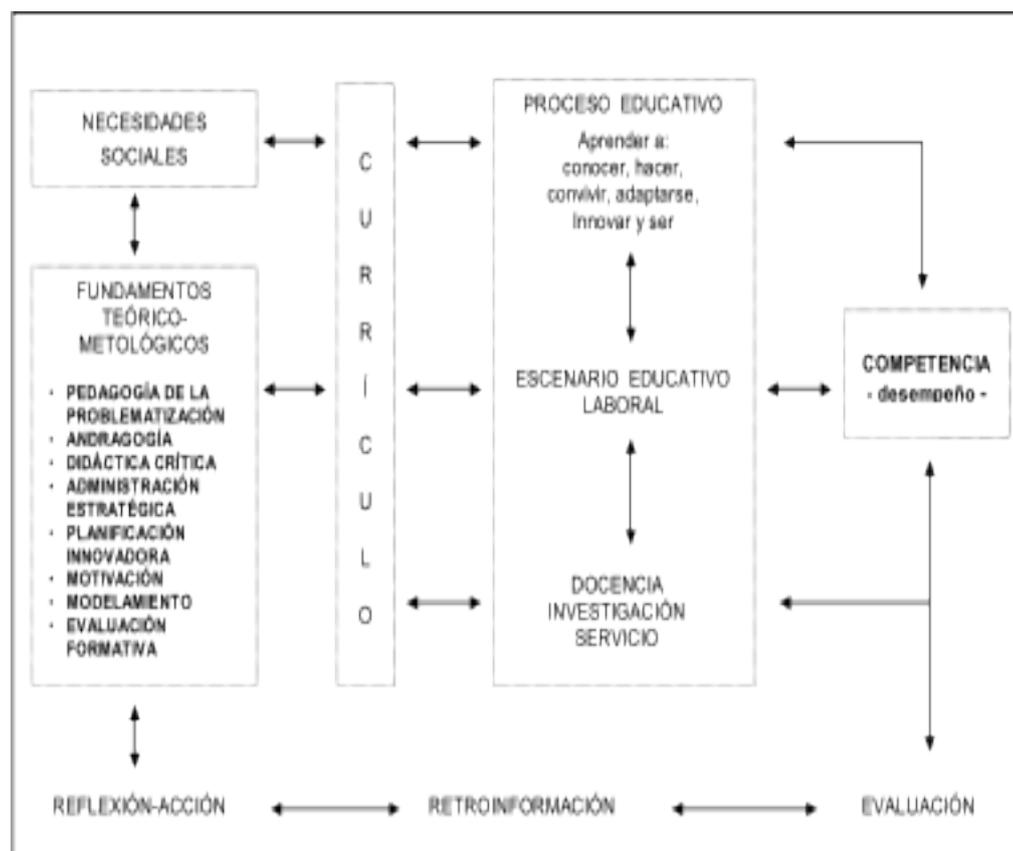
³⁴ Ruiz LE. Propuesta de un modelo de evaluación curricular para el nivel superior. Una orientación cualitativa. Cuadernos del CESU 1998;35.p.

³⁵ Galli A, Castro C, editores. Diseño curricular y programación educativa. En: Programa de formación docente pedagógica. Módulo 3. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la

Sin embargo, a raíz de que cada persona es una individualidad y sus experiencias durante la formación son únicas, se genera el currículo “adquirido”, verdaderamente el resultado de las experiencias del sujeto en el proceso educativo, y que puede ser evidenciado a través de la observación de su desempeño o bien por medio de la evaluación.

Al respecto, en los últimos años se ha observado una discrepancia cada vez mayor entre el currículo propuesto y el adquirido, circunstancia que genera serias preocupaciones en instituciones educativas, sector productivo (sitio en el que se desempeñarán los egresados de la primeras), docentes y alumnos que participan en los diferentes cursos de formación o capacitación.

El Centro Regional de la Raza creó y diseñó la estructura curricular que se expone, se parte del concepto holístico de la competencia como eje fundamental y se retoman algunos principios de la estructura curricular modular integrativa,³⁶ pero para lograr su puesta en marcha en el ámbito operativo de la formación y capacitación del personal del área de la salud, se integra con otros procesos: educación de adultos, pedagogía de la problematización, administración estratégica, planificación innovadora, didáctica crítica, el modelamiento, la motivación para el aprendizaje y la evaluación formativa (figura 1). La metodología que se articula bajo todos estos supuestos representa en concreto un cambio de paradigma en el



Salud; 1992. p. 8-17.

³⁶ Galli A, Castro C, editores. Diseño curricular y programación educativa. En: Programa de formación docente pedagógica. Módulo 3. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la

proceso educativo para la transformación de los sujetos y de las instituciones, a través de la cual se abordan los conocimientos propuestos por la UNESCO (aprender a conocer, a hacer, a ser y a convivir),³⁷ así como las estrategias para el cambio que formula la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (aprender a aprender, a adaptarse y a innovar),³⁸ con el propósito de aplicarlos en la investigación, docencia y servicio vinculados con el quehacer profesional (figura 1). De esta forma, el diseño curricular por competencias holísticas de cualquier tipo de cursos de formación o capacitación, busca preparar ciudadanos desempeñen adecuadamente las competencias demandadas por los sectores productivo y social, es decir, que realicen un trabajo socialmente útil que contribuya a mejorar su situación económica y estimule además su desarrollo personal y la aplicación de sus recursos. El conocimiento tendrá que asumirse por tanto, como dinámico, acumulativo, integral y en constante cambio, aceptando que los procedimientos, métodos y estrategias para aprenderlo deberán tener ese mismo carácter.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

En el currículum también se debe expresar las características de la evaluación, ya que ésta determina la calidad de la vida académica del docente y del participante, y la forma en que se estudia y se adquieren diferentes tipos de habilidades y destrezas.³⁹

Sin embargo, al hablar de evaluación no siempre se hace alusión a un solo concepto. Para la mayoría de las personas este proceso se refiere a conocer los resultados de una actividad (educativa o de cualquier otra índole), o con mayor precisión a “la *medición de resultados*”.⁴⁰

En el área de la salud, no obstante, ha de ponerse en duda la pertinencia y precisión que estos métodos pueden alcanzar al evaluar, por ejemplo, calidad de la atención médica, las destrezas quirúrgicas, las actitudes en la relación médico-paciente.

Si la evaluación tiene como objetivo que el participante madure y mejore en forma constante, desarrolle destrezas analíticas que le permitan planificar la corrección de sus deficiencias e implemente nuevas estrategias de trabajo, la manera de llevarla a cabo requiere de una transformación profunda e innovadora orientada a que el alumno pueda

Salud; 1992. p. 8-17.

