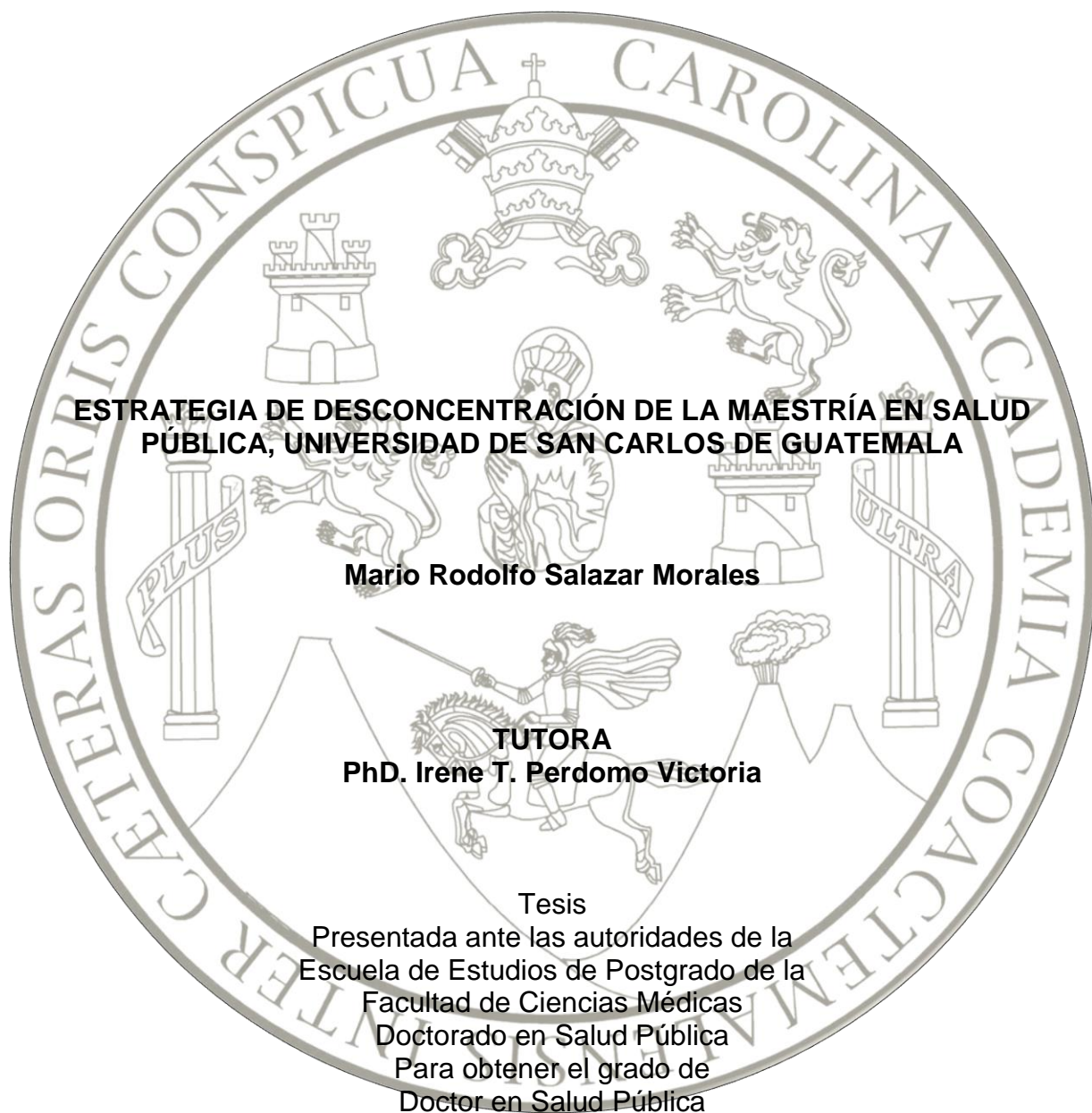


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



ESTRATEGIA DE DESCONCENTRACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Mario Rodolfo Salazar Morales

TUTORA
PhD. Irene T. Perdomo Victoria

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Doctorado en Salud Pública
Para obtener el grado de
Doctor en Salud Pública

Guatemala, junio 2015



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Doctorando: Mario Rodolfo Salazar Morales

No. de Carné: 1003686

Título de la Tesis: Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala

Nombre de la Tutora: Dra. C. Irene T. Perdomo Victoria

Nombre del Revisor y Oponente: Dr. C. José Estuardo Miranda Gómez.

El Director de la Escuela de Estudios de post grado, considerando que ante mí se presentan los siguientes documentos: el acta de Examen de Defensa de Tesis donde consta que el sustentante ha sido Aprobado al defender su tesis antes titulada y el dictamen de la Coordinación Académica donde se indica que se ha cumplido con los requisitos necesarios para impresión de tesis, como exige el programa de doctorado en Salud Pública.

Por tanto, se **autoriza** la impresión del documento final, con las características que se establecen en los lineamientos para la presentación de la tesis de Doctorado en Salud Pública.

Guatemala, 2 de junio de 2015.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes
Director
Escuela de estudios de postgrado



MRSM.mrsm.impressiontesis



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN DEL COORDINADOR ACADEMICO DEL DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Doctorando: Mario Rodolfo Salazar Morales

No. de Carné: 1003686

Título de la Tesis: Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala.

La coordinadora académica del doctorado en Salud Pública, en base al acta de defensa de tesis donde consta la aprobación del examen de defensa por el tribunal examinador, entrega de la publicación de dos artículos derivados de la tesis doctoral en su calidad de autor, documentación que respalda la calidad de la tesis y satisfacción de las recomendaciones finales, manifiesta que se ha cumplido con los requisitos necesarios para autorizar la impresión de la tesis doctoral.

Guatemala, 2 de junio de 2015

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Perdomo

Dra. C. Irene T. Perdomo Victoria
Coordinadora Académica del Doctorado en Salud Pública
Profesora Afiliada a la Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas



C.c. Dr. Carlos Vargas, Director de la escuela de estudios de postgrado, Archivo

ACTA DE EXAMEN DE DEFENSA DE TESIS
Doctorado en Salud Pública

ACTA No. 8

En la ciudad de Guatemala, siendo las 8:30 horas del día 13 del mes de mayo del año dos mil quince, reunidos en sede de la Facultad de Ciencias Médicas para practicar examen de Defensa de Tesis del Doctorado en Salud Pública de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los abajo firmantes, todos miembros del tribunal examinador, nombrados para realizar el ejercicio académico en mención previa.

Se declara haber realizado examen a Mario Roldolfo Salazar Morales con número de carné 3686, quien defendió la tesis titulada Estrategia de la desesmentación de la Maestría de Salud Pública, Universidad San Carlos de Guatemala cuyo tutor es Dra C Irene Perdomo Victoria.

El tribunal habiendo previamente valorado la tesis presentada, expuso sus críticas e interrogantes al doctorando, se otorgó la palabra al público presente y considerando las proposiciones expuestas por el Candidato a Doctor, tanto en su documento escrito como verbalmente, se le otorga la calificación de NO apto () aprobado () aprobada notable () aprobado sobresaliente (x), por votación de la mayoría () unánime (x) de los miembros examinadores.

Acto seguido, el Presidente del tribunal examinador pronunció las palabras de cierre e indicó las recomendaciones necesarias para el documento escrito final.

El sustentante queda enterado que en término no mayor de ocho (8) días hábiles se le notificará por escrito sobre el resultado y recomendaciones pertinentes para que se pueda proceder al acto de graduación.

En fe de lo cual, se firma la presente ACTA, en el mismo lugar y fecha al inicio indicados, siendo las 10:00 horas.

“D Y ENSEÑAD A TODOS”

f. Dra Analía Aguilar Grijalva
Nombre y firma del presidente

f. José Estuardo Miranda Gómez JLS
Nombre y firma del vocal I

f. Dra Ana María Salvo Sotolongo de M
Nombre y firma del secretario

f. 
Nombre y firma del Director de la Escuela de Estudios de Postgrado

Carlos Vargas Reyes

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col No. 345 - Humanidades
Docencia - Letras - Lingüística del Castellano.

Guatemala, 22 de mayo de 2015.


Universidad de San Carlos de Guatemala
Tribunal examinador de tesis doctoral
Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de
Estudios de posgrado.

Tengo el honor de saludarlo-a-s e informarles que en mi calidad de especialista en Letras y formalidades lingüísticas del castellano, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis "Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala", presentada por el candidato:

MARIO RODOLFO SALAZAR MORALES

Por lo tanto, la doy por Aprobada en cuanto aspectos lingüísticos se refiere.

Atentamente,


Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado no. 345
DIRECTOR



MA. Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado No. 345
Letras - Lingüística



REPUBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Calle 100 # 10132 e/ Perla y E,
Altahabana, Boyeros
La Habana, Cuba
☎ (537) 643 1430
✉ info@ensap.sld.cu
www.ensap.sld.cu


La Habana, 15 de abril de 2015

Dr. Carlos Humberto Vargas
Director de la Escuela de Posgrado
USAC

Dr. Vargas:

La presente tiene el propósito de informarle que como tutora he valorado que la tesis titulada "Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala" del Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales cumple con los requisitos para ser sometida al acto de Defensa, el doctorando ha realizado las modificaciones sugeridas en el acto de predefensa.

Para que así conste, firmo la presente.


Dra.C. Irene Perdomo Victoria
Tutora

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Son diversas las instituciones educativas y personas que en el transcurrir de mi vida han dejado su legado, y, hoy lo devuelvo en parte para beneficio social, entre ellas: Escuela Nacional Mixta de Santa Lucía Milpas Altas, Instituto Normal de Varones Antonio Larrazábal de La Antigua Guatemala, origen de mi formación magisterial; Universidad de San Carlos de Guatemala, que me dio la oportunidad de hacerme un profesional de las Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública de México, y Centros Internacionales donde realicé mi formación y perfeccionamiento en el campo de la Salud Pública, hoy también en la USAC, les ofrezco mi reconocimiento.

En el terreno laboral, a la facultad de Ciencias Médicas, siendo en los programas de Ejercicio Profesional Supervisado Rural, Organismo de coordinación y planificación académica, Maestría y Doctorado en Salud Pública donde junto con diversos colegas me inicié y forjé el camino para que desde la academia pudiera disponer del lugar perfecto para contribuir a mi país.

Una especial mención a los egresados de la maestría en Salud Pública que proporcionaron su aporte a la presente tesis, a los profesores y profesionales que han participado en el diseño, implementación y ejecución del programa de Maestría y Doctorado en Salud Pública por su espíritu creativo, de debate crítico, científico y su convicción de aportar a su sociedad, siendo los lugares donde he culminado la acción de servir a mi país.

Debo hacer mención de los profesores y profesoras de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP-CUBA), en especial a la Dra. Irene Perdomo Victoria y a diversos profesores nacionales e internacionales que me han legado su conocimiento y experiencia docente.

A Dios todopoderoso, por darme vida a través de padres maravillosos que tuve, a su hijo Jesucristo que marca el camino por donde habré de ir y por la oportunidad que me ha dado de servir en el Magisterio para la formación de personas en las distintas edades y, especialmente, en el campo de la Salud Pública.

DEDICATORIA

A la memoria de mis abuelos María, Isaac, Elvira y Aurelio, gérmenes de mi vida. A mis padres Mario Ponciano y María del Carmen, por la vida que tengo, por ser quien soy, lo que he cultivado y por haberme criado junto a cuatro hermanas, para ellas a también este episodio.

A mi familia en general, y en particular a mi esposa María Natalia, (Nataly) mis hijos: Evelín Elvira, Rodolfo Renato, Mario Javier y Pedro Pablo Kcristo, que sirva a ellos como un buen recuerdo.

A mis amigos, colegas médicos, profesores y compañeros estudiantes en diversos momentos y lugares, con quien he visto que el bien del futuro es tener un país próspero, pero con ellos aportar para que las futuras generaciones tengan una mejor Guatemala.

A la memoria de los profesores Manuel Arias tejada y Carlos Alonso Morales, por su espíritu emprendedor y generadores de ideas para crear los estudios de post grado en Salud Pública, socios en esta misión.

A las autoridades superiores de la USAC y Ciencias Médicas que en diversos periodos se han visto involucradas en la creación y desarrollo de los estudios de Maestría y Doctorado en Salud Pública.

A todos quienes han incursionado en los programas de maestría y Doctorado en Salud Pública, por su convicción de aportar a este campo para beneficio social.

A la Facultad de Ciencias Médicas donde me he formado como profesional de la Medicina y ha sido el lugar que Dios me agració para trabajar y aportar a mi Guatemala.

A la sociedad y población guatemalteca, tributante y merecedora de que se produzca para ella, y lograr en el futuro una solidaria Guatemala.

SIGNIFICADO DE LAS SIGLAS

ALAESP= Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública
CDC= Centro para el Control de Enfermedades
CEAS= Centro de Estudios y Asesoramiento en Salud
CEMA= Centro de Estudios del Mar y Agua
CESS= Centro de Estudios Sanitarios y Sociales
CUM= Centro Universitario Metropolitano
CUNOC= Centro Universitario del Noroccidente
CUNOR= Centro Universitario del Norte
CUNORI= Centro Universitario del Oriente
CUNSUR= Centro Universitario del Sur
ENSAP= Escuela Nacional de Salud Pública
EPS= Ejercicio Profesional Supervisado
FAO= Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FCCMM= Facultad de Ciencias Médicas
FESP= Funciones Esenciales de la Salud Pública
FMASP= Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública
FODA (SWOT)=Fortalezas Oportunidades Debilidades y Amenazas
GICAMS= Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social
IGSS= Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCAP= Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
MRCESP= Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública
MSP= Maestría en Salud Pública
MSPyAS= Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM= Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS= Organización Mundial de la Salud
ONGs= Organizaciones No Gubernamentales
ONU= Organización de Naciones Unidas
OPS= Organización Panamericana de la Salud
RIMAS= Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje en Salud
SEP= Sistemas de Estudios de Postgrado
SNIS= Sistemas Nacionales para la Investigación en Salud
TIC= Técnicas de Información y Comunicación
USAC= Universidad de San Carlos de Guatemala

RESUMEN

La Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala ha graduado 65 profesionales en el periodo 1996-2012. Encontrar evidencias científicas sobre el desarrollo del programa y el desempeño de sus egresados son objetivos de esta investigación, además proponer una estrategia de desconcentración de formación y, así, contribuir a ofrecer oportunidades hacia las otras regiones del país en el campo de conocimiento de la Salud Pública.

Se realizó un estudio en dos etapas: descriptiva y de desarrollo tecnológico, con instrumentos validados, riguroso proceder en la recolección del dato primario, empleo de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, análisis y síntesis, manejo integral en la revisión de documentos oficiales del programa, opinión de diferentes actores de la Universidad y de cuatro centros universitarios elegidos para el diseño de una estrategia de desconcentración de la Maestría.

Durante el periodo de estudio se determinó el 53% de graduación, con una eficiencia terminal global de 35.6%; el 70% de graduados se desempeñan a nivel de región central y el 40% en los otros departamentos, lo que es restrictivo para producir cambios en la salud del país, sobre todo, a nivel regional. Se identificó una relación poco favorable entre los temas de tesis y las áreas de especialización del programa.

El diseño de la estrategia se basó en un diagnóstico que se obtuvo de la información de egresados, profesores y autoridades de la Universidad, y diferentes profesionales de los cuatro centros universitarios, que fue validada por expertos. Se propone implantarla como una acción inmediata que, indudablemente, será el hecho que puede tener impacto en la salud pública en Guatemala.

Con la estrategia de desconcentración se trata de incrementar la formación de recursos humanos que puedan dedicarse al desarrollo de la docencia y la investigación, perfeccionar el desempeño de los profesionales, mejorar la academia en los centros regionales, incidir en los determinantes de la salud y satisfacer la necesidad de las instituciones públicas y privadas, con personal calificado en Salud Pública.

ÍNDICE
Acápites

Páginas

INTRODUCCIÓN	01
Capítulo 1. MARCO TEORICO	10
1. La salud pública y medicina social latinoamericana	10
1.1. La salud pública	10
1.2. Medicina social latinoamericana	12
2. Modelo de las funciones esenciales de la salud pública	15
2.1. Las funciones esenciales de la salud pública	15
2.2. Desarrollo de recursos humanos	17
2.3. Educación en salud pública, escuelas y programas de postgrado	22
2.4. Formación de recurso humano en salud pública en el ámbito internacional	26
2.5. La universidad y la formación en investigación y salud pública	30
3. Centralización, descentralización, desconcentración y regionalización en educación	33
4. Estrategias y planeación estratégica	37
5. Modelos de educación, formación y enfoques pedagógicos	40
6. La formación del recurso humano en salud en Guatemala	42
7. La formación de recurso humano en salud pública en Guatemala	44
8. Programas de postgrado de salud pública en la USAC	48
Conclusiones del capítulo	53
Capítulo 2. MARCO METODOLÓGICO	55
2.1 Contexto de la investigación	55
2.2. Diseño general del estudio	55
2.3. Universo de estudio	58
2.4. Aspectos éticos	59
2.5. Enfoque cuantitativo	59
2.6. Enfoque cualitativo	74
2.7. Alcances de la investigación	85
Capítulo 3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	86
3.1 Evolución histórica del Programa de Maestría en Salud Pública	86
3.2 Caracterización de los graduados y las tesis	87
3.3 Experiencias de la coordinación	94
3.4 Labor y contribuciones de los profesores	97
3.5 Desempeño y experiencia de egresados graduados y de no graduados	100
3.6 Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública	127
Capítulo 4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	139
4.1. Desarrollo del programa de Maestría en Salud Pública	138
4.2. Caracterización de los graduados y las tesis	139
4.3. Experiencias de la coordinación de la Maestría en Salud Pública	142
4.4. Labor y contribuciones de los profesores	145
4.5. Evolución de los programas de Maestría en Salud Pública	147
4.6. Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública	160
CONCLUSIONES	163
RECOMENDACIONES	164
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
ANEXOS	179

INTRODUCCIÓN

El recurso humano es el factor fundamental para el desempeño de los sistemas y servicios de salud, pero, se requiere que tenga una formación dirigida a mostrar el dominio óptimo de las competencias laborales de su ocupación o profesión. Los procesos de formación y desarrollo de los recursos humanos en el campo de la Salud Pública han sido motivo de preocupación constante de los responsables de tomar decisiones en salud, mucho tiempo atrás.