³⁷ Latapí P. Aprender a ser y otros aprendizajes. *Proceso* 1996; 1023:39-40.

³⁸ Ibarra AA. El sistema normalizado de competencia laboral En: Argüelles A, compilador. *Competencia laboral y educación basada en normas de competencia*. México: Limusa; 1996. p. 29-41.

³⁹ Venturelli J. Modernización de la educación médica: ¿Ilusiones inútiles o necesidad imperiosa? En: Venturelli J. *Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997. p. 1-30.

⁴⁰ Fernández SJ, Santos GM. *Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Una experiencia hospitalaria*. España: Ediciones Aljibe; 1992. p. 12-18.

crecer en su educación profesional y no a que alcance promedios y calificaciones numéricas poco o nada indicativas de sus verdaderas capacidades, y favorecedoras de la competitividad y el antagonismo profesional.⁴¹

Es imprescindible tener en cuenta lo siguiente: mientras no se renueve el sistema de evaluación, no será posible una reestructuración educativa, pues el currículo, los métodos y técnicas didácticas, la organización de los centros, están en función del proceso de evaluación. Si éste continúa siendo un procedimiento específico al final de cada mes, unidad o curso (llámese calificación, examen, o como se quiera), el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje girará en torno a la adquisición de los contenidos necesarios para superar esa prueba.

En la educación basada en competencias, la evaluación consiste en reunir e interpretar suficientes evidencias de calidad del desempeño del alumno y del docente, para hacer un juicio fidedigno respecto a la adquisición de la competencia según los criterios previamente establecidos, aunque *dicho juicio nunca podrá ser absoluto*.

Por lo anterior, bajo el enfoque holístico de las competencias la propuesta es una evaluación **formativa**. Con esta acepción, se hace alusión no sólo a su carácter de continua y permanente, sino a dos significaciones más amplias: por una parte, que estudie las condiciones en que se desarrolla una situación educativa con el propósito de recoger información relativa al progreso del participante y de los factores que puedan facilitar o dificultar su aprendizaje, para en función de éstos implementar estrategias correctivas o de mejora.³⁵ Y por la otra, que a través de la retroinformación coadyuve de manera significativa al proceso de *formación* del alumno.⁴²

Para lograr estos propósitos, el proceso de evaluación debe reunir ciertas características:

1. *Procesual*: Incluir todos los procesos del sistema educativo y no sólo los resultados del alumno.
2. *Cualitativa*: Que no sólo valore los aspectos medibles, sino que destaque los aspectos relacionados con las habilidades para resolver problemas, las conductas y las actitudes.
3. *Integral*: La competencia debe considerarse como un todo unitario y dinámico, y no como la consecuencia de la suma de sus diferentes partes, es decir, no se privilegia el saber, el saber hacer, el saber convivir o el saber ser. En estos términos, ser competente o mostrar un desempeño competente implica aludir a esa convergencia y no a

⁴¹ Venturelli J. La evaluación en el proceso de formación de los profesionales médicos: Principios de evaluación formativa. En: Venturelli J. Educación médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1997. p. 155-179.

⁴² Acosta AE. Formación profesional del médico. En: Lifshitz A. Educación médica. Enseñanza y aprendizaje de la clínica. México: Auroch; 1997. p.10-17.

la ejecución parcial de cada uno de ellos.⁶

4. *Permanente y continua:* Deberá realizarse durante todo el proceso educativo, en cada una de las fases y tácticas de enseñanza-aprendizaje, sin interrupciones y considerando la información obtenida en una situación para retroalimentar a otras. Tendrá que involucrar al desempeño de participantes y docentes así como a los aspectos administrativos, técnicos y metodológicos del curso.
5. *Incluyente y participativa:* Involucrar la interacción entre alumnos y docentes, tanto en la recopilación de las evidencias del desempeño, como en la emisión de los juicios de valor y en la toma de decisiones respecto al evaluado. Son de suma importancia la autoevaluación y la evaluación por pares (de los alumnos entre sí).
6. *Contextualizada:* De ser posible tendrá que efectuarse directamente en el escenario donde habrá de mostrarse el desempeño, tal y como se desarrolla en la práctica de la disciplina. Por lo que el método o técnica de recopilación de evidencias que se utilice tendrá que estar acorde al contexto, a la disciplina y a la competencia profesional por adquirir.

Para ello, el asesor deberá hacer explícito y discutir con los alumnos el programa, las competencias a adquirir, la modalidad docente, los criterios que se utilizarán para dicha evaluación, creando también las condiciones para que éstos evalúen críticamente la labor docente, el desarrollo del proceso educativo y su propia actuación. Esto requiere de un entrenamiento de educandos y docentes que les permitan desarrollar una autoevaluación y un alto sentido de crítica ante sus propias actitudes y resultados.

A continuación se presenta el programa del **DIPLOMADO DE FORMACIÓN GERENCIAL EN SERVICIOS DE SALUD** de la Región La Raza.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 2 NORESTE DEL D.F.
CENTRO REGIONAL DE FORMACIÓN DE PROFESORES Y GERENTES
EN EL ÁREA DE LA SALUD REGIÓN LA RAZA

DIPLOMADO DE FORMACIÓN GERENCIAL EN SERVICIOS DE SALUD

MISIÓN

El Centro Regional de Formación de Profesores y Gerentes en el Área de la Salud Región la Raza, es una instancia educativa de la Dirección Regional La Raza en estrecha interdependencia con la Coordinación Nacional de Educación Médica cuya misión es:

Contribuir a la profesionalización de las funciones docentes y gerenciales de los profesionales en el área de la salud, a través de cursos formativos con base en competencias educativo-laborales holísticas, centradas en el estudiante y el desempeño del mismo, el trabajo en pequeños grupos y la evaluación incluyente, participativa, continua y permanente. Con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del derechohabiente, del prestador de servicios y de la institución, bajo un clima social participativo y con respeto por los valores humanos.

VISIÓN DEL CRFP RR

Ser un centro donde se forman y capacitan docentes y gerentes en el área de la salud, de la más alta calidad, dinámicos, críticos, innovadores que en interacción con los elementos del equipo de salud y la comunidad modifican propositivamente su contexto y el de los derechohabientes en el marco de la seguridad social, la medicina, la economía, la ética y el humanismo.