El tema de recursos humanos en salud pública continúa siendo novedoso, Frenk y colaboradores (Frenk, 2011) han expresado que los “Sistemas de salud del mundo están luchando para mantenerse en el nivel requerido, mientras que se hacen más complejos y costosos, poniendo exigencias adicionales sobre sus trabajadores”. Particularmente, en el campo de los que laboran en Salud Pública, la importancia del tema crece ante múltiples retos de los sistemas de salud, de sus reducidos desempeños, de ahí la actualidad de llevar a la práctica las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convoca a los países para conformar el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP), con el propósito de fortalecer la capacidad de los sistemas, Suárez y colaboradores (2013) enfatizan que el llamado para conformarlo se basa en una construcción colectiva en las Américas y, así, lograr impulsar el desarrollo de planes, maestros de formación y capacitación de los recursos humanos como estrategia para el desempeño óptimo de la FESP.

En un contexto de profundas y rápidas transformaciones, y, considerando lo anteriormente mencionado, se identifican diversos intentos, de ellos, la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, realizada en México en 1998, ha representado un hito trascendente en la construcción de acuerdos acerca de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y sobre el papel de las Escuelas de formación en este campo. Posteriormente, en la XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe (ALAESP), realizada en el 2000, se destacó el papel protagónico de las

universidades y escuelas, con la identificación de factores dinamizadores de su desarrollo, particularmente, por la incorporación de nuevos enfoques y tecnologías educacionales en Salud Pública. **(OPS. ALAESP, 2000)**

Las nuevas orientaciones originadas en los eventos mencionados, despertaron un amplio desarrollo en América Latina y, así, lo muestran las innumerables producciones y experiencias. Las instituciones académicas, junto a organismos de gestión del sistema de salud, tienen una importante presencia en los debates y construcción de programas, propuestas y acciones. Entre ellas pueden destacarse las actividades de la Escuela de Salud Pública del Perú, la Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Honduras y muchas otras. **(OPS.ALAESP,2000)**

En Guatemala, el recurso humano en salud se ha catalogado como deficitario, no bien distribuido en el territorio(**U. Rafael Landívar-OPS, 2009**) y con competencias profesionales limitadas en lo que respecta al área de la Salud Pública, se han realizado diversas acciones en la modalidad de cursos y entrenamientos relacionados con esta enseñanza, los que se han impartido en diferentes momentos de desarrollo de la Facultad de Ciencias Médicas(FCCMM) de la USAC; paralelo a estos hechos, se identificó por autoridades y docentes, que la formación académica de postgrado en esta área de conocimiento era ineludible y en 1996 se inició la Maestría en Salud Pública (MSP). El esfuerzo emprendido por las diferentes autoridades de esta institución docente permitió cumplir con seis promociones hasta el 2010, con 122 cursantes egresados y de ellos fueron graduados 65 al finalizar el año 2012, lo que representó el 53% de graduación a lo largo de 15 años pero con una eficiencia terminal de 35.6%.:

La MSP ha presentado avances sustanciales a lo largo de tres quinquenios con la realización de seis cohortes, sin embargo, son limitadas las evidencias sobre la labor o desempeño de sus egresados, la contribución de estos en las funciones que fueron entrenados y al desarrollo de la salud en Guatemala, es escasa la información publicada que pueda indicar en qué y cómo se han venido desempeñando y tampoco existe aquella que sirva para sustentar una

renovada estrategia de formación de postgrado en concordancia con las necesidades actuales y reales del sistema de salud en Guatemala. Se requiere entonces, contar información sobre el aporte que ha tenido la Maestría en Salud Pública a través de sus egresados graduados y no graduados, profesores y autoridades en diversos periodos de gestión universitaria. También es oportuno analizar el camino que ha transitado, su evolución y desarrollo, tal lo que en la actualidad se da con el inicio en 2011 del Doctorado en Salud Pública, que viene a constituirse en el nivel más alto de formación y que en de los siguientes años producirá los primeros graduados como doctores, de notable utilidad al país.

Por otra parte, existe voluntad de las autoridades y docentes, de desarrollar los estudios de postgrado en la USAC, en el ámbito de los centros regionales y, particularmente en la FCCMM, con el interés de renovar la direccionalidad en cuanto a la formación de recursos humanos que sirvan a Guatemala, de disponer de una estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública avalada científicamente, que contribuya a que estos estudios se impartan en las diversas áreas del país por medio de los centros universitarios regionales.

Todo lo anteriormente expuesto refleja la magnitud del problema existente respecto de la formación de postgrado en Salud Pública en la USAC, especialmente, en la FCCMM y la necesidad de su abordaje, lo que a juicio del autor estaría asociado a contar con una estrategia de desconcentración de la Maestría en salud Pública fundamentada científicamente.

Derivado del análisis del contexto en donde los egresados de la MSP se han desempeñado, surgieron las **preguntas de investigación** siguientes:

- ¿Cómo ha sido la evolución y el desarrollo el programa de Maestría en Salud Pública de la USAC de 1996 a 2012?
- ¿Cuál es la percepción que tienen los egresados de la Maestría en Salud Pública sobre su formación, su ejercicio y desempeño profesional?
- ¿En qué consistiría una estrategia para la desconcentración de los estudios de Maestría en Salud Pública de la USAC, en Guatemala?

Los objetivos de la investigación siguientes con la finalidad de dar respuesta a las dudas planteadas, son los siguientes:

- Describir la evolución histórica y desarrollo del programa de Maestría desde 1996 a 2012.
- Identificar la percepción que tienen los egresados de la maestría en Salud Pública sobre su formación, su ejercicio y desempeño profesional.
- Diseñar una estrategia de desconcentración de estudios de maestría en Salud Pública hacia centros regionales de la USAC.

Los aportes de la investigación que se esperan transferir son:

- Información con fundamento científico sobre los estudios de formación de Maestría en Salud Pública en el contexto nacional y extranjero, lo que constituye un documento de referencia para la docencia y la investigación en este campo de conocimiento.
- Valoración del programa de Maestría en Salud Pública, en la que se destacan sus principales avances y logros.
- Evidencias científicas respecto a la percepción que los egresados de la Maestría en Salud Pública tienen sobre su formación, el ejercicio y el desempeño profesional.
- El diseño de una estrategia que contribuirá a la desconcentración de la Maestría en Salud Pública.

La novedad de la investigación está dada por producir una estrategia que en esencia es nueva, que identifica la necesidad y las condiciones para llevar a cabo la desconcentración de los estudios de formación de postgrados de Maestría en Salud Pública para los profesionales que laboran las diferentes regiones del país, va más allá de su existencia únicamente a nivel central de Guatemala.

Según un miembros examinador en su calidad de oponente de esta tesis, este tema y la propuesta es nada común, es un abordaje *bottom-up*, contrario a enfoques *top-down*, es decir, privilegia una propuesta de abajo (local, departamental) hacia arriba (facultad, central), lo cual contrasta y contradice la tradición expansiva de las unidades académicas de la USAC: se piensan desde el campus central y no desde las realidades locales o regionales. La propuesta

de desconcentración de la maestría en salud pública genera expectativas de desconcentración del poder académico y de potenciación del desarrollo de las capacidades institucionales departamentales y regionales. Es de suma importancia que una institución de alto nivel académico como la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala (USAC) se interese en aceptar la extensión de la Maestría de Salud Pública a todo el país y que la decisión tenga fundamentación científica que se aporta con la presente investigación. La aplicación de la estrategia redundará en la ampliación de la formación de máster en Salud Pública en los propios escenarios donde se desarrollan, con la posibilidad de inclinar los esfuerzos científicos hacia los problemas de salud locales y de facilitar la formación a mayor cantidad de personas, de forma tal de promover el enfoque salubrista para la gestión de la salud en todo el país con grandes posibilidades de impacto en la Salud poblacional.

El Diseño metodológico empleado para la investigación se llevó a cabo en el contexto de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), institución que cuenta con cerca de 195,000 estudiantes, que representan el 70% de toda la población universitaria de Guatemala, un 38% de matriculación en 20 centros universitarios y 62% en la sede central de ciudad Guatemala. La Facultad de Ciencias Médicas es una de las unidades académicas de la USAC y tiene la responsabilidad de la formación en los estudios de post grado en Salud Publica.

El estudio fue organizado en una secuencia de etapas que dan cumplimiento a los objetivos de la investigación. Se procedió a realizar la primera etapa con un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo donde se ha recogido información de registros y de los egresados de la MSP, profesores y coordinador, y una segunda etapa para desarrollar una estrategia de desconcentración, por eso se adopta el tipo de estudio de desarrollo tecnológico. El uso de técnicas cualitativas permitió recoger las opiniones expresadas por autoridades administrativas respecto del desarrollo del programa. Se dio participación a personas que se desenvuelven en alto nivel de las instituciones de servicios y académicas, y fueron proclives a la identificación y reflexión sobre las

fortalezas y oportunidades por un lado, así como de las debilidades y amenazas por el otro, sobre la realidad de cuatro centros universitarios de la USAC y a nivel de la sede central en la ciudad de Guatemala; lo que se puede analizar en los detalles que presenta la tabla 1.

Tabla 1. Resumen del tipo de investigación, fuentes y técnicas utilizadas.

Tipo de investigación		Informantes actores	Fuentes	Técnicas y procedimientos
Etapas	Enfoque			
Descriptiva	Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Graduados • No graduados • Profesores • Coordinador 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros • Informes oficiales del programa de MSP • Resultados de la aplicación de los instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Aplicación de instrumentos • Revisión de expedientes y registros
De desarrollo	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Decano de medicina, • Director de Escuela de postgrado, • Directores de los centros universitarios, • Coordinadores de postgrados, • Coordinadores de medicina en los centros • Directores de áreas de salud u otros similares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Opiniones y valoraciones de los diferentes actores, • Entrevistas realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Lluvia de ideas • Método Delphi • Valoraciones como expertos

Fuente: Elaboración del autor.

Mediante el enfoque cuantitativo se estudió una población constituida por los 65 graduados, 57 no graduados, y seis profesores titulares del programa de MSP, un coordinador de Maestría en Salud Pública y 20 profesionales con calidad de directivos, académicos y administrativos en la FCMM y cuatro Centros Regionales.

Para la obtención de los datos e información se cumplió con los procedimientos de protección y manejo ético en la planificación y ejecución de la investigación. Se dispuso de la autorización del director la Escuela de Estudios de Postgrados de la FCMM de la Universidad de San Carlos. Cada participante conoció un documento de consentimiento Informado, en donde se

comunicó de qué, por qué y para qué se realiza el estudio y se planteó la libertad de aceptar o rechazar su participación en la investigación. Se recalcó sobre la confidencialidad, veracidad de la información, uso apropiado de la misma y se solicitó la firma de anuencia. La investigación realizada se clasifica como sin riesgo. Los resultados de la misma serán comunicados a las instancias involucradas, autoridades universitarias y de salud pública

Para el componente cuantitativo se utilizó un cuestionario estructurado que fueron validado mediante el método de juicio de expertos, seguidamente se realizó un estudio piloto, para determinar la confiabilidad y se realizó la prueba de Alfa de Cronbach para determinar la homogeneidad de los ítems, con un resultado de magnitud alta de 0.80. Seguidamente se procedió a la recolección de la información mediante la aplicación de los instrumentos.

Las fuentes de información utilizadas fueron: bibliografía nacional e internacional, documentos oficiales, programas de postgrado de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, archivos, registros, informes y memorias de la maestría en Salud Pública, expedientes de los cursantes que han concluido el tiempo curricular y se han graduado, así como las tesis presentadas. Aportes de expertos del tema, profesionales y autoridades-profesores de centros regionales de la USAC, también de la Facultad de Ciencias Médicas en el CUM, como: Decano, Director de la Escuela de Estudios de Postgrado, coordinador de especialidades y maestrías, coordinador, profesores, egresados graduados y no graduados de la Maestría en Salud Pública.

El enfoque cualitativo que se ha utilizado, ha tenido un alcance descriptivo e interpretativo, que posteriormente condujo a la realización de un estudio de desarrollo tecnológico. La información fue obtenida de actores claves que se desempeñan en la administración de la formación de recursos humanos y responsabilidad académica en cuatro Centros Universitarios Regionales, siendo los siguientes:

- **CUNOR**, Centro Universitario del Norte, Ciudad de Cobán;
- **CUNORI**, Centro Universitario de Oriente, Ciudad de Chiquimula;

- **CUNSUR**, Centro Universitario del Sur, Ciudad de Escuintla;
- **CUNOC**, Centro Universitario de Occidente, en ciudad de Quetzaltenango.

También se han constituido como actores e informantes clave las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas en el Centro Universitario Metropolitano,(CUM) en ciudad Guatemala como sede central de la USAC.

En el diseño de la estrategia de desconcentración de la MSP se cumplió con los cuatro momentos de la planificación estratégica:

- Momento explicativo, se caracterizó la situación existente.
- Momento normativo, se definió lo que se quería alcanzar y cómo se pretendía hacerlo.
- Momento estratégico, se procedió a construirle viabilidad del plan.
- Momento operacional, se determinó un conjunto de acciones necesarias a considerar en una estrategia de desconcentración.

Mediante consulta a expertos se realizó la validación de la propuesta del diseño de la estrategia de desconcentración de la MSP. Con el uso del Método Delphi por su demostrada utilidad para obtener la opinión de expertos, con experiencias diferentes mediante un proceso de comunicación estructurado, siendo una herramienta metodológica significativa para la resolución de problemas, la planeación y el pronóstico. Se envió a los expertos la propuesta de diseño de la estrategia de desconcentración para su revisión y análisis como métodos para la validación. En un primer momento a 6 nacionales quienes dieron su aprobación y un segundo momento a 4 internacionales que también la evaluaron y dieron su aprobación con sugerencias mínimas y semejantes que fueron incorporadas a la estrategia.

El documento de la tesis presenta los siguientes títulos y capítulos:

Introducción se expone de manera resumida el objeto de investigación, el problema con su justificación, los objetivos, la novedad y los aportes del estudio.

Capítulo 1. Marco teórico: se presentan los aspectos teóricos y conceptuales que fundamentan la investigación, se exponen los conceptos de: Relación entre Salud Pública y Medicina social latinoamericana, modelo de las funciones

esenciales de la salud pública, desarrollo de recursos humanos, educación en salud pública, escuelas y programas de postgrado, formación de recurso humano en salud pública en el ámbito internacional, la universidad y la formación en Investigación y Salud Pública, centralización, descentralización, desconcentración y regionalización en educación, estrategias y planeación estratégica, modelos de educación, formación y enfoques pedagógicos, la formación del recurso humano de salud en Guatemala, La formación de recurso humano en salud Pública y Programas de postgrado de Salud Pública en la USAC.

Capítulo 2. Marco metodológico: se hace una descripción del contexto en que se ejecutó la investigación; se detallan los aspectos éticos, se señala la clasificación del estudio y el cómo se utilizaron las diferentes técnicas en la recolección de la información y cómo fueron procesadas.

Capítulo 3. Presentación y análisis de los resultados: se muestran los resultados que dan respuesta a cada uno de los objetivos esbozados en la investigación y que se refieren a la caracterización de los graduados y las tesis presentadas, las experiencias de la coordinación y de los profesores en el Programa; el desempeño profesional de los graduados y los no graduados; las características, condiciones de los centros universitarios seleccionados y, finalmente, se expone la estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública.

Capítulo 4. Discusión de los resultados: se expresan las comparaciones entre los resultados de la investigación realizada con los hallados por otros autores y se hace una valoración de ellos, con el propósito de validar los resultados y arribar a las conclusiones.

En la parte final se presentan las conclusiones y recomendaciones que surgen como consecuencia del estudio realizado, las referencias consultadas y acotadas en orden alfabético, así como los anexos que corresponden a instructivos e instrumentos utilizados y materiales complementarios derivados de los resultados.

Capítulo 1. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo muestra los principales aspectos teóricos y conceptuales relativos a la Salud Pública, las funciones esenciales. También se presenta una caracterización de la formación de recursos humanos en salud en el contexto internacional y nacional y concepto de necesarios para una mejor comprensión del tema que se investiga.

1.1. La salud pública y la medicina social latinoamericana.

1.1.1. La salud pública

Los orígenes de la salud pública tienen que ver con la evolución que ha tenido la medicina a lo largo del tiempo. Es un hecho que las diferentes concepciones, percepciones o interpretaciones de la enfermedad han influido en la evolución epistemológica que ha tenido el campo de la medicina, pero, también de la salud pública, en el correr del tiempo. La medicina, actualmente, tiene las funciones de promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud y rehabilitar física y mentalmente a las personas, su carácter es individual; las mismas funciones, hoy, se le atribuyen a la salud pública pero la dimensión de análisis y acción es poblacional.