DETECCIÓN DE NECESIDADES

El proceso de globalización, en el cual se encuentra inmerso el IMSS, plantea al personal directivo tanto la necesidad como la oportunidad de implementar la modernización al proceso administrativo en los servicios de salud. Eje fundamental de este cambio administrativo lo constituye la calidad como atributo en la prestación de servicios de salud para lograr resolver las necesidades del derechohabiente, además de obtener a la vez satisfacción de éste y del personal para la atención.

Para fortalecer este proceso, es necesario que el personal directivo desarrolle las funciones gerenciales de manera congruente a las condiciones y circunstancias de su contexto al cual debe adaptarse en primera instancia, para posteriormente transformarlo de manera innovadora y creativa permitiendo así el desarrollo personal y de la institución.

El personal directivo ha percibido que las demandas actuales de los servicios de atención a la salud, impuestas por un mercado tendiente a la libre competencia y por la reestructuración institucional, superan la capacidad de sus funciones. El IMSS, a través del CRFPG RR recoge estas necesidades en la encuesta realizada a 296 directivos como muestra de la Región, distribuidos en las delegaciones 1 Noroeste (83), Edo. de México oriente (165), y Edo. de México poniente (48), donde expresan las necesidades que su práctica actual y futura les demanda.

Los datos relevantes obtenidos a través de la encuesta, son los siguientes:

- 9.8% son egresados de un CFP del IMSS, 26.7% han sido formados en docencia y 27% en investigación
- 58% del personal ha asistido a uno o más cursos para directivos, a pesar de lo cual manifiesta interés por capacitarse en: reingeniería, finanzas, investigación, administración estratégica, administración de servicios de salud, educación, manejo de conflictos, motivación y liderazgo, manejo de grupos y toma de decisiones.
- Los directivos enfrentan problemas con el personal de diferentes áreas de su unidad, principalmente: médica, sindical, administrativa, servicios básicos, conservación y mantenimiento, enfermería, almacén, trabajo social, educación e investigación médicas, asistentes médicas, farmacia y archivo clínico.
- Se refiere bajo poder resolutivo ante conflictos causados por: resistencia al cambio, distribución de recursos, desconocimiento del proceso administrativo, desconocimiento de la normatividad, comunicación, trastornos de la personalidad, relaciones interpersonales y lucha por el poder.

Para integrarse al curso se realiza una entrevista personal con los candidatos y en ésta se perciben sus expectativas y metas respecto del diplomado; los directivos expresan problemas concretos y cotidianos que esperan abordar de una mejor manera como resultado, en parte, del curso, y éstos son:

- Falta de credibilidad, de colaboración y de trabajo en equipo
- Alta incidencia de absentismo
- Insuficiencia en el presupuesto
- Conflictos con sindicato
- Desorganización
- Desabasto
- Superpoblación derechohabiente
- Diferimiento de atención médica
- Resistencia para el cambio
- Vicios y escepticismo
- Nepotismo
- Conflictos del personal en general
- Desmotivación en el trabajo
- Actitudes negativas en el trabajo
- Autonomía de gestión
- Exceso de normatividad
- Liderazgo autocrático predominante

ENFOQUE CURRICULAR

Con fundamento en los aprendizajes propuestos por la UNESCO y en la triada investigación-docencia-servicio, la estructura curricular seleccionada es

por *competencias holísticas*, que articula la pedagogía problematizadora con elementos de la estructura modular integrativa para posibilitar el logro del desempeño competente bajo un enfoque totalizador. Involucra la educación del adulto y entre adultos, el proceso de modelamiento, la motivación para el aprendizaje y la didáctica crítica; incorpora la evaluación al desempeño y se basa en la administración estratégica y la planificación innovadora.

PERFIL DEL EGRESADO

Gerente competente en la integración de equipos de trabajo en salud y en la formulación, implementación y evaluación de las estrategias idóneas para la prestación de los servicios de salud con calidad y eficiencia.

PROPÓSITO DEL DIPLOMADO

Formar directivos en el área de la salud con desempeño competente en las funciones gerenciales a través de la formulación, implementación y evaluación de estrategias idóneas para lograr la prestación de los servicios con calidad y eficiencia, basados en la administración estratégica, la economía de la salud, el trabajo en equipo y la autogestión.

PROPÓSITO DEL DOCENTE

Transformar las funciones directivas en gerenciales para brindar la atención de los servicios institucionales con calidad, congruente con la reestructuración y el contexto regional de la modernización.

CONTENIDOS GENERALES

Comportamiento organizacional

- 1.1 Comportamiento organizacional
- 1.2 Fundamentos del comportamiento individual
- 1.3 Pragmática del lenguaje
- 1.4 Grupos y equipos de trabajo
- 1.5 Proceso de liderazgo y motivación
- 1.6 Conflictos
- 1.7 Toma de decisiones
- 1.8 Cultura y desarrollo organizacional

Administración estratégica

- 2.1 Problemas y decisiones
- 2.2 Administración estratégica
- 2.3 Planificación innovadora
- 2.4 Reingeniería
- 2.5 Plan integral de calidad
- 2.6 Funciones gerenciales
- 2.7 Regulación social de la práctica médica

- 2.8 Certificación de hospitales
- 2.9 Normatividad sector salud-IMSS
- 2.10 Grupos relacionados con el diagnóstico

Economía de la salud

- 3.1 Microeconomía
- 3.2 Evaluación económica
- 3.3 Macroeconomía
- 3.4 Reestructuración de los servicios de salud en el IMSS
- 3.5 Epidemiología clínica

Educación y atención médicas

- 4.1 Transiciones en el área de la salud
- 4.2 Tendencias en los modelos de atención médica
- 4.3 Tecnología en la práctica médica
- 4.4 Programas e indicadores en servicios de salud
- 4.5 Competencias laborales
- 4.6 EI CONOCER
- 4.7 Tendencias en la formación de recursos humanos
- 4.8 Teorías del aprendizaje y la motivación en el adulto
- 4.9 Educación basada en competencias educativo-laborales
- 4.10 Bioética en el área de la salud

Informática

- 4.1 Fundamentos informáticos
- 4.2 Información de Windows 98
- 4.3 Accesorios de Windows 98
- 4.4 Introducción a Excel 2000
- 4.5 Herramientas para el análisis de datos estadísticos
- 4.6 Presentaciones en Power Point 2000

ESTRATEGIAS

- Implementación de la educación centrada en el alumno, el aprendizaje y el desempeño.
- Desarrollo de la evaluación formativa.
- Trabajo en pequeños grupos integrando la programación neurolingüística y la inteligencia emocional
- Incorporación de la educación del adulto, para adultos y entre adultos.
- Aplicación de la administración estratégica y la planificación innovadora al proceso docente.

TÁCTICAS

Actividades teórico-prácticas en aula y centros laborales que involucran la metodología de la didáctica crítica (lectura crítica, medicina basada en evidencias, aprendizaje basado en problemas,), el cognoscitivismo social y

las teorías de la motivación en el aprendizaje (modelamiento, metas, expectativas, etc.) y el proceso evaluativo incluyente, integral, procesal, continuo, de autoevaluación y heteroevaluación en el aula y en el contexto del participante.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

Se aplica al participante, al docente y al proceso educativo y se propone ser heurística, incluyente, holística, continua, permanente y formativa.

En docentes y participantes se realiza a través de la autoevaluación, la heteroevaluación y por pares, utilizando el modelo de competencia como instrumento a través de la observación directa del desempeño. Se desarrolla en forma personal, en equipo de trabajo y grupal.

Para decidir la aprobación se requiere que el participante muestre un desempeño competente en los tres núcleos (declarativo, procedimental y de relaciones humanas y éticas) que integran el modelo de competencia. Si en uno de ellos no lo logra, el juicio será “desempeño aún no competente”.

Para la acreditación del curso es necesario lograr el desempeño competente en los cinco módulos que lo integran.

Mediante una escala tipo Likert en cada módulo del curso el participante evalúa: encuadre, objetivos, competencias, contenidos, métodos y técnicas, además del propio sistema de evaluación.

UBICACIÓN

Características generales:

Sede: Aula 9 del tercer piso de la consulta externa del CMN La Raza

Fecha: 13 de marzo al 02 de agosto del 2000

Duración: 320 horas (cuatro meses y medio)

Horario: 8.00 a 16:00 horas, lunes y miércoles

Reconocimiento:

Constancia por el IMSS con valor curricular de 320 horas.

Constancia por la UNAM con valor curricular de 320 horas

DIPLOMADO GERENCIAL DE FUNSAUD

El programa educativo de FUNSAUD se integro en dos grandes módulos denominados:

- Comportamiento organizacional
- Administración estratégica

Las dinámicas educativas se centraban en la transmisión de videoconferencias impartidas por directivos del IMSS y de FUNSALUD y clases dirigidas por los coordinadores habilitados.

Su modalidad era semipresencial y su forma de evaluación fue por exámenes estructurados del tipo de opción múltiple y entrega de tareas, así como la asistencia del 80% de las actividades programadas.

El reconocimiento se dio por parte de FUNSALUD y el IMSS.

3.3) ANALISIS COMPARATIVO DE LA FORMACION GERENCIAL EN EL IMSS: COSTO EFECTIVIDAD

ANTECEDENTES

Hay ciertos valores que todas las sociedades contemporáneas y la mayor parte de sus sociedades predecesoras han compartido, en la teoría y en la práctica. Entre ellos destacan el respeto a la vida, la promoción y protección a la salud, y la preservación del medio ambiente. Lejos de generar conflicto, el respeto a estos valores ha unido a sociedades enteras en distintos momentos de la historia. Sirvan como ejemplos, la convocatoria a la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en Europa a principios del siglo XIX en respuesta a una devastadora epidemia de cólera, el amplio consenso generado alrededor de la estrategia de atención primaria a la salud en los años setenta o la reciente Cumbre Ambiental de Río de Janeiro, a la que acudieron representantes de la mayoría de los países del orbe.

Las reflexiones anteriores permiten apreciar la importancia de desarrollar un nuevo concepto de salud global. Ante los riesgos reales de que el escenario desintegrador termine por imponerse, la salud puede jugar un papel crucial en la promoción de una globalización integradora, que logre una síntesis entre el carácter universal de los derechos humanos y el respeto pluralista a la diversidad cultura.⁴³

La mayor parte de las veces, la práctica profesional que se realiza en los hospitales o en diversos centros de salud le deja al personal poco o ningún tiempo libre para la reflexión sobre sí mismo, para realimentarse con nuevas fuentes de información o intercambiar experiencias. Por ello, las prácticas pedagógicas destinadas a la formación de recursos humanos se ven con frecuencia libradas a acciones ocasionales y discontinuas, o bien a la reproducción de procesos formativos anteriores. Esta situación pone en cuestión la propia práctica y su eficacia.

⁴³ Frenk J, Chacón F. Bases conceptuales de la nueva salud internacional Salud Publica Mex. 1991; 33:307-313.

Es común escuchar que la verdadera formación es aquella que promueve el desarrollo personal, profesional y social de los sujetos, así como la autonomía de pensamiento y acción. Existe suficiente consenso al respecto, y para alcanzar esa finalidad se plantea la necesidad de que los trabajadores tengan dominio de su ciencia y de su técnica, y actúen con iniciativa propia y de manera reflexiva.

Se concuerda también en que la formación debe estimular el compromiso social con la salud de la población, la responsabilidad ética hacia la tarea y la participación institucional. Los propósitos mencionados requieren la realización de una tarea de capacitación que desarrolle un comportamiento solidario y transformador, un sólido conocimiento profesional, y una actitud reflexiva frente a la propia práctica. No obstante, una rápida visión de las actividades de capacitación en servicio, muestra una importante ruptura entre esos objetivos y las prácticas formadoras.⁴⁴

El paradigma de la enseñanza-aprendizaje ha cambiado en estos últimos decenios. El antiguo paradigma planteaba un proceso en el que los conocimientos eran vertidos desde alguien que disponía de ellos en cantidad hacia alguien que no tenía los suficientes. En este modelo el estudiante o aprendiz era pasivo, tenía simplemente que “abrir” su cabeza para recibir el conocimiento. Ahora sabemos que este paradigma no funciona. El conocimiento es algo que se construye sobre la base del conocimiento previo. Y sabemos también que sigue un modelo de red en cuya conformación cada individuo participa activamente en estrecho contacto con la realidad o el mundo exterior. Aprender a partir de problemas significa hacerlo a partir de la realidad y estimular al estudiante a que construya su propio conocimiento en continuo contacto con el contexto. Todo ello sabemos que es difícil de evaluar, pero existe la certeza que aprender con base a problemas conlleva la creación de un profesional más capaz de establecer relaciones entre lo que le ocurre al paciente y su realidad amplia y, como parece lógico, mejor orientado para entender su perfil competencial como alguien que debe, sobre todo, resolver problemas de otros.

Sin desconocer los factores determinantes estructurales y las condiciones objetivas de trabajo que determinan la práctica del personal, es claro que existe un gran espacio de intervención pedagógica que aún no ha sido lo suficientemente explorado. Al menos, debe aspirarse a que dichas intervenciones no contribuyan a reforzar aquellos condicionantes contextuales.