Según Rojas Ochoa (2009) en la historia de la medicina no se identifica, hasta una época relativamente reciente, la práctica social diferenciada de la organización y de los servicios de salud, aunque sus antecedentes son muy antiguos. Sin embargo, dice que, en este periodo de diferenciación ha proliferado la nomenclatura con que se designa esta práctica, así entre otras denominaciones se pueden enumerar las siguientes: policía médica, higiene social, medicina social, salud pública, higiene social y organización de la salud pública, higiene social y protección de la salud, administración de salud, administración de servicios de salud, epidemiología social, epidemiología de la atención médica y medicina preventiva y, posiblemente se presenten algunas denominaciones más, con las distintas denominaciones se trata de demostrar la existencia de una especialidad que ha surgido en la práctica y que se ha desarrollado desde hace más de 200 años.

En la mayoría de los países latinoamericanos se ha adoptado el nombre de medicina social para quienes ejercen la salud pública, aunque se marquen algunas diferencias, con esta a excepción, en Brasil, en donde se ha adoptado el nombre de salud colectiva. (Iriart, C. 2002)

En abril de 1948, (OPS, 2001) fecha de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) surge una definición positiva de salud, en los siguientes términos: "Salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo". El autor considera que con esta definición ya se determina en buena parte el quehacer de la salud y abre el camino para redefinir lo que es la salud pública, de ahí que este concepto responde al concepto de salud y de población. La definición de salud facilita el espacio para nuevas orientaciones que pueden darse en la salud de las poblaciones, en tanto y en términos muy sintéticos, se dice que la salud pública es la salud del público y las dimensiones colectivas de la misma.

Dos son las definiciones que en términos del tiempo y los acontecimientos académicos se han mantenido vigentes, la de Winslow (Terris, 1992) en 1920 y Milton Terris en 1990. (1992) La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) propone una definición, relativamente, simplificada sobre la Salud Pública, en términos que es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente, a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo. En opinión del autor, la OPS destaca las áreas de acción que han caracterizado la práctica de la salud pública, otorgándole compromiso a la sociedad, sus instituciones y su destino poblacional.

Desde sus inicios la salud pública se ha visto como una ciencia social a la que concurren un conjunto de disciplinas como las ciencias sociales, la demografía, la administración, la estadística y la epidemiología. Es el aporte conjunto de éstas el que, finalmente, determina un nivel de comprensión más integral de los procesos de salud-enfermedad. Como eje central de estos aportes se encuentran las disciplinas médico biológicas y, particularmente, la epidemiología, que tiene un rol central para la comprensión de una gran parte de los fenómenos de salud. Un obstáculo importante para lograr la integración

de estas diferentes disciplinas ha sido la tendencia a identificar cada nivel de análisis con alguna de estas disciplinas. Por ejemplo, existe la confusión de que las ciencias básicas son sólo aplicables a los niveles individual y subindividual, mientras que el poblacional es patrimonio absoluto de las ciencias sociales. (OPS, 1992)

Es en la XIX Conferencia Latinoamericana de Salud Pública (OPS, 2001) realizada en La Habana en el año 2,000, cuando se dan nuevos aportes para la salud pública; en esa ocasión el director de la OPS/OMS Charlayle Guerra de Macedo planteó que la salud pública es la salud del público y las dimensiones colectivas de la salud, que su objeto central es la salud de las poblaciones y los aspectos de interés colectivo que contribuyan al mejoramiento de la salud del pueblo. Hizo referencia a que no es una ciencia ni una disciplina única, es un conjunto de conocimientos de diversas disciplinas bien articulados para sustentar una práctica en función de su objeto, por tanto, además de poseer un campo de conocimientos y ser un campo de práctica, también es un campo que enriquece a las disciplinas que la sirven. Como resultado la discusión ocurrida en la XIX Conferencia Latinoamericana surge una definición sintética que declara: la Salud Pública es el resultado del esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente, a través de sus instituciones de naturaleza pública, para mejorar la salud de las poblaciones por todos los medios idóneos.

1.1.2. La medicina social latinoamericana

Las teorías y modelos en salud pública se han sucedido, históricamente, pero de manera no lineal; a veces en contradicción y, en otras ocasiones, complementándose en la práctica, pero generando siempre un cuerpo de conocimientos en salud pública que no puede desconocerse por quienes tienen el interés de ir definiendo un ámbito propio, no sólo como campo de práctica sanitaria sino, fundamentalmente, como área académica. (Franco, 2006)

Al diferenciar teorías y corrientes de pensamiento, como lo expone Franco (2006), aparece la medicina social con la perspectiva latinoamericana, que irrumpió en el último tercio del siglo XX. Se desarrolló por la conjunción de

grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud, movimientos de trabajadores, estudiantes y organizaciones populares, que se manifestaban inconformes con el modelo económico y político implementado en América Latina en los años sesenta y setenta, y, por movimientos revolucionarios en algunos países. (Franco, 2006) Por su parte Iriart y Cols, (2002) plantean que la medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante, pero poco conocido por quienes ejercen la medicina y la salud pública y, sobre todo, por quienes no pueden acceder a la información escrita en castellano-español y portugués. También hace referencia a que se ha desarrollado por la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud, movimientos de trabajadores, de estudiantes y de las organizaciones populares disconformes con el modelo económico desarrollista, que se implementó en la América Latina en la década de los setenta.

Son exponentes relevantes del movimiento de la medicina social latinoamericana Juan César García desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, María Isabel Rodríguez, médica salvadoreña y, Miguel Márquez, médico ecuatoriano, funcionarios los dos de la OPS. Las reuniones de Cuenca I y II, realizadas en Ecuador por Márquez, marcaron el rumbo del movimiento de la medicina social. El apoyo de la OPS fue importante consolidar uno de los primeros programas de posgrado que se creó con esta perspectiva: la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, de la Ciudad de México. Tuvieron también destacada participación organizaciones no gubernamentales como el Centro de Estudios y Asesoramiento en Salud (CEAS) de Ecuador, el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS) de Chile y el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de Argentina. (Iriart y Cols, 2002) Ana Cristina Laurell, Jaime Breilh, Pedro Luis Castellanos, Rodrigo Yépez y R. Escudero son otros de sus más destacados representantes. Han dado una contribución importante el movimiento mundial en torno al objetivo de “Salud para todos en el año 2000” y a la estrategia de atención primaria de salud, acordada en la conferencia de Almá Attá en 1977. (Aldereguía H., 1990)

La medicina social define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. En este sentido, las principales categorías analíticas son: la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras. Sobre la relación entre la teoría y la práctica, desde la perspectiva de la medicina social se usa el concepto de praxis, entendida como la interrelación entre pensamiento y acción. (Iriart y Cols, 2002)

En Latinoamérica se destacan los aportes de Juan César García de Argentina, en el análisis de la formación del recurso humano en salud, quien planteó que “la salud-enfermedad-atención es la expresión de una determinada formación socioeconómica y cultural” y de Sergio Arouca de Brasil quien aportó en la construcción del pensamiento en salud colectiva y tuvo una destacada labor política en la defensa de la salud. (Torres Tovar, 2006)

El siglo XXI planteará a la medicina social importantes interrogantes, problemas y misiones. (Aldereguía Henriques, 1995) Ante el reto internacional y nacional que propone la salud pública contemporánea le corresponden a la medicina social una plataforma de acción, integrada por 10 objetivos estratégicos: La profilaxis social para alcanzar resultados superiores en la lucha por la salud y contra las enfermedades, mejorar la racionalidad y la eficiencia de la salud pública y realizar la búsqueda de nuevos indicadores de la calidad ante el envejecimiento de la población, desarrollar aceleradamente la atención primaria, acrecentar su papel en la formación teórico-práctica de los profesionales y técnicos de la salud y contribuir a lograr médicos no sólo más instruidos, sino más cultos, contribuir junto a la epidemiología, la higiene general, la estadística y la cibernética, a potenciar la base científica del enfoque sociobiológico de la medicina y, contribuir a configurar un nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad.

Un estudio presentado en 2003 por Díaz Llanes, con el objetivo de determinar el estado actual del proceso de incorporación de las ciencias sociales en la

formación del postgrado en salud pública a nivel internacional y en Cuba, a partir del estudio de 60 instituciones que desarrollaban estudios de postgrado en el año 2000, se concluye que las maestrías, en comparación con las especializaciones y doctorados, representan la figura académica en donde predomina la formación en ciencias sociales. El aporte metodológico de las ciencias sociales a la salud pública es mayor en América del Norte y Europa que en el resto de las siguientes áreas geográficas: América Latina, Asia, Oceanía, Cuba. (Díaz, LI., G., Pérez C.,M., 2003)

2. El modelo de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, en la educación, desarrollo y formación de los recursos humanos.

2.1 Funciones esenciales de la salud pública

Con el propósito de redefinir la salud pública (OPS, 2001) se han dado varias iniciativas, es notorio que la idea de revisión es generalizada, siendo algunas de estas iniciativas las siguientes:

- La experiencia de Canadá con la formulación de políticas de salud, la reorientación de los sistemas de salud y la promoción de la salud;
- El trabajo del Instituto de Medicina en los Estados Unidos y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) sobre la orientación de la salud pública, guía la evaluación del desempeño de los servicios esenciales;
- El estudio Delphi, coordinado por la OMS sobre las 11 funciones esenciales de la Salud Pública, y;
- Discusiones de OPS/OMS a partir de 1990, que dan origen al proyecto: “La Salud Pública en las Américas”.

Cada iniciativa ha tenido su evolución, y, entre todas las relaciones que guardan, cabe destacar algunos tópicos importantes que se refieren, en particular, a las funciones esenciales que han de fijarse, concibiéndolas como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública, en tanto la iniciativa para una reorientación y desarrollo de la salud

pública avanza, se buscaron las maneras de promover en los diversos países de las Américas las 11 funciones esenciales siguientes (**OPS, 2001**):

1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud;
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud pública;
3. Promoción de la salud;
4. Participación social en la salud;
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública;
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública;
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública;
9. Garantía de la calidad de los servicios de salud, individuales y colectivos;
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

Se ha reconocido que las funciones antes enumeradas, están bien definidas y se sabe que incluyen todas las capacidades requeridas para una buena práctica, por tanto, queda asegurado el buen funcionamiento de los campos de acción o esferas de trabajo de la salud pública. (**OPS, 2001**)

Con la práctica en marcha de las 11 funciones esenciales en los países, se ha puesto a prueba su evaluación, para ello se usó una instrumentación aplicada a funcionarios de los ministerios de salud con la finalidad de determinar el desempeño de cada una de las funciones al nivel nacional y local. Las reformas planteadas en el sector de la salud pública conllevan la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel consiste en hacer cumplir las Funciones Esenciales de la Salud Pública (**FESP**) que compete al Estado en sus niveles central, intermedio y local. (**OPS, 2001**)

Sandoval Moysen (2012) expresa que, como resultado de las conclusiones y recomendaciones de un comité que examinó el futuro de la Salud Pública en los Estados Unidos de América, donde se marca la crisis en el funcionamiento de ella en este país, por lo que la OPS realizó un estudio con la metodología Delphi en el ámbito internacional. Como producto de ello, existen las conocidas 11 funciones esenciales que vinieron a fortalecer las competencias en este campo, cuyo objetivo es mejorar las prácticas sociales y fortalecer las capacidades del Estado. Se destaca que la medición del desempeño de las FESP realizada en 41 países de América Latina en 2001-2002, mostró que la función No.8 sobre el desarrollo de los recursos humanos y capacitación, fue la segunda deficiente. Este hecho coincide con otras apreciaciones sobre lo que se ha dado en llamar en el mundo desarrollado, la crisis actual de los recursos humanos. Por ello, la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (FMASP), la OPS y la Asociación Latinoamericana de Salud Pública (ALAESP), mostraron su preocupación para abordar este problema y han estimulado el desarrollo de programas académicos basados en competencias básicas para el desempeño de las FESP. (Sandoval Moysen, 2012)

Se ve que la idea en torno al enfoque de las FESP como guía para la acción en salud pública comenzó a incluirse en el campo de la formación de recursos humanos, ha evolucionado y se mantiene vigente, contribuyendo a conducir los procesos de cambio, al perfeccionamiento curricular y renovar las estrategias docentes sobre las cuales se implementan los programas académicos en postgrado.

2.2 Desarrollo del recurso humano

En Argentina, el representante de la OPS en ese país, Juan Manuel Sotelo, expresó en una de sus intervenciones que “formación de postgrado en Salud Pública es un proceso fundamental para el desarrollo de la salud, estos recursos humanos y su capacitación, son críticos y capaces de hacer una diferencia cuando se trata de mejorar la salud”. En este país la formación sistemática en salud pública es una situación paradigmática, se inicia en la década de los 60, con cursos en el Ministerio y la Universidad con la creación

de la Escuela de Salud Pública en la Facultad de Medicina. Y a inicios del siglo XXI se ofrecían en Argentina ocho Maestrías en Salud Pública, y, 112 postgrados de larga tradición crearon la red de postgrados en este campo. **(Borrel y Rovere, 2004)**

Frenk y colaboradores, (2011) han expresado que es necesario y oportuno un rediseño de la educación profesional en salud, con vista a aprovechar las oportunidades de aprendizaje mutuo y dar las soluciones conjuntas que ofrece la interdependencia global, causada por la aceleración de los flujos de conocimiento, tecnologías y financiamiento a través de las fronteras y la migración, tanto de profesionales, como de pacientes. Lo que claramente se necesita es reexaminar seriamente y, a fondo, la educación profesional en salud, tal como se hizo hace un siglo.

En la obra la “Formación de postgrado en Salud Pública, nuevos desafíos, nuevos caminos”, **(Borrell y Rovere, 2004)** Rosa María Borrell refiere que en Argentina hasta 2003 existían 50 postgrados entre maestrías y carreras en temas conexos con la salud pública en 12 ciudades y 25 universidades predominantemente públicas, sin incluir otras instituciones no universitarias como colegios o asociaciones profesionales, pero con aparición de una serie de problemas comunes, de ellos: ausencia de licencias para cursantes, ausencia de becas, tendencia al autofinanciamiento, inexistencia de educación continua para graduados, déficit y desactualización bibliográfica, escaso equipamiento de computación y conexión virtual, exceso de docentes invitados, falta de política de formación docente, insuficiente vínculo con organizaciones empleadoras y escasa oferta de doctorados.

La salud pública se ha transformando, ha tenido que reinventarse, al punto de tener que enfrentar nuevos desafíos, nuevas preguntas, nuevas concepciones, nuevas estrategias. La ALAESP-OPS realizó una reunión de consulta en Santiago de Chile en 2001 **(Borrell y Rovere, 2004)** donde se plantea una serie de elementos y factores que están produciendo tensión en el campo de la práctica y la educación en salud pública, que para inicios del nuevo milenio con inicio en el siglo XXI, se constituyen como escenarios emergentes los

procesos de reforma del sector salud, los procesos de modernización y descentralización del sector, la extensión de coberturas en amplios sectores poblacionales, la participación ciudadana en la salud pública, la conceptualización de la salud pública como ámbito de prácticas sociales y como deber del Estado la concreción de las funciones esenciales de la salud pública. Con estas tendencias hay un reposicionamiento de la Salud Pública en la agenda política mundial.

En la nueva agenda, la formación de postgrados en salud pública asume una intervención cada vez más significativa. (Borrell y Rovere, 2004) Las propias instituciones educativas se han constituido en importantes actores por sus acciones combinadas de docencia, investigación, cooperación técnica y difusión. No se debe olvidar que con más de 90 años, la formación sistemática en salud pública nació en la forma de postgrado interdisciplinario; el rol crítico de la formación universitaria requiere monitorear el punto óptimo de tensión entre imaginarios educacionales y las “competencias” requeridas en los espacios laborales para constituirse en un factor de cambio capaz de contribuir activamente al lanzamiento de la salud pública.

De las 11 funciones esenciales, dos de ellas: (Borrell y Rovere, 2004) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, y, la de investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública, comprometen seriamente a las instituciones de educación superior, a las universidades públicas y a las privadas, en las nuevas propuestas que sean atractivas en las modalidades y condiciones con futuro.

La formación de postgrado en salud pública es requerida (demanda) hoy con más frecuencia (Rovere, 2003). Las necesidades de formación reconocidas son diversas; entre ellas las siguientes: fortalecer la actual situación laboral de los servicios de salud, avanzar en la carrera de investigación o de docencia universitaria, alcanzar o legitimar las posiciones en ámbitos laborales emergentes como municipios, ONGs, proyectos comunitarios de asesoramiento legislativo, organizaciones humanitarias, defensorías, grandes proyectos de financiamiento externo, organismos internacionales, entre otros.

A consideración del autor se visualiza como una situación ya generalizada, que viene sucediendo en muchos países del mundo y de Latinoamérica no es la excepción, por lo que se coincide con Borrel y Rovere, (2004) que ante la diversidad de ofertas de postgrado que existe, el aumento de las necesidades de los profesionales que esperan cursar un postgrado, de las expectativas de los graduados y de las instituciones empleadoras, surge el interés de establecer las verdaderas capacidades de las instituciones educativas que ofertan programas de especialización, maestrías o doctorados en salud pública y, para esto es pertinente introducir el concepto de calidad.

La salud pública es un campo de conocimiento y una práctica. Constantemente se busca la respuesta a cómo participan los profesionales de la salud en las acciones sanitarias que implica esta práctica. Un aspecto relevante ha sido la formación en consonancia con las necesidades de la población. La ALAESP ha desarrollado iniciativas novedosas para mejorar la formación y el desempeño de los recursos humanos en salud pública. (Jarrillo, 2007) A partir de un marco de referencia dado por la propuesta de las 11 funciones esenciales por la OPS/OMS, los objetivos de desarrollo del milenio por ONU y las mejoras en la formación por ALAESP, se definen tres componentes estructurales para la salud pública: el objeto de conocimiento, la práctica social y la formación de personal. La formación profesional viene a ser un componente estructural de la salud pública y corresponde a los espacios académicos universitarios, en este sentido deben sujetarse a la dinámica de estas instituciones pero no pueden aislarse de la dinámica de los sistemas o instituciones de salud, pues, aquí es donde se realiza la función social y adquiere concreción la práctica profesional. La formación de postgraduados en salud pública, requiere sortear las dificultades entre las que se destacan la orientación hacia la investigación y el énfasis en el desempeño de los sistemas, instituciones o servicios de salud, o, una combinación. (Jarrillo, 2007)

La formación de postgrados en salud pública es una intervención cada vez más significativa, por lo que, progresivamente, las instituciones formadoras se han constituido en actores influyentes por sus acciones combinadas de docencia,

investigación, cooperación técnica y difusión. **(Borrel y Rovere, 2004)** Guarda relación con esto, los retos que presenta la Asociación Latinoamericana y del Caribe en Educación en Salud Pública, que en los próximos años se dé continuidad a la formación de trabajadores en salud pública, tanto en la educación académica (especializaciones, maestrías, doctorados), como en educación continua y perfeccionamiento, además, se incluye el desarrollo de un conjunto de propuestas para mejorar la acción educativa y la acreditación de programas de postgrado, por lo cual es posible crear un sistema de acreditación regional que permita ubicar la calidad desde la perspectiva de la asociación. **(Jarrillo, 2007)**

Alarcón, (2011) en el marco de una propuesta dice que los sanitaristas, salubristas, administradores de la salud o gerentes de salud están dentro de los recursos humanos en salud y representan un grupo de profesionales directamente responsables de definir las políticas de salud, organizar, implementar y evaluar acciones en salud pública y estos profesionales son los recursos o la fuerza de trabajo en salud pública, su perfil profesional ha tenido un carácter multidisciplinario, con la participación de: médicos, enfermeras, odontólogos, médicos veterinarios e ingenieros sanitarios. A esto se agrega la diversidad de escenarios donde tienen que actuar desde el nivel local, como administradores, hasta el nacional como directores o su equivalente.

Por otra parte, este autor pone énfasis a lo que expone Alarcón (2011) sobre la formación de las escuelas de salud pública, cuando hace referencia al informe Welch-Rose de 1918, donde se desarrolló una corriente importante de promoción de reformas en la educación de los profesionales de salud pública; que dio lugar a las primeras escuelas en Estados Unidos como la Escuela de Higiene y Salud Pública de Johns Hopkins, la de Harvard, la de Canadá, Inglaterra y México, posteriormente, se expandieron a diversas regiones de América Latina, donde algunas escuelas han llegado a ser líderes en funciones de salud pública y han constituido los Institutos Nacionales de Salud Pública, como son los casos de México, Chile y Brasil. Las escuelas se han organizado según dos modelos: uno en el ámbito universitario y otro ligado a la administración sanitaria pública. En el modelo universitario la prioridad recae en

la importancia que tiene la investigación y la docencia, en la autoridad sanitaria lo que trasciende es la capacitación de los profesionales para el adecuado funcionamiento de la administración sanitaria de los países. (Alarcón, V. 2011)

2.3 La educación en salud pública y las escuelas y programas de postgrado

La acción en salud pública recoge, por un lado, la práctica profesional y, por otro, los movimientos sociales encaminados a solucionar los problemas de salud de las poblaciones y a remover o incidir en los determinantes sociales de la salud. Recientes concepciones sobre las funciones esenciales de la salud pública también están enfocadas en la práctica y la acción sanitaria, más que a cualquier otro interés epistemológico o cognoscitivo. En algunos momentos se hace énfasis en una u otra estrategia, dependiendo de la forma de intervención o acción que se defienda: promover la salud, prevenir la enfermedad y curar la enfermedad, así como la abogacía, la defensa de la salud pública, la comunicación, la mediación, las acciones políticas, la vigilancia, la investigación, la educación en salud y la capacitación, entre otras. (Franco, 2006)

Autores reconocidos (Frenk y Cols, 2011) plantean que es necesario y oportuno un rediseño de la educación profesional en salud, en vista de las oportunidades de aprendizaje mutuo y soluciones conjuntas que ofrece la interdependencia global causada por la aceleración de los flujos de conocimiento, tecnologías y financiamiento a través de las fronteras y la migración, tanto de profesionales como de pacientes. Lo que claramente se necesita es reexaminar, seriamente, la educación profesional en salud, tal como se hizo hace 100 años, una serie de estudios sobre la educación de los profesionales de la salud, liderado por el informe Flexner de 1910, estas reformas equiparon a los profesionales de la salud con el conocimiento que contribuyó a duplicar la esperanza de vida durante el siglo XX.

En cuanto a la educación en salud pública, se reconocen tres generaciones de reformas educativas que caracterizaron el progreso durante el siglo pasado. La primera a inicios del siglo XX, planteó un currículo basado en la ciencia,

llegando hasta la mitad de este periodo, la segunda introdujo innovaciones instructivas mediante un currículo basado en la resolución de problemas y, ahora, se está avanzando en la tercera generación, con un currículo basado en competencias para mejorar el rendimiento de los sistemas de salud en el que se considerará la adaptación de las competencias profesionales esenciales a contextos específicos, pero sobre la base del conocimiento global. (Frenk y CoIs, 2011)

Para lograr lo antes mencionado, estos autores proponen que “todos los profesionales de la salud en todos los países deberán ser entrenados para movilizar el conocimiento y comprometerse al razonamiento crítico y a una conducta ética de modo que se hagan competentes para participar en los sistemas de salud”.(Frenk y CoIs, 2011) y, además, para avanzar en esta tercera generación, es necesario que se haga un llamado a todas aquellas personas, profesionales de la salud, de la educación, así como aquellas que perteneciente a agencias y fundaciones internacionales que pueden contribuir a propulsar la acción sobre esta visión para promover un nuevo siglo de educación profesional transformativa. Este autor, se identifica con esta propuesta y opina que aunque numerosas instituciones docentes ya están laborando sobre esta perspectiva, queda por seguir trabajando y, especialmente, en el área de conocimiento de la salud pública.

La experiencia mundial evidencia que en el nuevo escenario global la información y el conocimiento constituyen una poderosa fuente de riqueza y de progreso sostenible. Sólo los países capaces de hacer del conocimiento, la cultura y el progreso técnico, el sustento de la inclusión social, del bienestar colectivo y el motor de la competitividad económica tendrán viabilidad en el concierto mundial. En México la prioridad es incrementar la cobertura educativa en los niveles medio-superior y superior, dando atención principal a la expansión de la oferta educativa de calidad, en zonas de mayor rezago social y económico. Actualmente, 18 entidades federativas tienen una tasa de cobertura en educación media superior, por debajo del 64%. (Del Val, 2011)

En Latinoamérica, hay instituciones como Institutos, Escuelas, Facultades, Departamentos con dedicación a la enseñanza e investigación de las Ciencias de la Salud Pública, en donde se desarrollan Programas de Maestrías en Salud Pública, unos directamente vinculados con los Ministerios de Salud y otros con las Universidades públicas o algunas privadas. **(Jarrillo, 2007)**

La formación en salud pública en América Latina comenzó en el inicio del siglo XX. Su formalización se realizó con el apoyo de la Fundación Rockefeller, que alrededor de 1920 ayudó a crear una Escuela de Salud Pública en Sao Paulo, Brasil, y, otra, vinculada a los servicios de salud en México. Sin embargo, hasta la mitad del siglo pasado, la mayoría de los profesionales en post grado en esta área fueron formados fuera de América Latina. En 1959, la OPS, por iniciativa de su Director, el Dr. Abraham Horwitz, organizó una primera reunión de Escuelas de Salud Pública de América Latina que tuvo lugar en México. Nueve escuelas estuvieron representadas en este evento. En 1974, en la reunión que tuvo lugar en Lima, Perú, las Escuelas representadas decidieron crear la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública, conocida como ALAESP. Ya en esta época, el número de programas de formación se venía ampliando, principalmente, por la oferta de formación de postgrado en varias de las Facultades de Medicina de la región. **(OPS.Alaesp.2001)**.

Con la incorporación de los programas de postgrado académico fue necesario un cambio del nombre de la asociación, la cual pasó a llamarse “Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública”, manteniéndose el acrónimo de ALAESP. Esta asociación, hasta el 2003, tuvo en su registro 60 programas de Maestría en Salud Pública, de las Escuelas, Facultades o departamentos, de los países siguientes que conforman la ALAESP: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Honduras, Jamaica, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. **(OPS.Alaesp.2001)**

En Cuba **(Ensap, 2013)** se ha dado una experiencia muy particular, en su momento existió el Instituto “Carlos J. Finlay” como una institución dedicada a la formación de recursos humanos en salud pública, su labor se interrumpió en la década de los 50, reinició sus actividades en 1959, y, a partir de entonces,

ha pasado por varios momentos de desarrollo: Escuela de Salud Pública (1960-69), Unidad Docente “Carlos J. Finlay” (1971-75), Instituto Desarrollo de la Salud (1976-84) y Facultad de Salud Pública (1985-2000). En 1992 se subordina la Facultad al Ministerio de Salud Pública, con relaciones académicas y metodológicas de postgrados con el ISCM-Habana. Ya en 2000 la Facultad de Salud Pública se integra con el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y surge la actual Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). En el transcurso de su vida académica la ENSAP ha formado un gran número de profesionales de más de 10 países, no sólo de América Latina, también de Europa. A partir del año 2000 y hoy, es conocida como Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP).

Entre los resultados valiosos en la vida de la ENSAP se puede reconocer la existencia de una Institución auspiciadora de la Academia de Ciencias de Cuba, tiene la condición de Excelencia, cinco de las seis Maestrías que se imparten y todas relacionadas con el campo de la Salud Pública, ocupó en 2006 la vicepresidencia de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP). **(Ensap, 2014)**

En Centro América existen Maestrías en Salud Pública en todos los países, se han fundado a partir del año 1994, con el inicio en la Universidad de Costa Rica, le siguió Nicaragua con el Centro de investigaciones de la Universidad de Nicaragua, en la Universidad Nacional de Honduras, en la Universidad de El Salvador y en Guatemala se fundó en 1996 en la Universidad de San Carlos. **(USAC, 1995)**

Son las diversas instancias educativas en salud pública las que permiten considerar que cada día cobra más relevancia éste campo del conocimiento y la contribución de ellas al desarrollo de la salud pública debe ser un resultado positivo en los distintos países de América Latina. Su vinculación directa o indirecta con los sistemas de salud y con las asociaciones de salud pública de cada país sería un hecho positivo.

2.4 Formación de recurso humano en salud pública en el ámbito internacional

La historia contemporánea de la formación en salud pública, se remonta a la segunda mitad de la década de los años cincuenta, período en el cual se realizan tres encuentros internacionales: en Chile, 1955, Tehuacán, México en 1956 y en San Miguel Regla, México 1959, que reunió por primera vez a los directores de las Escuelas de Salud pública existentes con el interés de analizar, esencialmente, la formación del maestro en salud pública, siguiendo los patrones académicos de la docencia de postgrado bajo influencia de la orientación adoptada en Estados Unidos. En 1987, según el autor, habiendo pasado un poco más del cuarto de siglo después de dicha reunión, se ha observado un cambio significativo en el panorama aludido, entre ellos: La expansión del número de programas docentes; una gran diferenciación entre la base institucional y los esquemas organizativos de dichos programas y la diversificación del tipo y nivel del personal que forman. (Ferreira, 1987)

En cuanto a los estudios de postgrado, se señala que es necesario y relevante observar el éxito del proceso que va desde que se inicia hasta que culmina con la graduación, y, es conocido como eficiencia terminal, en otros términos es la graduación que se alcanza al final de un programa y se expresa como un porcentaje. Son escasos los indicadores de éxito de graduación declarados en los programas en Educación superior. Según Días de Cossío (Villa Soto y Pacheco, 2006), la eficiencia terminal del subsistema de educación superior en México aumentó de 1991 a 2001, al pasar de 31.4 % a 49.6 %.

Para lograr la graduación en un Programa de nivel de Educación Superior se requiere presentar una tesis, defenderla y aprobarla. Diversos estudios hacen referencia a este tema y lo exponen en diferentes formas, bien realizando la importancia y necesidad de la producción científica, de tutores y estudiantes en el proceso de cursar la Maestría (Gálvez, 2008) que demuestran en cierta manera la eficiencia terminal y en este caso resalta que contribuyó a esto que las líneas de investigación del programa estuvieran planteadas en correspondencia con las prioridades de campo de saber de la Maestría de Economía de la Salud, señala que los temas más abordados fueron el

Reordenamiento Asistencial del Sistema Nacional de Salud, Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias y la Farmacoeconomía. Otros estudios como los realizados: en un postgrado de la Universidad de São Paulo, Brasil, de 2007-2009 (**Goncalves y Cols**) expone que en 334 publicaciones y tesis, los temas están alineados conforme las necesidades de la población, la práctica profesional y las políticas de salud, en las Maestrías de Promoción y Educación para la Salud (**Sanabria, 2013**) y Atención Primaria de Salud (**Perdomo, 2014**), ambas de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, comentan estas autoras que la correspondencia entre las líneas de investigación del programa y las tesis defendidas contribuyó que para el caso de promoción de 69 tesis defendidas, más de la mitad se agruparon a las líneas de investigación del programa y valores algo superiores se presentaron en Atención Primaria de Salud, lo cual muestra la necesidad de lograrlo en todas .

En un estudio realizado por Alger y Cols. (**2009**), se discuten las principales características de los Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud (SNIS) de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

El Sistema Nacional para la Investigación en Salud (SNIS) es un conjunto de instituciones que gobiernan, gestionan, coordinan, demandan, generan, comunican o utilizan el conocimiento producido por las investigaciones para mejorar la salud y elevar el estado de desarrollo de la población, está estructurado formalmente, ofrece la oportunidad de promover estratégicamente las prioridades de salud de un país, conciliadas como bien social y como herramienta de desarrollo económico, y que, éstas sean atendidas y operadas mediante la investigación científica y el desarrollo tecnológico.

La situación de los SNIS en 14 de 17 países de Latinoamérica (82,4%): Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, muestra que Argentina y Chile presentaron los mayores índices de desarrollo humano (0,869 y 0,867, respectivamente), mientras Honduras y Bolivia presentaron los más bajos (0,700 y 0,695, respectivamente). El gasto público como porcentaje del PIB dedicado a la salud en los países analizados osciló entre 1,8% y 5,5% y el

de educación entre 1,8% y 9,7%. A pesar de la heterogeneidad estructural y funcional de los SNIS de los países analizados y su desigual nivel de desarrollo, se puede afirmar que se han logrado avances alentadores. El establecimiento de una adecuada gobernanza y gerencia de los SNIS es de suma importancia para que los ministerios de salud, otros actores estatales y la sociedad civil puedan encausar, eficazmente, las investigaciones para la salud. (Alger y Cols., 2009)

En un estudio realizado en 2006 (Martínez- Cruz, 2007) en 77 instituciones que desarrollaron programas de Maestrías y Doctorados en Salud Pública en Hispanoamérica: América del Norte (incluida Canadá) 31 instituciones, América del Sur 41 instituciones, América Central, 10 instituciones y España (Europa) 5 instituciones, donde se revela que los programas en estas regiones presentan las características siguientes:

- En el área de Norteamérica, incluida Canadá van dirigidas a analizar los enfoques y tendencias en los cambios demográficos y epidemiológicos que se están produciendo a nivel mundial, el papel de los profesionales en la elaboración de políticas de salud, la búsqueda de nuevas vías para fortalecer las capacidades nacionales e institucionales, la inclusión de temáticas de atención a la población en situaciones de desastres o conflictos bélicos e incluyen la finalidad de preparar líderes en la práctica de la salud pública internacional. Ha aparecido la alianza entre cinco universidades para desarrollar e implementar la Maestría en Salud Global en la Universidad de Nueva York.
- En América del Sur, no exhiben uniformidad en las temáticas impartidas, tanto al nivel de país, como de región. No obstante, existen temáticas que aparecen de forma permanente en los programas de estudio.
- En Centroamérica, se observó un patrón similar al de América del Sur en cuanto a temáticas abordadas en los programas, donde se hace énfasis en Gerencia de los Sistemas de Salud, Gestión de Recursos Humanos en Salud, Epidemiología, Estadística y Economía de la Salud. En Centroamérica y América del Sur, se constata que el énfasis de las Maestrías en Salud Pública radica, fundamentalmente, en las temáticas de

Epidemiología, Bioestadística, Economía de la Salud y Gerencia en los Sistemas de Salud, en todas las instituciones analizadas.