Todo proceso educativo se basa en una pedagogía definida, es decir, en una determinada concepción de cómo se consigue que una persona aprenda algo y modifique su comportamiento. La metodología contiene siempre una visión del mundo que se expresa en el proceso pedagógico y por lo tanto no es neutral y contiene en su esencia los valores de una determinada ideología, que orienta la acción hacia un determinado proyecto histórico.

⁴⁴ En: <http://www.iesalut.es/pensaments/aprendizaje-problemas/index.asp>

Hasta el momento hay muy pocos estudios relacionados con economía y educación enfocados al área de la salud y la formación de gerentes.

OBJETIVO

Realizar un estudio comparativo entre dos procesos educativos formativos gerenciales en el área para la salud, uno de ellos con diseño curricular por competencias holísticas y el segundo diseñado en la tecnología educativa (objetivos operativos), en donde se analizarán los costos del proceso educativo (directos e indirectos) y la eficacia de ambos procesos con la finalidad de obtener cual de ellos tiene un mejor índice costo-efectividad.

PROBLEMA:

¿Cual será el índice de costo efectividad entre un diplomado gerencial formativo por competencias vs un diplomado gerencial tradicional?

HIPOTESIS:

El diplomado gerencial por competencias es más costo-efectivo que un diplomado gerencial tradicional en la Región La Raza del IMSS.

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, comparativo de dos intervenciones educativas y de costo efectividad

CRITERIOS DE:

INCLUSIÓN: Integraran la investigación aquellos directivos del IMSS que hayan participado tanto en el Diplomado de Formación de Gerentes en el Centro de Formación de Profesores y Gerentes en el Área de la Salud, como en el diplomado de Formación Gerencial impartido por FUNSALUD, y que en ambos casos hayan aprobado los dos diplomados. Que en el momento de la investigación funjan como gerentes en el IMSS.

NO INCLUSIÓN: Aquellos directivos del IMSS que no hayan concluido cualquiera de los dos diplomados o que no hayan aprobado el programa educativo propuesto en ellos.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO A INVESTIGAR

Se integro por 25 alumnos, 15 del sexo masculino y 10 del femenino, los cuales desempeñan diferentes actividades gerenciales en el IMSS, tanto de tipo administrativo como médico y educativo en la formación de personal para la salud.

Su distribución en relación a sus actividades gerenciales fue la siguiente:

Administradores: 9 alumnos

Médicos: 12 alumnos

Profesores: 6 alumnos

METODOLOGÍA

Se aceptaron a 25 alumnos que cumplieron los criterios de inclusión, a los que se les solicitó evaluar a ambos diplomados con un instrumento de evaluación que comprendía las características más relevantes de ambos proyectos educativos. En esta hoja evaluaron las variables a las cuales se les daba un valor del 0 al 10, de aquí se derivan las Unidades de Beneficio Natural, las cuales se denominarán por el tipo de estudio como Unidades de Beneficio Educativo (UBE).

Para evitar sesgo del investigador se les solicitó a los participantes en la investigación que no escribieran su nombre en la hoja de evaluación.

El instrumento de evaluación fue aprobado por tres expertos en educación, los cuales dieron su aprobación después de realizar las correcciones adecuadas.

La metodología de costo-efectividad investiga la mejor manera de alcanzar un objetivo deseado, y esto es a través de:

- Mayor efecto a menor costo.
- Menor uso de los recursos con el máximo de los resultados.

Y compara programas con un objetivo común, como en la presente investigación, ya que existe un objetivo común, de la intervención o intervenciones y por lo tanto existe también una dimensión clara con lo que puede evaluar la efectividad.

Evaluación de Costos:

CLASIFICACIÓN DE LOS COSTOS

Ya que en las evaluaciones económicas su análisis gira alrededor de los costos que se asignarán a los recursos en esta área es importante determinar las características de los principales costos que se manipulan en este tipo de evaluación:

Costos directos

Son los recursos destinados expresamente para realizar la actividad

- Tiempo de los profesionales en salud
- Costos de capital
- Equipo
- Energía

Costos indirectos

Todos aquellos costos que son imputables a los pacientes y sus familiares pero no directamente cualitativamente y no cualitativamente.

- Tiempo perdido en el trabajo
- Transportación
- Alimentación
- Costos psicológicos o anímicos

Por lo que se tomó en cuenta los siguientes costos:

Directos: Salario de los profesores, becas, material didáctico, recursos informáticos, impresión de la bibliografía seleccionada, viáticos para las supervisiones en los centros laborales de los alumnos

Indirectos: transportación de los alumnos, comidas, substituciones laborales.

En un análisis costo-efectividad las unidades para medir los beneficios y los daños en una actividad son las unidades naturales. En esta investigación las unidades naturales se expresan en Unidades de Beneficio Educativo (UBE), las que se determinan por la evaluación que hacen los participantes de las principales características en ambos diplomados. Esta medida de beneficio incluye todas las características de los diplomados y los resultados que los alumnos consideran que son importantes.

El índice costo-efectividad desde el punto de vista técnico es la relación BENEFICIO/COSTO; dependiendo si los beneficios se miden en unidades naturales o en pesos.

El índice costo-efectividad es la cantidad de recursos consumidos por un proceso por unidad de efectividad que proporciona. Lo importante de esto es que la prioridad más alta debe darse al proceso que proporciona la mayor cantidad de beneficio por unidad de costo.

El instrumento de evaluación que se utilizo para calcular junto con los costos el índice de costo efectividad es el siguiente:

VARIABLES A EVALUAR	DIPLOMADO CFP	DIPLOMADO FUNSALUD
Contenidos didácticos		
Técnicas didácticas		
Estrategias de aprendizaje		
Vinculación entre contenidos y funciones gerenciales		
Teoría/práctica		
Asesoría educativa		
Evaluación del alumno		
Evaluación del docente		
Evaluación del proceso educativo		
Retroinformación al alumno		
Trabajo en equipo		
Supervisión laboral		
Cumplimiento del programa establecido		
Organización del diplomado		
Participación del alumno en la elaboración de los contenidos programáticos		
Aprendizaje		
Bibliografía		
Autorreflexión y crítica		
Impacto laboral en sus relaciones con subalternos		

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD ASIGNADA A CADA DIPLOMADO DE FORMACIÓN GERENCIAL

Procedimiento: la intención de esta encuesta es saber su opinión acerca de la efectividad de los diferentes diplomados en formación gerencial impartidos en el CFP (IMSS) y por FUNSALUD. Se solicita que evalúe las siguientes variables y que les de un valor del 0 al 10, según usted considere lo más adecuado.