- En Europa, no se aprecia mucha similitud, pero algo relevante encontrado es la creación del Master Europeo en Salud Pública, el cual se desarrolla en conjunto por Universidades de España, Inglaterra, Dinamarca, Polonia y Francia, con una duración de 2 años. Su metodología docente consiste en impartir los conocimientos teóricos y las nociones prácticas básicas relacionadas con la salud pública, así como la enseñanza de las habilidades que necesitan los alumnos para ejercer distintas funciones como profesionales en el ámbito local, regional, nacional, europeo e, incluso, internacional, tanto en el sector público como privado.

Se concluye que hay necesidad de profundizar en la vinculación de la teoría con la práctica, la realidad nacional e internacional, haciendo énfasis en los cambios políticos y las influencias de éstos sobre el enfoque salubrista que garantice la verdadera transformación social y en la importancia de perfeccionar y homogeneizar estos programas, así como desarrollar y aprovechar los espacios regionales y subregionales con este fin. Se plantea producir un nuevo profesional de salud mediante la introducción de nuevos contenidos, programas y métodos de formación en todas las áreas de salud, investigación de carácter más interdisciplinario y extensión y colaboración con los servicios para dar más relevancia práctica a las propuestas académicas. **(Martínez- Cruz, 2007)**

En una investigación realizada por Solimano y Cols., **(2009)**, ha considerado tres dimensiones: la situación institucional, las tendencias en los últimos 20 años y las oportunidades de desarrollo de la disciplina, las que conforman el “campo de la investigación en salud pública en Chile” se revelan las tendencias de diversidad en los tipos de investigación y en las condiciones de desarrollo. El desarrollo de la investigación en salud pública en Chile presenta tendencias opuestas, por una parte, se observa disminución en el financiamiento y, por otra, un aumento de la producción, especialmente, de la investigación original. Se requiere mayor conocimiento de la relación entre la productividad, los temas prioritarios y las publicaciones generadas; es decir, entre las características de

la institucionalidad y las tendencias en la investigación. La percepción de los investigadores respecto de la escasez de financiamiento para realizar investigación en salud pública es real, al igual que el limitado acceso a fondos extranjeros o internacionales.

Las tendencias de la investigación revelan diversidad en los tipos de investigación y condiciones de desarrollo. La investigación sin financiamiento explícito aporta de manera significativa al campo de la investigación en salud pública en Chile y debe ser más explorada, en cuanto a sus actores relevantes -tanto institucionales como personales- y a las condiciones de realización. Esto significa que en muchos casos esta investigación se hace “a pulso” y es financiada con recursos que no provienen de fuentes formales.

Respecto de su desarrollo, la investigación en salud pública en Chile presenta tendencias opuestas. Por una parte, se observa disminución en el financiamiento y, por otra, un aumento de la producción, especialmente de la investigación original. Cabe preguntarse las características de ese desarrollo en tal escenario. En este contexto, parece conveniente abrir la discusión a nivel institucional, promovida por las universidades, respecto al modelo de país y el rol que corresponde a la investigación en salud. (Solimano y Cols., 2009)

En una investigación llevada a cabo por Maldonado-Rojas (2008) los resultados del estudio realizado en el ámbito del Espacio Europeo de Educación en la adopción de un sistema de titulaciones universitarias fácilmente comparable en toda Europa, demuestra la alta valoración que hacen los estudiantes, con relación a la preferencia por cada una de las metodologías empleadas en módulo de salud pública basado en competencias y las que obtuvieron mayor porcentaje fueron trabajo colaborativo y los talleres.

2.5 La universidad, la formación en investigación y en salud pública

Del Val (2011) dice que la experiencia mundial evidencia que en el nuevo escenario global, la información y el conocimiento corresponden a una poderosa fuente de riqueza y de progreso sostenible. Solamente los países

capaces de hacer del conocimiento, la cultura y el progreso técnico, el sustento de la inclusión social, del bienestar colectivo y el motor de la competitividad económica tendrán viabilidad en el concierto mundial y son los centros de educación superior, los ámbitos en donde se crea y recrea el conocimiento y se traslada en productos, servicios y recursos humanos para desarrollo de las sociedades.

Las universidades, como centros de educación superior, ya sean públicas o privadas, están reconocidas como organizaciones complejas, con objetivos múltiples y ambivalentes en su enseñanza, la investigación y la prestación de servicios. Ahora bien, en este contexto existe en un ambiente de incertidumbre, por lo que requieren nuevos perfiles, reajustes en los modelos de vinculación con la sociedad y el Estado. Las universidades interpretan la práctica social.

Todo lo expuesto evidencia que resulta necesario comprender la relación entre universidad y sociedad, sus diversas manifestaciones y cambios, en tanto esto, permite aprehender el sentido de su actividad social organizada. En los postgrados en salud pública, el modelo de práctica en la gestión de los sistemas y servicios de salud, es probablemente una de las primeras respuestas que se aumentan en el debate sobre lo que adeudan las instituciones universitarias, cuya vinculación se plantea. La intervención de los profesionales egresados de los postgrados en salud pública en su práctica social puede concretarse en espacios sectoriales o extra sectoriales y en diferentes dimensiones. **(Borrel y Rovere, 2004)** Tal puede ser el caso de cualquier programa de postgrado, ya sea éste una Especialidad, Maestría o un Doctorado.

El postgrado, como cualquier actividad de formación avanzada a la que se acceda después de la obtención de un título universitario, tiene como propósito central la preparación de profesionales para la docencia, la investigación, la aplicación tecnológica o el ejercicio especializado de una profesión, en este se incluyen tres niveles de formación: especialización, maestría y doctorado. Este tiene claro que el propósito de las maestrías es brindar conocimientos

avanzados en un campo del saber académico o profesional, el entrenamiento básico en investigación suele acompañar este tipo de programas, particularmente, en las maestrías académicas, en contraste con las Maestrías profesionales o profesionalizantes (en artes), en donde el énfasis es el fortalecimiento y consolidación de las competencias profesionales en un campo del saber. **(Cruz Cardona, 2003)**

Resulta pertinente mencionar que durante la VII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud en Granada, España 2005 y ratificada en 2007 en la IX conferencia realizada en Iquique, Chile, se da la creación de la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje de la Investigación en Salud Pública **(RIMAS, 2009)** que se orienta al desarrollo de los sistemas nacionales de enseñanza e investigación en salud. En la instauración de la red se ha tomado en cuenta el papel de las funciones esenciales de la salud pública que tienen vida desde el año 2000 a partir de las deliberaciones y acuerdos surgidos en la XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública **(OPS-OMS-ALAESP, 2001)**.

El propósito fundamental de la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje de la Investigación en Salud Pública **(RIMAS, 2009)** es fortalecer las capacidades de los Ministerios de Salud en la función de rectorar el aprendizaje de la salud pública e investigación en salud, a partir de la sociabilización de información y el conocimiento producido y reproducido por diferentes iniciativas regionales. Todo esto con el fin de avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el fortalecimiento de las FESP e incorpora como eje los derechos humanos, el derecho universal a la salud, los enfoques de género y etnia, y, la equidad en salud.

El surgimiento de la RIMAS tomó en cuenta una medición que se hizo en 41 país de América Latina de las FESP, **(RIMAS, 2009)** donde se encontró que la función de investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública estaba en un nivel de desempeño muy bajo. Además, otros informes han señalado la importancia de la evidencia científica para que sea utilizada en la elaboración de políticas de salud, por quienes toman las decisiones.

Se resalta la necesidad de formación y capacitación del personal en salud pública, (Borrel y Rovere, 2004) que en los procesos actuales de transformación, exige a los sistemas y servicios de salud y a las instituciones de salud:

- Enfocar con carácter masivo el desarrollo de sus funciones docentes a satisfacer, oportunamente, las urgentes demandas.
- Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad y de la relevancia de los contenidos de formación y capacitación que se brinde en el contexto de la salud pública.
- Considerar la salud pública como campo de conocimiento interdisciplinario, que por su naturaleza, exige de una estrecha vinculación de los aspectos de docencia e investigación en la dimensión académica, con aquellos relacionados con la práctica profesional.

3. Centralización, descentralización, desconcentración y regionalización para la educación de postgrado

La Ley General de Descentralización en Guatemala, (Guatemala, 2002) en el artículo 2, expresa el concepto de Descentralización de la siguiente manera: Se entiende por descentralización el proceso mediante el cual se transfiere desde el Organismo Ejecutivo a las municipalidades y demás instituciones del Estado, y, a las comunidades organizadas legalmente, con participación de las municipalidades, el poder de decisión, la titularidad de la competencia, las funciones, los recursos de financiamiento para la aplicación de las políticas públicas nacionales, a través de la implementación de políticas municipales y locales en el marco de la más amplia participación de los ciudadanos, en la administración pública, priorización y ejecución de obras, organización y prestación de servicios públicos así como el ejercicio del control social sobre la gestión gubernamental y el uso de los recursos del Estado.

La Ley de Regionalización (Guatemala, 1986) emitida en 1986 en Guatemala, indica en sus tres primeros artículos, lo siguiente:

Artículo 1. Con el objeto de descentralizar la administración pública y lograr que las acciones de gobierno se lleven a cabo conforme a las necesidades de la población, se establecen regiones de desarrollo.

Artículo 2. Se entenderá por región la delimitación territorial de uno o más departamentos que reúnan similares condiciones geográficas, económicas y sociales, con el objeto de efectuar acciones de gobierno en las que, junto o subsidiariamente con la administración pública, participen sectores organizados de la población.

Artículo 3. Para el ordenamiento territorial y el funcionamiento de los Consejos Regionales de Desarrollo Urbano y Rural, se establecen ocho regiones, las cuales deben integrarse preferentemente en razón de la interrelación entre centros urbanos y el potencial de desarrollo del territorio circundante, así:

- I. Región Metropolitana: Integrada por el departamento de Guatemala.
- II. Región Norte: Integrada por los departamentos de Alta y Baja Verapaz.
- III. Región Nororiente: Integrada por los departamentos de Izabal, Chiquimula, Zacapa y el Progreso.
- IV. Región Suroriente: Integrada por los departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa.
- V. Región Central: Integrada por los departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla.
- VI. Región Suroccidente: Integrada por los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Retalhuleu y Suchitepéquez.
- VII. Región Noroccidente: Integrada por los departamentos de Huehuetenango y Quiché.
- VIII. Región Petén: Integrada por el departamento de Petén.

En la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) el proceso de descentralización, en opinión del autor es más acertado considerar que esto es un proceso inicial de desconcentración administrativa, la que se remonta a 1970 con la institucionalización del Centro Universitario de Occidente (CUNOC) en Quetzaltenango, como un organismo regional de educación superior. (Cazali, 2010) Este se consideró un paso importante para iniciar la

descentralización de los servicios universitarios con mayor independencia de la sede central en ciudad Guatemala. Ya en Quezaltenango se tenía una larga tradición de estudios universitarios con el sistema de divisiones académicas que datan desde el siglo XIX”.

La desconcentración de la enseñanza universitaria se continuó en 1975 por medio de la creación de centros regionales en otros sitios del territorio nacional, siendo ellos: Centro universitario norte en Cobán (CUNOR) en 1975; Centro universitario noroccidente en Huehuetenango (CUNOROC) en 1976; Centro universitario oriente en Chiquimula (CUNORI) en 1977, Centro universitario del sur en Escuintla (CUNSUR) en 1977; Centro universitario sur occidente en Mazatenango (CUNSURO) en 1978; y, Centro universitario del mar y agricultura en Monte rico (CEMA) en 1978. Con esto se trató de abrir un nuevo futuro a generaciones jóvenes para la formación de otros campos distintos a los tradicionales y conforme los avances tecnológicos actuales, (Cazali, 2010) y según las condiciones sociodemográficas y económicas de las regiones.

Recientemente se han creado más centros universitarios y en la actualidad la cobertura de la USAC es casi total en el país, ya que existen 22 centros universitarios. (USAC-SEP, 2015) Aun no existen en el departamento de Sacatepéquez. La descentralización es definida por la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) como el proceso de "transferencia de una parte del poder y recursos del Estado Nacional a las instancias del nivel regional o local". Por su parte Uphoff, (FAO, 2006) plantea el tema de la descentralización en 2 dimensiones: localización de la decisión y responsabilidad del decisor. Vale decir, dónde está localizado quien debe tomar la decisión y ante quien responde. Cuando quién debe tomar la decisión está localizado a nivel regional o local, pero sigue respondiendo por el resultado de sus decisiones ante el nivel central se habla de desconcentración o delegación de funciones; mientras que cuando las decisiones se toman a nivel regional o local y se responde ante estos mismos niveles, entonces se habla de devolución, que es la manera más avanzada de descentralización.

Existen diferencias entre Descentralización, Desconcentración, Delegación y Devolución. Por ello, según la FAO, es preciso clarificar la diferencia entre estos procesos a fin de evitar caer en confusiones al implementar la descentralización. Así, la desconcentración consiste en transferir algunas funciones administrativas y/o técnicas a niveles más bajos de administración (regional, provincial o local), pero manteniendo el poder de decisión a nivel central. La delegación de funciones implica el transferir a niveles locales algunas funciones y competencias a niveles más bajos de decisión, pero manteniendo el nivel central un control, aunque sea indirecto sobre ellas. La devolución es el estado más avanzado en el proceso de descentralización, pues, implica la transferencia de funciones y recursos a los niveles más bajos de decisión. Ello requiere el reforzar las competencias a nivel local a fin de que puedan asumir estas nuevas responsabilidades y generar confianzas entre los actores a fin de poder establecer alianzas horizontales que permitan efectuar acciones conjuntas colectivas a nivel local tras un objetivo común (FAO, 2006)

Según Jiménez (1996) “centralización se entiende como la concentración de autoridad en un nivel o ámbito jerárquico particular, con el fin de reunir en una sola persona o cargo el poder de tomar las decisiones más importantes”. Existen ciertas normas en el sector público que deben respetarse y cumplirse entre ellas: “Están la centralización de las decisiones políticas (Estrategias) y la descentralización de las decisiones institucionales”

La desconcentración es un modo de distribución de funciones administrativas a organismos encuadrados dentro de la administración y que no están en la cúspide de la jerarquía administrativa. En otros términos implica la traslación del centro burocrático para lograr una inmediatez respecto de lo administrado o cliente. “En la desconcentración se mantiene la jerarquía con respecto al órgano central y los organismos desconcentrados actúan - jurídicamente hablando - sólo con facultades inherentes al mandato” (Jiménez, 1996)

4. Estrategias y planeación estratégica

Para Schröder (2000) el concepto “estrategia” proviene del campo militar. Es un conjunto de acciones planificadas, sistemáticamente, en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin o misión. Proviene del idioma griego *stratos*, «ejército», y *agein*, «conducir», «guiar». Planificar, estratégicamente, significa analizar y formular de manera previsor y sistemática, comportamientos, objetivos y alternativas de acción, seleccionarlos de una manera óptima y fijar instrucciones para su realización racional. Es obvio que en un arte de planificación tan antiguo como el planeamiento estratégico se hayan desarrollado diferentes métodos, considerados óptimos según sus diversos objetivos. Aferrarse a un método omnipotente sería un capital error de planificación.

Según Mintzberg (Schröder, 2000) existen diez diversas escuelas de pensamiento sobre la elaboración de estrategias, de las cuales tres son prescriptivas, pues intentan describir el camino “correcto” para elaborar una estrategia. Una de ellas es la llamada “escuela de diseño”, que considera la planificación estratégica como un proceso conceptual informal, típico para el tipo de dirigentes pretenciosos; el modelo de esta escuela se llama también SWOT, que significa fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA, en español).

La escuela de planificación recoge este modelo y señala que el proceso es informal, pero que quien preside la conducción juega el papel clave. Si bien estas diferencias parecieran ínfimas, son importantes en el proceso práctico de planificación.

Hay, pues, una gran variedad de métodos para planear una estrategia. Mientras que por ejemplo el FODA se limita, principalmente, a evaluar situaciones y a formular estrategias, el “planeamiento conceptual” profundiza en la evaluación de las estrategias y, sobre todo, en la ejecución y culmina con ayuda de la planificación táctica en los cronogramas y planes de medidas. El “planeamiento conceptual” enfatiza en gran medida la ejecución a través de la planificación del trabajo de relaciones públicas; así, este método resulta, sobre todo, apropiado

para los procesos políticos sociales. Tal y como sucede con el modelo de Sun Tzu, el “planeamiento conceptual” valora mucho la evaluación de las estrategias, la ejecución de las mismas y el control estratégico. (Schröder,2000)

Según Allison, (2005) la dirección estratégica para los servicios de salud incluye un conjunto de planes conceptuales, operativos e indicativos desarrollados por los altos directores de los distintos servicios de salud para sus organizaciones y, por lo tanto, a menudo forma parte del currículo de carreras de pregrado y postgrado para proveedores y administradores de la salud. La estrategia a seguir suele tener vigencia en el medio plazo, usualmente, no más de 5 años.

Para Blanco Restrepo (2006) por lo general y en su forma más simplista, el plan estratégico para los servicios de salud incluye los criterios para la toma de decisiones cotidianas de la organización y, a diferencia de la planificación tradicional, provee el patrón usado para la evaluación de los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzar decisiones acertadas. El proceso de desarrollo de la planificación estratégica está fundamentado en la visión del estado futuro de la organización y su ápice estratégico es su coordinación o su dirección.

La planificación, es un proceso que parte de la descripción y explicación de una realidad determinada por diferentes actores sociales que pertenecen a ella y que logra, a través de acciones de intervención que tienen en cuenta el conflicto y la incertidumbre que la caracterizan, transformar esa realidad y obtener la visión que los actores involucrados desean alcanzar. En la Planificación Estratégica se describen diferentes “Momentos” que, a diferencia de las etapas, se encuentran muy interrelacionados y no tienen un orden consecutivo en el tiempo, pudiéndose retroceder de acuerdo a la situación. No existe uniformidad en todos los autores sobre los momentos de la planificación. Unos describen seis, otros cuatro, aunque en esencia incluyen las mismas actividades. Jonata plantea que son cuatro momentos de la planeación estratégica, aunque a dos de ellos los divide en sub-momentos (Jiménez, 1996), siendo los siguientes:

- Momento explicativo: en este momento, se realiza una evaluación de lo que existe. Incluye dos sub-momentos: el Análisis de la Situación de Salud y la identificación, priorización y explicación de los problemas.
- Momento normativo: en éste se define lo que quiere alcanzar y cómo se pretende hacerlo. Incluye dos sub-momentos: La identificación de la visión, situaciones, objetivo y construcción de escenarios y el diseño de los planes y proyectos de intervención.
- Momento estratégico: en éste se procede a construir la viabilidad a los planes y proyectos diseñados, a partir de la evaluación de las fuerzas actuantes dentro y fuera de la realidad que se desea transformar y que tienen repercusión en el alcance o no de la visión propuesta.
- Momento operacional: en éste se procede a ejecutar lo planificado. En la ejecución, toman crucial importancia los ciclos de información, acción que propicie el sistema de monitoreo y evaluación diseñado, que permiten lograr una retroalimentación adecuada sobre la marcha de las intervenciones y, mediante un adecuado proceso de toma de decisiones, perfeccionar continuamente la planificación.

Como producto del pensamiento estratégico aplicado a la planificación estratégica se debe elaborar un plan de acción estratégico, que es un programa de actuación que consiste en determinar lo que pretendemos conseguir y cómo nos proponemos conseguirlo. Esta programación se plasma en un documento de consenso donde especificamos las grandes decisiones que van a orientar nuestra marcha hacia la gestión excelente. El objetivo del plan es trazar un mapa de la organización, que señale los pasos para alcanzar la visión, convertir los proyectos en acciones donde se identifiquen tendencias, metas, objetivos, reglas, verificación y resultados.

En opinión del autor, la valoración y pertinencia de los dos aspectos conceptuales expresados en párrafos previos sobre desconcentración y planeación estratégica sirven para darle existencia a la vinculación con una instancia académica de formación de recursos que ha acumulado experiencia durante 15 años a nivel de posgrado. Se requiere tener un fundamento científico para proponer una estrategia de desconcentración en el contexto de los centros

regionales universitarios para hacer funcionar los estudios de Maestría en Salud Pública; por lo que se ha diseñado un modelo de planeación y de desconcentración que pueda permitir la finalidad de expansión de dichos estudios en cuatro centros universitarios regionales de la USAC en Guatemala.

5. Modelos de educación, enfoques pedagógicos en educación virtual, constructivismo y competencias

La educación debe replantear sus objetivos, sus metas, sus pedagogías y sus didácticas si quiere cumplir con su misión en el siglo XXI de brindar satisfactorios a las necesidades del hombre (Cardona Ossa, 2010). Por eso es necesario desarrollar el pensamiento crítico y estimular la actitud científica desde la primera escuela y a lo largo de toda su vida educativa.

La educación busca dentro de sus objetivos últimos la formación integral del ser humano, entendido como un ser de necesidades, habilidades y potencialidades. Busca intervenir en las dimensiones cognitivas (conocimientos), axiológica (valores) y motora (habilidades y destrezas), para mejorar la calidad de vida. Cuando se enfoca la Internet desde el punto de vista de su instrumentalización para el aprendizaje, los principios de cinco teorías, Proyecto Zero, Inteligencias Múltiples, Constructivismo, Teoría de la conversación y Teoría del conocimiento situado, parecen particularmente idóneos para fundamentar la instrumentalidad de las nuevas tecnologías para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje.

El conocimiento virtual es aquel que se somete a las leyes de las redes virtuales, lo que significa que se estructura de acuerdo con parámetros de versatilidad, facilidad de acceso, rapidez de descarga y multimediatividad, a lo que se agrega la posibilidad de ser manipulado e interactuado por cualquier usuario remoto.

La teoría del constructivismo y el diseño de entornos de aprendizaje constructivista han suscitado considerable interés según Bodner, 1986; Jonassen, 1991; Duffy y Jonassen, 1992. (Cardona Ossa, 2010) Sigue expresando que según Bodner, el modelo constructivista de conocimiento se puede resumir

en la siguiente frase: el conocimiento es construido en la mente del aprendiz. Desde un punto de vista constructivista, los datos que percibimos con nuestros sentidos y los esquemas cognitivos que utilizamos para explorar esos datos existen en nuestra mente. También expone que Kahn y Friedman proponen que el aprendizaje constructivista se caracteriza por los siguientes principios:

- De la instrucción a la construcción. Aprender significa transformar el conocimiento, implica la experimentación y la resolución de problemas y considera que los errores no son antitéticos del aprendizaje sino, más bien, la base del mismo.
- Del refuerzo al interés. Los estudiantes comprenden mejor cuando están envueltos en tareas y temas que cautivan su atención.
- De la obediencia a la autonomía. Dentro del marco constructivista, la autonomía se desarrolla a través de las interacciones recíprocas a nivel microgenético y se manifiesta por medio de la integración de consideraciones sobre uno mismo, los demás y la sociedad.
- De la coerción a la cooperación. Las relaciones entre alumnos son vitales. A través de ellas, se desarrollan los conceptos de igualdad, justicia y democracia (Piaget, 1932) y progresa el aprendizaje académico.

La internet presenta rasgos de un entorno de aprendizaje constructivo en cuanto permite la puesta en juego de los principios antes apuntados. Es un sistema abierto guiado por el interés, iniciado por el aprendiz e intelectual y, conceptualmente, provocador. La interacción será atractiva en la medida en que el diseño del entorno es percibido como soportador del interés. Una de las principales contribuciones de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), sobre todo, de las redes telemáticas, el modelo de educación virtual es el campo educativo, es cuando abren un abanico de posibilidades en modalidades formativas que pueden situarse, tanto en el ámbito de la educación a distancia, como en el de modalidades de enseñanza presencial. Las posibilidades de las TIC en la educación descansan, tanto o más que en el grado de sofisticación y potencialidad técnica, en el modelo de

aprendizaje en que se inspiran, en la manera de concebir la relación profesor-alumnos y en la manera de entender la enseñanza. (Cardona Ossa, 2010).

En un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), expresa que “La disponibilidad de profesionales competentes en salud pública es la mejor garantía de que las autoridades sanitarias cumplan con sus obligaciones”. Se han implementado dos estrategias de cooperación de la OPS, el Campus Virtual de Salud Pública y la caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública, dando cuenta de que el inconveniente más grave de la región, lejos de ser la escasez numérica de los recursos humanos, es la insuficiente preparación y las escasas competencias que poseían estos recursos. (Suárez, 2013)

Al respecto de las competencias, estas se entienden desde diferentes ángulos. Tobón señala que “las competencias son actuaciones integrales para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas con idoneidad y compromiso ético, movilizando los diferentes saberes: ser, hacer y conocer”. Exigen relacionar, interpretar, interpolar, inferir, inventar: en suma, realizar operaciones mentales complejas...” Cuando se habla de competencias esenciales, expresan las capacidades institucionales necesarias para el ejercicio de las FESP. Según Louro el concepto de competencia tiene diferentes acepciones, pero en general, se refiere a los conocimientos, habilidades, actitudes generales y específicas que permiten diferenciar los niveles de desempeño. (Louro, 2011)

6. La formación de recurso humano en salud, en Guatemala

El sistema de salud en Guatemala está constituido por varios subsistemas, por eso se dice que está segmentado y al interior de cada uno de ellos se dan diversos componentes, por eso, se le da el calificativo de fragmentado. Se compone, principalmente, por el Ministerios de Salud Pública (MSPyAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Sanidad Militar, las organizaciones privadas lucrativas y las organizaciones privadas no lucrativas, las municipalidades, principalmente, aun con esta amplia composición de

instancias que realizan acciones en la atención de las personas no se alcanza la cobertura total de la población, ésta aun es limitada. En los servicios de salud, la autoridad y rectoría la ejecuta el MSPyAS pero carece de la fuerza necesaria para resolver los problemas de salud más urgentes del país. La red de servicios de MSPyAS está organizada en tres niveles, en todos existen problemas de accesibilidad de diferente índole. (Guatemala, 2007)

Un estudio realizado por el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar (URL, 2009), se plantea algunos indicadores de salud relevantes y refleja que la distribución de los recursos humanos en salud por departamentos es inequitativa, ya que los profesionales se concentran en el área metropolitana, ciudades vecinas, como Sacatepéquez o grandes como Quetzaltenango. El patrón de distribución y concentración de los médicos se presenta similar para las enfermeras y odontólogos. En 2009 los médicos registrados llegan a cerca de 14,000, en el Departamento de Guatemala existe una densidad de 30 médicos por 10,000 habitantes, es decir se concentra cerca del 70% de médicos del país, mientras en Quetzaltenango hay 15 médicos y Sacatepéquez cuenta con 10 médicos por cada 10,000 habitantes. Las más bajas densidades de médicos por habitantes se presentan en Quiché, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Petén y Sololá, con menos de 1% de concentración, este panorama es muy similar para los odontólogos y enfermeras.

La investigación la distribución de los recursos humanos en salud, (URL, 2009) destaca que la disponibilidad en Guatemala es escasa y no responde a las necesidades identificadas en el perfil epidemiológico y demográfico del país, que no existe una política de formación de recursos humanos que defina la formación y promoción desde el ángulo de las necesidades de salud. Todo esto justifica que las instituciones educativas de educación superior deben generar procesos de capacitación y formación con diversas modalidades y acordes con las necesidades de Guatemala, que siguen siendo crecientes.

7. La formación de recursos humanos en salud pública en Guatemala

En Guatemala la formación a nivel superior, actualmente, está a cargo de 11 universidades, de ellas la única nacional es la Universidad de San Carlos de Guatemala que cuenta con centros universitarios en casi todo el país, a nivel central cuenta con 9 facultades, 5 escuelas y en el resto del país con centros universitarios regionales y departamentales.

El fin fundamental de la USAC es elevar el nivel espiritual de los habitantes de la República, conservar, promover y difundir la cultura y el saber científico. Contribuye a la realización de la unión de Centro América y para tal fin procura el intercambio académico y todo cuanto tienda a la vinculación espiritual de los pueblos del istmo. La USAC es la única y máxima institución educativa estatal de nivel superior, y, cuenta con un plan estratégico “USAC-2022” aprobado por el Consejo Superior Universitario de la USAC, cuya misión se expresa así: “En su carácter de única universidad estatal le corresponde con exclusividad dirigir, organizar y desarrollar la educación superior del Estado, así como la difusión de la cultura en todas sus manifestaciones; promoverá por todos los medios a su alcance y la investigación en todas las esferas del saber humano y cooperará al estudio y solución de los problemas nacionales”. **(USAC, 2002)**

La Universidad de San Carlos de Guatemala creó en el año 2000 el “Sistema de Estudios de Postgrado” (SEP), cuya visión es la de constituirse en un espacio de formación del más alto nivel. Se encarga de establecer aprobación y control a los diferentes programas académicos de postgrado, al año 2014 se realizan postgrados en diferentes áreas del conocimiento: más de 130 maestrías de ellas 30 en el áreas de la salud y 11 doctorados, de ellos 1 en área de salud, que funcionan en 9 unidades facultativas, 5 escuelas no facultativas y 7 centros universitarios, con el propósito de contribuir a la formación de investigadores, docentes y profesionales con excelencia académica en todo el país. **(USAC, 2014)**

La USAC cuenta con la Facultad de Ciencias Médicas, una de las más prestigiosas del país que se conduce por sus políticas generales aprobadas en octubre de 1999, tiene como propósito expreso: “educar al recurso humano con sólida formación científica, tecnológica, humanística y moral, altamente

capacitado para prevenir la enfermedad, promover y recuperar la salud y optimizar las acciones de rehabilitación, dotados de cualidades de gestión eficaz de la salud y con liderazgo para fungir como un efectivo agente de cambio social”. También es pertinente destacar su misión de: “educar integralmente excelente el recurso humano comprometido con la producción social de la salud, generar y recrear conocimientos que promuevan el desarrollo del país”. (USAC, 1999)

La Facultad de Ciencias Médicas inicia en 1972 los programas de postgrado con la denominada fase IV, con los programas de formación docente, educación continua y de Especialidades Médicas (Alonso, Arias y Salazar, 1993), se pone en vigencia el convenio para realizar que el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP) pueda realizar durante 13 años la Maestría en Salud Pública con énfasis en nutrición materno infantil. Durante el tiempo de vigencia de la fase IV hasta 2008, se realizaron varios cursos de actualización y capacitación en este campo, incluyendo la nueva maestría en Salud Pública que inició en 1996. Actualmente, se cuenta con una Escuela de Estudios de Postgrado que se fundó en el 2008, encargada de la administración académica de todos los programas. Se realizan cursos de postgrado, en 2 especialidades, 29 maestrías, una de ellas es la de Salud Pública, y, se cuenta con el único doctorado, toda su historia, el de Salud Pública, que se fundó en el 2010. (USAC, 2015)

La formación del recurso humano en salud y, particularmente, en salud pública, es base fundamental para lograr cambios favorables en la construcción de la salud pública en cualquier ámbito poblacional. En Guatemala en las dos últimas décadas la USAC ha realizado los esfuerzos necesarios para que la Maestría en Salud Pública esté abierta a la demanda de profesionales nacionales y extranjeros.

En Guatemala hay dos grandes instituciones empleadoras de trabajadores en salud, como lo son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de donde acuden sus profesionales para cursar la maestría, además otros de la misma USAC, y en menor proporción lo hacen el sector privado u organizaciones internacionales.

También han cursado profesionales de procedencia internacional. La USAC en conjunto con otras organizaciones nacionales o internacionales, además de la MSP, se han realizado actividades y programas educativos cortos e intermedios para dotar al sistema de salud de hombres y mujeres que contribuyan a proveer servicios de salud de calidad y en cumplir con las funciones de docencia, investigación y servicio.

Sobre el tema capacitación y formación de recursos humanos en salud pública se pueden mencionar algunos hechos importantes en el país: **(Alonso, Arias y Salazar, 1993; USAC,1993; USAC,1995, USAC, 2008)**. En 1969 la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos inició una transformación de su currículum con la formación de un profesional médico que se ajustará a las necesidades de salud del país, en este sentido su formación estaba al cuidado del individuo, la familia y la comunidad, su incorporación a la realidad nacional y a los servicios de salud. Convenio de cooperación con INCAP en 1970, primer curso intensivo de salud pública para médicos en 1970, programa de adiestramiento básico en salud pública en 1972, curso de administración básica en salud y el curso modular en salud pública en el Instituto de adiestramiento para personal de salud del MSPyAS de 1982 a 1987 En 1974 surge el programa que se denominó “Ejercicio Profesional Supervisado Rural” (EPS), se extendió a todos los departamentos de Guatemala para realizar acciones preventivas en localidades rurales, con las funciones de docencia , servicio e investigación. **(Alonso, Arias y Salazar, 1993)**

En Guatemala se han dado mas antecedentes, antes de 1990 se realizaron iniciativas de capacitación o formación en salud pública en lo que se denominó el Instituto de Adiestramiento para Personal de Salud (INDAPS) y en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), conjuntamente con la USAC, a través de la Facultad de Ciencias Médicas. Para ello funcionó un programa de Maestría en Salud Pública y Materno Infantil, lo que representó construir condiciones para que al inicio de la década de los 90 se realizaran acciones educativas que precedieron a la fundación de la Maestría en Salud Pública en 1996, **(Alonso, Arias y Salazar, 1993)** entre ellas cabe describir las siguientes:

El curso de Capacitación en Epidemiología que se realizó en 1990-1991, con participación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, con cooperación de la (OPS/OMS) con sede en Guatemala, el apoyo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC. Tuvo una duración de 10 meses, con el objetivo de capacitar profesionales en salud pública para que pudieran desarrollar, adecuadamente, funciones de epidemiología a nivel de cada una de las regiones de salud del país, se capacitaron 28 médicos para que se desempeñaran como epidemiólogos en las 24 Áreas de Salud de Guatemala. (De Fernández, 1991). Como resultado de la experiencia de coordinación docente asistencial se incrementó el interés en proponer estudios de postgrado en Salud Pública dentro de la USAC. Esto llevó a que en 1992 se desarrollara la idea de elaborar una propuesta de investigación curricular para establecer los estudios de post grado en Salud Pública y epidemiología. (USAC, 1993)

El curso de Tendencias Actuales en Salud Pública y Epidemiología que se realizó en 1995 y constituía un componente del plan de trabajo que presentó la comisión para el postgrado en Salud Pública y Epidemiología en 1994 y con esto se trató de afianzar el plan de estudios en Salud Pública y Epidemiología que se iniciaría en 1996. (USAC-1993). El curso se realizó con el propósito de actualizar los recursos humanos, que poseían el grado de Maestría en Salud Pública, con el propósito de contribuir a mejorar el desempeño en la asistencia, la investigación, docencia y en la calidad de los servicios de salud del país y sistematizar las actividades y experiencias adquiridas por ellos que fueran insumos útiles al diseño curricular de nuevos de la Maestría en Salud Pública y Epidemiología. Tuvo una duración de 3 meses, se organizó en tres módulos, Análisis de la situación de salud, Vigilancia de la salud y Método epidemiológico. Finalizaron 50 profesionales que fueron tomados en cuenta para impartir docencia en el programa de Maestría en salud pública que se iniciaría en 1996 (USAC-1993).