RESULTADOS

Se construyó una tabla para ubicar los resultados de la investigación. Se incluyeron las hojas de evaluación de los 25 alumnos que cumplieron los requisitos de inclusión en donde la suma total de los criterios a evaluar para el diplomado gerencial del IMSS fue de 4481 Unidades de Beneficio Educativo (UBE) y para el diplomado de FUNSALUD fue de 2342 UBE, el costo total del diplomado del IMSS fue de \$ 4500.00 por alumno y del curso de FUNSALUD fue de \$ 22500.00, lo anterior nos da un costo total de \$112 500 pesos en el grupo IMSS y de \$562 500 en el grupo de FUNSALUD. El índice de Costo-Efectividad más alto fue para el grupo IMSS con .42 y el más bajo fue para FUNSALUD con .10.

TIPO DE DIPLOMADO	UBE	COSTO	No. de alumnos	TOTAL UBS	COSTO TOTAL	INDICE C-E
IMSS	4481	10500	25	112 025	262500	0.42
FUNSALUD	2342	22500	25	58550	562500	0.10

CONCLUSIONES.

Cuando se analizaron las diferentes categorías en el instrumento ya comentado con anterioridad se noto una amplia diferencia en los siguientes once de los veinte ítems, incluso algunos de ellos se les dio el valor de cero:

CONTENIDOS TEMÁTICOS
VINCULACIÓN ENTRE CONTENIDOS Y FUNCIONES GERENCIALES
TEORÍA/PRÁCTICA
EVALUACIÓN DEL DOCENTE
EVALUACIÓN DEL PROCESO EDUCATIVO
RETROINFORMACIÓN AL ALUMNO
SUPERVISIÓN LABORAL
PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LA ELABORACIÓN DE LOS CONTENIDOS PROGRAMATICOS
AUTORREFLEXIÓN Y CRÍTICA
IMPACTO LABORAL EN SUS RELACIONES CON SUS SUBALTERNOS
IMPACTO LABORAL CON SUS AUTORIDADES

La explicación de estas diferencias en nuestro análisis estaría determinada por los siguientes puntos:

El curso de FUNSALUD fue diseñado por personal no familiarizado en la dinámica laboral del IMSS

Falto agregar contenidos que están fuertemente relacionados a las actividades gerenciales tales como Economía de la Salud y Educación y Atención Médica.

Fue muy pobre la correlación entre los contenidos teóricos del diplomado de FUNSALUD y su aplicación práctica.

Los coordinadores del curso habilitados por FUNSALUD eran empleados del IMSS y no participaron en la creación del programa operativo, ni fueron consultados sobre los problemas gerenciales del IMSS.

La forma tradicional de implementar el proceso educativo por FUNSALUD no permitió desarrollar adecuadamente un ambiente de crítica y reflexión entre la teoría y la práctica.

En 5 casos no se terminó de impartir el curso programado por FUNSALUD

Al no haber una correlación estrecha entre los problemas gerenciales del IMSS y los contenidos programáticos de FUNSALUD los alumnos no encontraron una aplicación práctica al aprendizaje adquirido.

Es indudable que el índice de costo efectividad fue superior en el diplomado del IMSS, sin embargo es importante señalar las siguientes consideraciones:

Los resultados que reporta esta investigación no pueden ser generalizados a los otros Centros Regionales de Formación de profesores y Gerentes en el Área de la Salud, ya que los programas educativos tienen variaciones importantes en sus contenidos y los coordinadores en cada región tienen una formación educativa heterogénea.

Los recursos en cada Centro tienen variaciones económicas que marcan diferencias en este punto con los costos del Centro de la Región la Raza.

Los problemas gerenciales también tienen variaciones en cada Región del IMSS, aun cuando muchos de ellos se comparten a nivel nacional, como puede ser el desabasto y las subculturas organizacionales.

El concepto educativo de formación gerencial por competencias laborales holísticas fue superior en costo-efectividad para el diplomado del IMSS en el Centro Regional de la RAZA en comparación al impartido por FUNSALUD, ya que demostró mayor efecto a menor costo y menor uso de los recursos con el máximo de los resultados.

DISCUSIÓN

Por su enfoque amplio, esta propuesta no solo toma aspectos de las anteriores, sino que se enriquece al tener en cuenta, que parte de la base de que en un mundo en constante evolución, lo importante no son los conocimientos o ideas, ni los comportamientos correctos o fieles a lo esperado, sino la creación de las capacidades del participante-agente de transformación para detectar problemas reales, y buscarles solución original y creativa. El alumno o participante se convierte en sujeto de su propio aprendizaje, comprometido con su quehacer transformador conjuntamente con los otros actores sujetos de su propio cambio.

La relación que se establece en este modelo entre docente-alumno, es horizontal, democrática, y por lo tanto requiere de técnicas participativas, que se insertan en el mismo proceso de transformación de la realidad, ya que el alumno es el creador de su aprendizaje, con lo que este modelo se aleja de la educación tradicional en donde el alumno no participa activamente en este tipo de procesos.

Esta opción pedagógica representa una modificación paradigmática en los procesos educativos, y es la más apta para ser aplicada en un contexto social o del trabajo, para la transformación de los sujetos y las instituciones. A partir de la identificación de los problemas reales del sistema social o del trabajo, se avanza en el proceso reflexivo hacia la teoría, para arrojar nueva luz en la comprensión del problema, y elaborar las hipótesis de solución que serán luego contrastadas con la práctica.

Es por eso que su aplicación al área de la Salud ha modificado positivamente la forma de abordar los problemas laborales, lo que ha ayudado a modificar la cultura organizacional en el IMSS.

Sin embargo, el enfoque presenta algunos requerimientos y desafíos. Uno de ellos es estimular un ámbito participativo en las instituciones y una buena integración docente / asistencial, alrededor de los principios pedagógicos del método. Otro se refiere a la organización de la capacitación como proceso pedagógico continuo y sistemático sobre el conjunto de los conocimientos teóricos y técnicos de un determinado grupo profesional. Esto requiere una programación, que concebida en forma participativa, otorgue un tratamiento específico a dichos conocimientos o contenidos de la enseñanza.⁴⁵

Las características centrales de esta pedagogía muestran puntos de interés para la formación de los trabajadores de los servicios de salud. Su punto de partida es la indagación sobre la práctica, entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social e institucional. El camino de la indagación es la pregunta, por lo cual también se ha dado en llamar "pedagogía de la pregunta": ¿Cómo hago? ¿Qué dificultad encuentro cuando lo hago? ¿En que situación lo hago? ¿Por qué lo hago de esta manera? El pensar la práctica no debe ser un acto individual sino colectivo. Esto implica contextualizar el pensar reuniendo los aportes individuales en el pensamiento

⁴⁵ Davini MC. Modelos y opciones pedagógicas para la formación del personal de las instituciones de salud. En: Educación permanente en salud. Washintong, D.C.: OPS; 1995. p. 32-42.

del grupo. El co-pensar cooperativamente y la discusión solidaria llevan a detectar los problemas del equipo de trabajo.