Dentro de otras experiencias nacionales, se pueden destacar que en la década de los noventa, se realizaron algunos cursos o programas de postgrado, con modalidad a distancia, entre los principales están: capacitación en

Epidemiología, en 1992, curso de Epidemiología Básica, en 1995; curso de Salud de la Niñez en 1998 y curso de Salud de la Mujer en 1999. En el año de 1996 se inició el programa de Maestría de Salud Pública en Guatemala en la Universidad de San Carlos, con el propósito de contribuir al desarrollo y consolidación de los procesos de paz, integración económica y social y la gestión estratégica en salud, mediante la formación de profesionales especializados en la conducción del proceso de producción social de la salud, a fin de mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población. (USAC, 1995).

En 1999 se establecieron las nuevas Políticas de Desarrollo de la Facultad de Ciencias Médicas lo que permite mayor campo de acción en programas de postgrado, en investigación, en diversos tipos de recursos humanos para la salud en Guatemala. (USAC, 2000). En 2000 se inició el programa de extensión académica de Especialidades Médicas de Fase IV de Ciencias Médicas en la USAC, que fortalece los servicios de salud de casi todos los departamentos del país. (USAC, 2000)

En 2010 se aprueba el Doctorado en Salud Pública y se inaugura en 2011, lo que constituyó un desarrollo significativo para aquellos profesionales egresados de la Maestría en salud pública, con el objetivo de formar investigadores en este campo. (USAC, 2011)

Desde la opinión del autor, con la formación del recurso humano que se ha venido logrado durante los últimos 20 años, su incremento en número y niveles de formación que aporta la USAC, se constituye parte del capital humano del que dispondría la salud pública en Guatemala.

8. Programas de Postgrado de Salud Pública en la USAC

- **La Maestría en Salud Pública** es un programa de grado, con las características siguientes:
 - **Propósito:** contribuir con la formación de profesionales que se constituyan como agentes de cambio social y apoyen el desarrollo de la salud pública en Guatemala, con una sólida capacidad científico-tecnológica, epidemiológica, humanística, ética, moral y ambiental,

altamente capacitados para promocionar y educar en salud, que se desempeñen, competentemente, en los ámbitos comunitario, nacional y regional;

- **Objetivos:** formar Maestros y Maestras en Salud Pública, con alto grado de competencia para que utilicen con propiedad el conocimiento existente, realicen investigación con calidad, innoven la docencia y la gestión en salud, actúen con ética y humanismo dentro de un contexto socio epidemiológico cambiante, manifiesten espíritu de autoformación y renovación continua y enfrenten, adecuadamente, los problemas y necesidades de salud de la población guatemalteca y de la región centroamericana y contribuir a crear espacios de estudio, reflexión, análisis crítico y de propuestas de solución de situaciones o problemas de salud pública de importancia nacional y regional;
- **Diseño curricular:** está basado en el enfoque metodológico de competencias profesionales integradas, con fundamento de la teoría educativa cognitiva y en las corrientes constructivista y construccionista;
- **Plan de estudios:** presenta los componentes de formación general en salud pública y énfasis o especialidad, que se realizan durante cuatro ciclos académicos semestrales. El programa está organizado en siete áreas: Investigación, Epidemiología, Promoción y Educación para la salud, Salud Ambiental y Gestión Social de Salud, para la formación general, una sexta área denominada de énfasis puede en Epidemiología, Epidemiología de enfermedades crónicas, Adicciones, Promoción de estilos de vida saludable, Salud ambiental, Gestión del desarrollo, salud y desastres, Gerencia de sistemas y servicios de salud y Gerencia y gestión hospitalaria y la séptima área el Trabajo de Graduación;
- **Tesis de grado:** se realiza durante los cuatro ciclos que comprende el programa, mediante una investigación de nivel congruente con el grado de Maestría, se aborda a través de un seminario-taller longitudinal. Se investiga un problema relevante de Salud Pública que se ubique dentro de

las 7 líneas de investigación que propone el programa. Se realiza un examen privado para defender la tesis y, una vez superado, permite la realización de la graduación. Se presenta un artículo técnico científico para publicar hallazgos significativos de la investigación de tesis.

- **Grado académico:** Concluidos todos los requisitos, satisfactoriamente, se otorga el grado académico de Maestría en Ciencias en Salud Pública, con el énfasis cursado. (USAC,2008)

Este programa ha evolucionado en términos de 15 años, ha sufrido procesos de autoevaluación, mejoramiento curricular y transformación. En 2012 se habían ejecutado 6 cohortes con 122 egresados, de ellos 65 graduados. Esta producción y las condiciones favorables en el contexto de la USAC permitieron que surgiera un desarrollo de nivel con la aprobación del doctorado en Salud Pública en 2010, siendo el primer doctorado en la Facultad de Ciencias Médicas.

➤ **El Doctorado en Salud Pública** es el programa de más alto nivel académico en la Facultad de Ciencias Médicas. Se asienta como una reflexión teórico-metodológica y una práctica científica, lo que da soporte a sus componentes curriculares generales y especiales para el abordaje crítico de este campo multidisciplinario, tiene las características siguientes:

- **Propósito:** consolidar la capacidad de investigación que poseen los participantes, lograr su perfeccionamiento en los principios, metodología y técnicas de investigación para abordar problemas de alta trascendencia y propicia el dominio de elementos imprescindibles para innovar la docencia y la gestión de políticas públicas en materia de salud, siendo requisito de ingreso tener el grado de Maestría en Salud Pública o en disciplinas afines.
- **Objetivos:** dotar de Doctores en el campo de la Salud Pública que diseñen investigación, generen conocimiento teórico y práctico en salud pública, innoven la docencia, se desempeñen en la consultoría y la gestión de políticas de salud, dentro de una concepción multi, inter y transdisciplinaria, y, dotar al país y a la

región centroamericana de investigadores en salud pública que contribuyan al análisis crítico de la situación de salud y al desarrollo de la salud poblacional;

- **Organización curricular:** que incluye áreas. 1. Teórico-metodológica, 2. Técnico-científica, 3. de Comunicación, 4. Educativa y 5. de Investigación de Tesis, las que se realizan en 3 años, con seis ciclos semestrales, que desarrollan en sesiones presenciales mensuales con un máximo de 3 días consecutivos (24 horas efectivas). Se da seguimiento entre sesiones mensuales mediante herramientas de información y comunicación electrónica, guías de trabajo, facilitación y tutoría de profesores nacionales e internacionales con grado de Doctor y experiencia académica en los componentes curriculares y en las 9 líneas de investigación que presenta el programa;

- **Modelo y metodología:** es una combinación en parte academicista y en otra constructivista. La metodología está orientada por objetivos, utilizando bases de la teoría cognitiva y la corriente constructivista, por lo que se usan diversas estrategias de autoaprendizaje, interaprendizaje y socioaprendizaje, propiciando la indagación continua, análisis y elaboración. Los cursos y seminarios se realizan con tutorías grupales e individuales de Doctores en Ciencias, con la finalidad de lograr los productos, elaborar y presentar la tesis doctoral.

- **Líneas de investigación:** se promueve la escogencia de una de las siguientes orientaciones:

1. Modelos de desarrollo, políticas y sistema de salud con equidad;
2. Morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles infecciosas y crónicas no transmisibles;
3. Fenómenos y eventos en salud mental y Adicciones;
4. Género y salud sexual y reproductiva;
5. Promoción y educación para la salud y estilos de vida;
6. Salud ambiental, vulnerabilidad y desastres;
7. Calidad y condiciones de vida;
8. Envejecimiento poblacional, morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas;
9. Seguridad alimentaria y nutricional.

- **Exámenes de grado:** al concluir el tiempo curricular de tres años y los diversos cursos y seminarios se presenta la versión preliminar de la tesis, ésta es aprobada por el tutor. El doctorando se somete al examen de pre defensa que es privado y de la defensa pública. Ya cumplidos los requisitos de graduación se otorga el Grado de Doctor en Salud Pública.

La primera experiencia de Doctorado en Salud Pública se ha desarrollado a lo largo de tres años, durante los cuales se ha realizado una investigación de tesis. Ya en marzo de 2015 se han aprobado 10 tesis en pre defensa y defensa. Esta es primera experiencia en Guatemala y Centro América que contribuye con investigación de alto nivel y aportará Doctores que serán parte de la planta docente en las siguientes promociones y a otros programas de maestría en el ámbito de la salud. En el futuro se visualiza la posibilidad de la desconcentración del Doctorado a algunos centros regionales de la USAC.

Para hacer efectivo el doctorado en 2009 se estableció relación con la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP) mediante una carta de intención y el plan de trabajo “La Habana” por un periodo de 5 años, que en 2012 se fortaleció a través de un contrato de prestación de servicios académicos firmado entre la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos S.A. del Ministerio de Salud de ese país y la Universidad de San Carlos de Guatemala a través de la Facultad de Ciencias Médicas, cuya vigencia se extiende hasta el año 2018 para desarrollar el programa de Doctorado en Salud Pública, al menos en dos cohortes. Se dispone de una planta de 20 profesores de la ENSAP-Cuba, todos con grado de Doctor en Ciencias de la Salud y experiencia en investigación y publicación en las 9 líneas de investigación del doctorado, que fungen como profesores y tutores. Además se dispone de 5 profesores de la USAC e instituciones académicas de Guatemala, y otros invitados internacionales por el apoyo que ofrece la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins de USA. En la medida que se avance se irá incrementando el acompañamiento a otras instituciones internacionales de prestigio reconocido.

El Doctorado en Salud Pública es la evolución que han tenido los estudios de Maestría en Salud Pública, es un desarrollo de ella, involucra la participación y seguimiento de sus graduados, sin dejar de lado la aceptación que se puede tener para graduados de otras instituciones nacionales o internacionales en este campo.

A criterio del autor el programa de Doctorado en Salud Pública contribuirá a la continuidad y profundización de los estudios de investigación que fueron desarrollados en la maestría, con ello se logra el propósito de este programa y se fortalecen los estudios de postgrado para extenderlos a los centros regionales de la USAC en todo el país, esta puede ser una acción que contribuya e incida en el mejoramiento de la salud en Guatemala.

Conclusiones del capítulo

La Salud Pública se percibe como un campo multidisciplinario que ha venido evolucionando en el correr del tiempo, hoy se aborda integrando a sus funciones el pensamiento que desde la medicina social han contribuido a su desarrollo. En el ámbito latinoamericana la medicina social aporta a la salud pública las reflexiones de sus connotados exponentes. La OPS ha jugado un significativo papel para redefinir hacia donde se dirige la salud pública como una acción del Estado, ello incluye en la actualidad el modelo de las Once Funciones Esenciales, que en la medida que se pongan en práctica fortalecen el desempeño de los sistemas de salud, por tanto se vinculan al desarrollo de recursos humanos, la educación en salud pública, y a las Escuelas y programas de postgrado, lo que ha movido a que la asociación latinoamericana de escuelas y programas de salud pública se haya visto comprometida a participar en enfrentar los distintos desafío que tienen las sociedades y los sistemas de salud para desempeñarse acertadamente.

La formación de recurso humano en salud pública en el ámbito internacional está dada por el aporte de diferentes escuelas y programas de maestría y doctorado que en la actualidad funcionan en el mundo. En Latinoamérica se

destacan antecedentes como la Escuela de Salud Pública de Sao Pablo y México, que han funcionado en el marco de acción de los ministerios de salud, en algunos países en las secretarías de salud y otros en universidades y han contribuido a la formación e investigación en salud pública.

Es en las instituciones docentes donde se reconocen los modelos de educación para la formación de recursos humanos, en Guatemala y en muchos otros países de Latinoamérica se requiere de programas de postgrado, particularmente en salud pública en diferentes modalidades y mas cerca de las poblaciones que demandas estos estudios. La USAC pueda hacer llegar a las distintas regiones del país proceso de desconcentración estratégicamente planificados, particularmente en salud pública, la con finalidad de lograr impacto en la salud de la población.

Capítulo 2. MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presentan los elementos metodológicos empleados para lograr los objetivos planteados por el investigador.

2.1 Contexto de la investigación

Esta investigación se realizó en la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), única institución pública que tiene la responsabilidad de formar profesionales con educación superior, con más de 330 años de constituida, ha servido al país y a otros países de la región latinoamericana. En el año 2014 ha inscrito cerca de 195,000 estudiantes, que representan el 70% de toda la población universitaria de Guatemala, con 62% de matriculación en la sede central de ciudad Guatemala en 10 facultades y seis escuelas, y 38% en 20 centros universitarios, de los cuales ocho centros cuentan con nivel de estudios de postgrado.

La Facultad de Ciencias Médicas es una de las principales facultades de la USAC, tiene programas de postgrado que iniciaron en 1972 en Formación docente, Educación continua y de Especialidades médicas. Cuenta con la Escuela de Estudios de Postgrado que se fundó en el 2008, encargada de la administración académica de todos los programas. Se realizan diversos cursos de postgrado, 2 especialidades, 29 maestrías, una de ellas es la de Salud Pública, y se cuenta con el primer doctorado, el de Salud Pública, fundado en el 2010.

2.2 Diseño general del estudio

Por la naturaleza y las condiciones en las que se ha concebido el problema se apoya la investigación en una primera etapa con un estudio descriptivo, donde se ha recogido información de registros, de los sujetos investigados y una segunda etapa para desarrollar una estrategia de desconcentración, por eso se adopta el tipo de estudio de desarrollo tecnológico. Para la recolección de la información se han combinado técnicas cuantitativas y cualitativas.

El estudio fue organizado en dos etapas que han permitido alcanzar los objetivos de la investigación.

2.2.1 Primera etapa. Estudio descriptivo

Permitió obtener datos de los graduados y no graduados, coordinadores y profesores de la Maestría en Salud Pública, sus experiencias y desempeño, con los instrumentos elaborados y validados por el autor mediante evaluación de contenido por cuatro expertos y una prueba piloto. (Anexos 2 al 6) En esta etapa se realizó:

- Revisión de documentos de los registros y archivos del Programa de Maestría en Salud Pública relacionados con los egresados Graduados y con los egresados NO graduados, y, sobre aspectos particulares de la evolución del Programa de Maestría desde su inicio en 1996 hasta el año 2012 (Anexo 2);
- Aplicación de cuestionario estructurado a coordinadores del programa (Anexo 3), a profesores de la Maestría en Salud Pública que formaron el claustro permanente en los últimos 7 años de 2006 a 2012 (Anexo 4), a los graduados que aparecen registrados de las seis cohortes de 1996 a 2012 (Anexo 5) y a los egresados no graduados o cursantes que finalizaron el programa académico y que no realizaron el examen de grado, de las seis cohortes mencionadas (Anexo 6).

Con la información obtenida se contó con evidencias para el diagnóstico sobre la situación y desempeño de los egresados y de las condiciones en las que se desarrolló el programa de la Maestría en Salud Pública (MSP) y la evolución del programa en el periodo antes indicado.

2.2.2 Segunda etapa. Estudio de desarrollo tecnológico

Consistió en un tipo de investigación de desarrollo tecnológico, (Núñez Sellés, 2010) porque le permite a una organización establecer su estrategia para poder acceder, finalmente, a la práctica social en términos de productos, tecnologías y servicios para la salud. Se procedió a la recolección de información de sujetos investigados sobre la realidad en la cual viven y se proyectan, y, se diseña la estrategia como producto del estudio que se

fundamenta en los procedimientos de la planificación estratégica, para ello se procedió de la siguiente manera:

- Con la técnica de lluvia de ideas de los actores involucrados en cada uno de los cuatro Centros Regionales se procedió al trabajo en pequeños grupos que facilitó el surgimiento de ideas sobre el tema que se propuso y se estimuló a generar nuevas ideas originales en un ambiente relajado, se trabajó con diferentes autoridades administrativas y docentes: directores de los centros regionales de la USAC, coordinadores de postgrado, coordinador de la carreras de medicina, coordinador de investigación o del área curricular de salud pública en la carrera de medicina, directores de las áreas de salud, el epidemiólogo del área de salud y la directora de la Escuela de Enfermería, con el propósito de iniciar el proceso de caracterización de la situación en cada centro universitario y la finalidad de proponer pautas para elaborar una propuesta de estrategia de desconcentración de la MSP (**Anexos 7, 8 y 9**);
- Entrevistas a profundidad a dos profesionales que laboran en los cuatro centros con la intención de identificar otras condiciones que se tomaron en consideración para la caracterización de cada una de estas sedes que contribuyeron con la elaboración de la estrategia de desconcentración de la MSP. (**Anexo 8 y 10**).
- El autor realizó un trabajo basado en los campos de fuerzas internas (Fortalezas y Debilidades) y externas (Oportunidades y Amenazas) identificados y se agruparon las comunes y diferentes de cada centro, para exponer un campo de fuerzas (FODA) general. (**Anexo 7**)
- Validación de la propuesta con 10 expertos nacionales e internacionales, seleccionados por conveniencia, dada la posibilidad de localización a través de consulta electrónica se presentó a los expertos la propuesta inicial de estrategia para su evaluación, comentarios y aportes de la misma, a través de la técnica Delphi. Los expertos cumplieron con los siguientes criterios:
 - conocedor de planificación estratégica, investigaciones y/o programas académicos;

- participar cinco o más años en elaboración o asesoría de estrategias de desconcentración, extensión de estudios de postgrado, investigaciones y/o programas académicos;
 - con interés de participar en el estudio;
 - que no presenten conflictos de intereses con relación al tema en consulta o a la presente investigación;
- El investigador preparó la versión definitiva del diseño de la Estrategia de desconcentración;
- La Estrategia de desconcentración se incluyó entre uno de los resultados esenciales del estudio.