La identificación de los problemas de la práctica representa un punto fundamental. Hay que avanzar distinguiendo los problemas subjetivos (sentidos como tales, pero que permanecen en el plano superficial o individual), de los objetivos, que son los determinantes de la situación del equipo. En este momento, la constante pregunta del docente-orientador debe ayudar al grupo a discriminar de otros para avanzar prioritariamente sobre los segundos.⁴⁶

Finalmente, consideramos que si el modelo de educación basada en competencias es aplicable, el área de la salud constituye un escenario ideal para instaurarlo ya que las condiciones y circunstancias requeridas por este enfoque educativo se encuentran casi *exprofeso* en las instituciones de salud: problemas de salud, administrativos, económicos y de otros tipos, expertos (modelos) de diferentes disciplinas, campos clínicos en donde mostrar y evaluar el desempeño, centros de información, etcétera. Esto posibilita la participación de los alumnos en la identificación de problemas reales y el transitar, en un proceso reflexivo, a la teoría para la comprensión de éstos, elaborar hipótesis de solución y contrastarlas de nuevo en la práctica. Bajo este modelo la función de la educación pretende la adquisición de aprendizajes para y durante toda la vida.

Cuando el educando se forma en ámbitos y condiciones similares a los que enfrentará durante su práctica profesional, se obtienen beneficios en todos los que enfrentará durante su práctica profesional, se obtienen beneficios en todos los sentidos:

- El perfil adquirido es más acorde al propuesto.
- Se responde satisfactoriamente a las necesidades y expectativas de la sociedad.
- Para las instituciones es una oportunidad de mejorar la calidad de los servicios de salud.
- A través del desempeño educativo-laboral se favorece la vinculación de la institución educativa, prestadora del servicio, con la sociedad.

Actualmente, dados los primeros pasos para la aplicación de este modelo, es urgente y necesaria la formación y capacitación docente para realmente poner en operación esta propuesta. Los involucrados en este proceso tendrán que asimilar a conciencia los principios y fundamentos de esta forma de educar, contrastarlos y relacionarlos con lo que hasta ahora se ha venido haciendo, para de tal manera estar en condiciones de aventurarse a la planificación, implementación y evaluación de la educación basada en competencias. Sólo de ese modo evitaremos en el futuro evaluar un plan que realmente no se implementó.

⁴⁶ Millan RJ, BoschOA. ¿Qué podemos aprender del aprendizaje basado en Problemas? Science 1984; 223:1279-1282.

Es importante tomar en cuenta los gastos en la educación y aplicar esta modalidad de estudio económico en los procesos educativos con el objetivo de economizar los pocos recursos que se destinan a la educación y que en muchas ocasiones no son utilizados correctamente, recordemos que la Economía surge debido a que los recursos son finitos y las necesidades son infinitas, lo cual limita la distribución de los recursos, siendo necesario que estos lleguen a quien mas lo necesite con el menor costo y el mayor beneficio.

La propuesta de cambio es la *educación basada en competencias educativo-laborales o profesionales*, sistema orientado a desarrollar en las personas la capacidad del autodidactismo, a despertar la curiosidad y el gusto por el estudio y el aprendizaje continuo.¹² Estos conceptos novedosos ofrecen un espacio para analizar y, sobre todo, para construir opciones educativas más acordes con las necesidades individuales y sociales de hoy.

Partiendo de estas reflexiones y de que no basta con garantizar una buena selección de contenidos, de intentar reprogramaciones o implementar actividades alternas para lograr un cambio favorable en la formación y capacitación del personal del área de la salud, a continuación se presenta un modelo para diseñar programas educativos a través de una “Estructura Curricular por Competencias” el cual tiene sus bases en la **educación basada en competencias (EBC)**⁴⁷ que en contraposición con la forma tradicional de planear, organizar, dirigir y controlar la educación, se sustenta en la valoración de capacidades como la innovación, la creatividad en todas sus formas, la habilidad de adaptarse al cambio, la identificación de problemas, el cuestionamiento crítico, la educación de adultos y el trabajo en equipo.

Bajo esta forma de educar se alienta al individuo a involucrarse y asumir la responsabilidad de su propia educación, más que ofrecerle conocimientos, se le capacita para administrar su propio patrón de estudio, desarrollar hábitos de aprendizaje efectivos y aplicar métodos de autoevaluación. Como consecuencia, la función del docente es promover tal actitud en cada alumno con el fin de que logre las competencias para afrontar propositivamente los problemas de salud individuales y colectivos que les sean demandados por la sociedad.

En esta búsqueda de un orden global mejor ajustado a las necesidades del desarrollo humano, la salud habrá de jugar un papel que es, literalmente, vital. En su esencia, la salud toca los más profundos valores y derechos –los que tienen que ver con la dignidad de la vida humana. Como en pocos campos, estos valores son compartidos por prácticamente todos los miembros de la sociedad global. La salud puede ofrecer, por lo tanto un puente para la concordia, la paz y el desarrollo sustentable en esta casa común de todos los seres humanos.

⁴⁷ Kobinger N. El sistema de formación profesional y técnica por competencias desarrollado en Québec. En: Argüelles A, compilador. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: Limusa; 1996. p. 247-264.

Bibliografía

1. González TL, Sánchez A. Tendencias pedagógicas contemporáneas. <http://www.monografias.com/trabajos6/tenpe/tenpe3.shtml>
2. Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social, Los primeros años. 1943-44. 1958
3. Análisis de contenido de los informes de los C. directores generales del IMSS ante la asamblea General (1944-78). Tomo 1. julio 1979: p 175-94
4. Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1843-1984. México, IMSS, 1985
5. Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro social 1943-1993, IMSS, 1994
6. Informes al H. Consejo Técnico Seguridad y Solidaridad Social, 1982
7. De Mateo f. La situación actual del TLC de América del norte. En: los sistemas de salud ante la globalización. Academia nacional de medicina, instituto de salud EUA. 1995. P. 1-6 (versión mecanográfica).
8. Evolución de los Servicios Médicos del IMSS 1944-1974. 1974. p 175-82
9. Evolución orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993, IMSS. 1994.
10. Centro Regional de Formación de Profesores y Directivos Región la Raza. Descentralización de servicios de Salud en México. México: IMSS; 2000. p. 1-10.
11. Cabello B.V. Consideraciones generales sobre la transmisión del conocimiento y el problema de la didáctica. Perfiles Educativos, núm. 49-50, 1990: p 29-31
12. Kemmis S. Capítulo 2.El nacimiento de la moderna teoría educativa bajo la influencia de la educación de masas. En: El curriculum: mas allá de la teoría de la reproducción. Editorial Morata, tercera edición. 1998: p 46-53.
13. Cabello B.V. Consideraciones generales sobre la transmisión del conocimiento y el problema de la didáctica. Perfiles Educativos, núm. 49-50, 1990: p 31-33
14. Maggio M.El campo de la tecnología educativa: algunas aperturas para su reconceptualización. En Tecnología educativa, política, historias, propuestas. Editorial Paidós. 2000: p 25-37
15. Bloom, B. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals, New York, David McKay, 1956. Traducción al español: Taxonomía de los objetivos de la educación. (5ª ed.). Buenos Aires, El Ateneo, 1971.
16. Heller A. Presentación de la edición en castellano. En Historia y Vida Cotidiana. Editorial Grijalbo. 1970: p 8-10.
17. Heller A. la estructura de la vida cotidiana. En Historia y Vida Cotidiana. Editorial Grijalbo. 1970: p 39-45.
18. Heller A. El hombre particular y su mundo. En: Sociología de la vida cotidiana. Editorial Península, Historia/ciencia/sociedad. 1994: p 69-73.
19. Heller A. Sobre los roles. En Historia y Vida Cotidiana. Editorial Grijalbo. 1970: p 123-151

20. Schwartz B. Modernizar sin excluir. México: SEP; 1996. p. 13-97, 221-247. (p. 1-11 versión modificada)
21. Malpica MC. El punto de vista pedagógico. En: Argüelles A, compilador. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: Limusa; 1996. p. 125-40.
22. UNESCO. IIEP (Instituto Internacional de Planeamiento de La Educación) Buenos Aires Módulo2: Gestión Educativa Estratégica
23. www.iiep-buenosaires.org.ar
24. Centro Regional de Formación de Profesores y Directivos RR. Crestomatías. Competencia, desempeño y autodidactismo. México: IMSS; No publicado 1999. p. 1-10.
25. Gee J.P. Alfabetismo sociocultural. Discursos y el nuevo orden laboral. En: El nuevo orden laboral. Editorial Pomares. 2002: p 27-41
26. Gee J.P. Capitalismo rápido: teoría y práctica. En: El nuevo orden laboral. Editorial Pomares. 2002: p 52-74
27. Gee J.P. Alineamientos: la educación y el neocapitalismo. En: El nuevo orden laboral. Editorial Pomares. 2002: p 80-104
28. CF. Gilles Tremblay, " A propos des compétences comme principe d'organisation d'une formation: éléments de réflexion théorique et perspectives historiques" ("Respecto de las competencias como principio de organización de una formación; elementos de reflexión teórica y perspectivas históricas"). Bulletin d "Information F.I.R.A.C., vol. 6, no. 9, de abril de 1990.
29. Argüelles A. Compilador. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: Limusa; 1996. p. 253-7, 270-81.
30. Gonczy A. Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico. En: Formación basada en competencia laboral: Situación actual y perspectivas. Montevideo: Cinterfor/OIT; 1997. p. 161-9.
31. Este Consejo creado en 1989 reúne a Australia, EUA, Canadá, Nueva Zelanda, China, Japón, Corea del Sur, Taiwán, Hong Kong y los seis miembros de la Asociación de Países del Sudeste Asiático (ASEAN): Indonesia, Malasia, Filipinas, Singapur, Tailandia y el sultanato de Brunei. México y Papúa- Nueva Guinea fueron aceptados como miembros de APEC en noviembre de 1993.
32. Cruz R. C. et. al. El papel del sector privado mexicano en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud
33. de Mateo F. L Situación actual del tlc de América del Norte. En: los sistemas de salud ante la globalización. Academia nacional de medicina, instituto de salud eua. 1995. P. 1-6 (versión mecanográfica).
34. Warman J. Comentarios sobre el impacto del TLC en educación, en las áreas de ciencia y tecnología. En: El nuevo contexto socio-industrial del siglo XXI. México: ITSON; 1996. p. 305-75.
35. Ruiz LE. Propuesta de un modelo de evaluación curricular para el nivel superior. Una orientación cualitativa. Cuadernos del CESU 1998;35.p.
36. Galli A, Castro C, editores. Diseño curricular y programación educativa. En:

- Programa de formación docente pedagógica. Módulo 3. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 8-17.
37. Galli A, Castro C, editores. Diseño curricular y programación educativa. En: Programa de formación docente pedagógica. Módulo 3. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 8-17.
 38. Latapí P. Aprender a ser y otros aprendizajes. *Proceso* 1996; 1023:39-40.
 39. Ibarra AA. El sistema normalizado de competencia laboral En: Argüelles A, compilador. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: Limusa; 1996. p. 29-41.
 40. Venturelli J. Modernización de la educación médica: ¿Ilusiones inútiles o necesidad imperiosa? En: Venturelli J. Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997.p. 1-30
 41. Fernández SJ, Santos GM. Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Una experiencia hospitalaria. España: Ediciones Aljibe; 1992. p. 12-18.
 42. Venturelli J. La evaluación en el proceso de formación de los profesionales médicos: Principios de evaluación formativa. En: Venturelli J. Educación médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1997. p. 155-179.
 43. Acosta AE. Formación profesional del médico. En: Lifshitz A. Educación médica. Enseñanza y aprendizaje de la clínica. México: Auroch; 1997. p.10-17.
 44. Frenk J, Chacón F. Bases conceptuales de la nueva salud internacional *Salud Publica Mex.* 1991; 33:307-313.En: <http://www.iesalut.es/pensaments/aprendizaje-problemas/index.asp>
 45. Davini MC. Modelos y opciones pedagógicas para la formación del personal de las instituciones de salud. En: Educación permanente en salud. Washintong, D.C.: OPS; 1995. p. 32-42.
 46. Millan RJ, BoschOA. ¿Qué podemos aprender del aprendizaje basado en Problemas? *Science* 1984; 223:1279-1282.
 47. Kobinger N. El sistema de formación profesional y técnica por competencias desarrollado en Québec. En: Argüelles A, compilador. Competencia laboral y educación basada en normas de competencia. México: Limusa; 1996. p. 247-264.