En la figura 1 se esquematiza parte de la metodología del estudio realizado.

Figura 1. Esquema de la metodología: Técnicas cuantitativas y cualitativas, instrumentos y procedimientos utilizados para trabajo de campo.



2.3 Universo de estudio

Se estudió una población en su totalidad constituida por los 65 graduados, otra con 57 no graduados, una tercera de seis profesores titulares del programa

de MSP, un coordinador de Maestría en Salud Pública y 20 profesionales con calidad de directivos, académicos y administrativos de la siguiente manera: cinco autoridades docentes de la FCM de la USAC y el resto de los cuatro Centros Regionales.

2.4. Aspectos éticos

Para la obtención de los datos e información necesaria de los graduados y no graduados de la MSP, profesores y otros participantes y la revisión de los documentos antes mencionados, se cumplió con los procedimientos de protección y manejo ético en la planificación y ejecución de la investigación. Fue requerida la autorización para realizar la investigación a la Escuela de Estudios de Postgrados de la FCM de la Universidad de San Carlos, siendo otorgada por su director.

Se presentó a cada participante un documento de Consentimiento Informado, en donde se comunicó de qué, por qué y para qué se realiza el estudio y se planteó la libertad de aceptar o rechazar su participación en la investigación. Se apuntó sobre la confidencialidad, veracidad de la información, uso reservado de la misma y se solicitó la anotación del nombre y/o firma de anuencia. La investigación realizada se clasifica como sin riesgo. **(Anexo 1)**.

Se realizará comunicación de los resultados de la investigación a las personas investigadas, a las instancias involucradas, a las autoridades universitarias y de salud pública, con la finalidad de transferir información y sensibilizarlos para aprovechar la información en beneficio socioeducativo.

2.5 Enfoque cuantitativo, se abordaron diferentes tipos de actores y fuentes de información con el uso de técnicas, en tres momentos:

2.5.1 Primer momento.

Consentimiento informado: Se utilizó un documento que detalla los aspectos relevantes del estudio, sus objetivos, lo significativo de la participación, la confidencialidad y la libertad de no participar o retirarse en el momento que el investigado lo considere, sin ninguna implicación en lo personal o académico. **(Anexo 1)**

Cuestionarios estructurados: para auto aplicación, fue de gran utilidad la vía electrónica, por posibilidad de maximizar los resultados en función del tiempo y la necesidad de localizar a cada uno de los participantes, logrando una buena cobertura y aportes de la información requerida. (Anexos 2, 3, 4, 5 y 6)

Los instrumentos fueron evaluados mediante el Método de juicio de expertos, se enviaron a tres profesionales de reconocida trayectoria como investigadores, dos de ellos maestros en Salud Pública y uno en Epidemiología, quienes contaron con información respecto del problema, objetivos y metodología de la investigación y se les solicitó que emitieran su opinión sobre la forma, estructura, contenido, comprensión y opciones de respuesta de los instrumentos indicados, su coherencia, pertinencia y claridad. Cada experto aportó su valoración por separado. El investigador con base en las recomendaciones realizó el análisis de la congruencia y validez de los instrumentos.

2.5.2. Segundo momento

Con la aplicación de una prueba piloto que se realizó en una población o grupo al que no se le aplicó el instrumento elaborado y de una lista de 33 egresados no graduados se escogieron diez.

Se solicitó a dos egresados no graduados de cada una de las seis promociones, dar respuesta al instrumento vía correo electrónico. Se dio espera de ocho días para recibir respuesta, a quienes no respondieron se les hizo un recordatorio por el mismo medio y por teléfono, se recibió el 65% de respuestas de los instrumentos y se identificaron problemas como: pocas instrucciones iniciales para la formulación de algunas preguntas y la entrega de la respuesta, dificultad de responder algunas de ellas, mejorar la redacción de las preguntas, formato más efectivo, espacios para poner las respuestas, agrupar algunas preguntas, que el llenado sea claro, dejar claro que se puede dar más de una respuesta y proponen que se realice una entrevista para otras contribuciones de la Maestría.

Para la confiabilidad se realizó la prueba piloto y se aplicó la Prueba de Alfa de Cronbach para determinar la homogeneidad de los ítems, con un resultado de magnitud alta de 0.80

Aun con los resultados obtenidos se hicieron las valoraciones y ajustes. Se procedió a la reelaboración de las preguntas y organización del instrumento para su aplicación electrónica; se recurrió a herramientas de Word para elaboración del instrumento y, seguidamente, su envío para su aplicación final a 65 graduados y 57 no graduados.

2.5.2 Tercer momento

Se procedió a la recolección de la información mediante la aplicación de instrumentos a:

Coordinación de la MSP. Se realizó aplicación del instrumento 2 (**Anexo 3**) al coordinador con acceso y revisión de las fuentes documentales del programa de MSP y de la Facultad de Ciencias Médicas por el investigador. La información inicial sirvió para realizar posteriormente una entrevista a profundidad con el objetivo de conocer la opinión sobre las condiciones actuales y futuras de desconcentración y la disposición de participar en la desconcentración, según el instrumento 8 (**Anexo 9**)

Egresados graduados. Se creó una dirección electrónica específica mediante la cual se enviaron y recibieron los cuestionarios para auto aplicación a los 65 graduados, (**Anexo 5**), denominada: tesisdoctoral@gmail.com, también se utilizó para el envío de mensajes de recordatorio sobre la devolución del instrumento auto aplicado durante la primera semana.

En los casos en que no ocurrió respuesta a partir de 72 horas de enviado se les consultó por vía telefónica y, finalmente, a quienes no devolvieron el instrumento se les hizo una visita personal.

Profesores. Se auto aplicó el cuestionario a seis profesores, (**Anexo 4**)

Egresados no graduados. Por último, se aplicó cuestionario a los egresados no graduados (**Anexo 6**)

Para no graduados y profesores se realizó igual procedimiento al descrito en graduados.

2.5.3 Operacionalización de variables

Para describir la evolución histórica y desarrollo del Programa de Maestría de Salud Pública desde 1996 a 2012 e identificar la percepción y el desempeño de los egresados se estudiaron las variables que se operacionalizan a continuación:

Tabla 2. Operacionalización de variables, definiciones, escalas de medición y descripción de los graduados de MSP.

Objetivo 1. Describir la evolución histórica y desarrollo que ha tenido el programa de Maestría en Salud Pública de la USAC de Guatemala de 1996 a 2012.			
Variables	Definición de las variables	Escala de clasificación	Descripción
1. Estudiantes que Finalizaron	Los alumnos inscritos al final de la cohorte.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010	El número de estudiantes que están registrados con la condición de permanencia en el programa de Maestría al final de cada cohorte.
2. Énfasis o Especialidad	Profundización de los estudios	1. Epidemiología 2. Gestión social de salud 3. Salud ambiental	Uno de los tres estudios avanzados de especialización.
3. Estudiantes matriculados	Los alumnos inscritos al inicio de la cohorte.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010	El número de estudiantes que está registrado con la condición de inscrito en el programa de Maestría al inicio de cada cohorte.
4. Estudiantes retirados	Los alumnos inscritos que abandonan por diversos motivos.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010	El nombre y número registrados con la condición de retirado del programa de Maestría al final de cada semestre en cada cohorte.
5. Egresados graduados	Los alumnos inscritos que cumplen los requisitos para obtener el grado	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010	El número que está registrado con la condición de graduado en el programa de Maestría al final de cada cohorte.
6. Egresados No graduados	Los alumnos inscritos que no cumplen los requisitos para obtener el grado.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010	El nombre o número registrado con la condición de pendiente de graduación en el programa de Maestría en cada cohorte.

Tabla 3. Operacionalización de variables, definiciones, escalas de medición y descripción de la Coordinación de MSP

Objetivo 1. Describir la evolución histórica y desarrollo que ha tenido el programa de Maestría en Salud Pública de la USAC de Guatemala de 1996 a 2012.			
Variables	Definición de la variable	Escala de clasificación	Descripción
1. Cursantes al inicio de la Escolarización.	Los alumnos inscritos al inicio de la cohorte.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	Corresponde al número de cursantes que iniciaron el programa en cada promoción.
2. Cursantes que concluyen escolarización	Los alumnos inscritos al final de la cohorte	1ra. 1996-1997, 2da. 1997-1999, 3ra. 2001-2002, 4ta. 2003-2004, 5ta. 2007-2008, 6ta. 2009-2010.	Corresponde al número de cursantes que finalizaron el tiempo curricular del programa de maestría en cada promoción.
3. Graduados	Alumnos inscritos que finalizan el tiempo curricular y cumplen requisitos de graduación.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	Corresponde al número de cursantes que culminaron y se graduaron en cada promoción.
4. No Graduados	Los alumnos inscritos que finalizan el tiempo curricular pero no cumplen requisitos para la graduación.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	Corresponde al número de cursantes que culminaron y no se graduaron en cada promoción.
5. Profesores por promoción	Docentes responsables de las actividades en cada cohorte.	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	Corresponde al número de profesores que laboraron el programa en cada promoción.
6. Profesores por sexo	Mujeres y hombres responsables de la docencia en el programa de MSP	1. Hombres 2. Mujeres	Corresponde al número de profesores que han laborado el programa en cada promoción según sexo masculino o femenino

7. Profesores por niveles de formación	Docentes responsables de las actividades en cada cohorte con sus niveles de formación académica.	1. Licenciatura 2. Especialidad 3. Maestría 4. Doctorado, 5. Posdoctorado, 6. Otro:_____	Corresponde al número de profesores que laboraron el programa, según nivel de formación que poseían, desde 2007.
8. Autoevaluación del programa	Proceso de evaluación interna en la MSP	1. SI 2. NO	Alguna autoevaluación realizada el tiempo de vigencia de la Maestría.
9. Evaluación externa	Proceso de evaluación por expertos fuera de la MSP	3. SI 4. NO	Evaluación realizada por organización externa, en el tiempo de vigencia de la Maestría.
10. Acreditación o certificación	Reconocimiento de la calidad o excelencia académica de la MSP	1. SI 2. NO	Certificación realizada por organización externa, en el tiempo de vigencia de la Maestría.
11. Origen de la institución Certificadora	Procedencia de la instancia que da el reconocimiento de la calidad.	1. Nacional, 2. Americana 3. USA 4. Europea 5. Otra:_____	Procedencia de la acreditación obtenida de organización externa, en el tiempo de vigencia de la Maestría.
12. Reconocimientos	Premios o distinciones que ha recibido la MSP	1. SI 2. NO	Tener reconocimiento nacional o internacional en el tiempo de vigencia de la Maestría.
13. Niveles de formación	Estudios realizado por los profesores de la MSP	1 Capacitaciones 2 Diplomados, 3 Especializaciones 4 Otros:_____	Requisitos de ingreso establecido previos a iniciar los estudios de Maestría.
14. Categoría académica	Tipo de grado científico alcanzando	1 SI 2 NO	Haber establecido un nivel de formación con grado científico.
15. Niveles de formación avanzados	Diversos estudios establecidos.	1. Doctorados, 2. Posdoctorados 3. Escuela de Salud Pública 4. Otro:_____	Haber establecido un nivel o instancia de formación superior a la Maestría.

Tabla 4. Operacionalización de variables, definiciones, escalas de medición y descripción de los profesores de MSP.

Objetivo 1. Describir la evolución histórica y desarrollo que ha tenido el programa de Maestría en Salud Pública de la USAC de Guatemala de 1996 a 2012.			
Variables	Definición de las variables	Escala de clasificación	Descripción
1. Tiempo de labor	El periodo que ha durado en el trabajo	1. En años y meses cumplidos.	Corresponde a los años y meses cumplidos de ejercicio docente.
2. Promoción (es) de ejerció docente	Las cohortes o programas donde ejerció su trabajo	1. 1996-1997, 2. 1997-1999, 3. 2001-2002 4. 2003-2004, 5. 2007-2008 6. 2009-2010	Grupos de cursantes que atendió cuando realizaron el programa de Maestría
3. Nivel de formación	Los estudios sistemáticos o escolares realizados	1. Licenciatura, 2. Especialidad, 3. Maestría, 4. Doctorado, 5. Posdoctorado, 6. Otro: _____	Formación básica o de especialización que posee el profesor para cumplir con la responsabilidad, donde ha venido realizado el trabajo.
4. Importancia de participar en la formación	Valor que otorga el formar maestros	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	Se refiere a valorar la importancia que como maestro tiene en participar en el desempeño como profesional de los estudiantes.
5. Formación para el desempeño profesional	Valor que otorga el formar maestros en lo profesional	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	Se refiere a valorar la importancia que tiene la Maestría en su desempeño como profesional de los cursantes.
6. Formación para desempeño Intelectual	Valor que otorga formar maestros en lo intelectual	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	Se refiere a valorar la importancia que para el graduado ha tenido la Maestría en su desempeño intelectual, en escala ascendente.
7. Formación para prestigio profesional	Valor que otorga el formar maestros con prestigio	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	Se refiere a valorar la importancia que para el graduado ha tenido la Maestría en su prestigio profesional, en escala ascendente.

8. Cargos desempeñados	El puesto que ocupa en el trabajo	1. Coordinación, 2. Docencia o profesor, 3. Investigador, 4. Asesor/consultor 5. Otro:_____	El tipo de responsabilidad, función ó puesto, en el lugar o Instituciones donde labora en el presente.
9. Áreas de desempeño	Disciplinas donde realizan el trabajo	1. Investigación 2. Epidemiología 3. Ambiente 4. Promoción de la Salud 5. Administración o gestión en salud 6. Otra:_____	El tipo de responsabilidad, función ó puesto, en el lugar o Instituciones donde trabaja en la actualidad.
10. Producción de investigaciones	La elaboración o diseños de estudios de investigación	1. Cero 2. Una, 3. dos, 4. tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más.	El número de investigaciones que en todo su tiempo de profesor ha presentado, que en un período de tiempo específico ha realizado.
11. Investigaciones publicadas	Los diseños de estudios que se editan en revistas u otros medios escritos	1. Cero 2. Una, 3. Dos, 4. Tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más.	El número de investigaciones que en un período de tiempo específico ha publicado, anualmente, en diversos medios como: Revistas, Internet, seminarios, congresos.
12. Instancias de ejercicio docente	Los lugares donde se labora como profesor	1. En la Universidad de San Carlos, especialmente, a la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En otras universidades nacionales, 4. En eventos científicos y académicos diversos, 5. En centros internacionales, 6. Otros:_____	El sitio donde ha realizado como profesor su actividad docente. Los diversos lugares o instituciones donde como profesor ha planificado y ejecutado docencia y academia.
13. Asesor o tutor tesis	La función que desarrolla en apoyar a estudiantes o investigadores inicialistas en los estudios o tesis	1. En la Universidad de San Carlos, especialmente, a la maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros:_____	El sitio donde ha realizado como tutor su actividad docente de asesoría en investigación o tesis.

14. Revisor o examinador de tesis	La función que desarrolla en verificar las investigaciones, los estudios o tesis	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos especialmente a la maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros:_____ 6. En ningún lugar. 	El sitio donde ha realizado como revisor su actividad docente en investigación o tesis. Los diversos lugares o instituciones donde el profesor ha fungido como revisor o examinador en investigaciones.
15. Capacitaciones y actualizaciones	Son las enseñanzas, adiestramientos y aprendizajes que realizan los profesores para estar preparados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferencias, 2. Talleres, 3. Congresos 4. Foros. 5. Cursos 6. Seminarios 7. Especializaciones 8. Otros:_____ 	Se refiere la cantidad y al modelo, clase ó formas en que el graduado ha realizado o participado en tiempo específico en actividades educativas.
16. Producción escrita	Cantidad y tipo de materiales escritos que elabora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Libros, 2. Revistas, 3. Artículos, 4. Documentos de apoyo, 5. Página Web, 6. Otros:_____ 	El tipo de producción escrita que en todo su tiempo de profesor ha publicado en diversas formas.
17. Práctica de funciones esenciales	Es la aplicación en la docencia o en el trabajo de las FESP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud; 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación social en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en Salud pública; 9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectivo; 	Son los desempeños que han tenido en su práctica de la salud pública del país como profesor con involucramiento directo o indirecto

		<p>10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;</p> <p>11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.</p>	
18.Expectativa de desarrollo laboral	Las oportunidades que existen de trabajo futuro	<p>1. Ejercer como Investigador,</p> <p>2. Ser profesor o investigador universitario,</p> <p>3. Practicar como Asesor o consultor nacional,</p> <p>4. Ser Consultor internacional,</p> <p>5. Otro_____</p>	Se refiere a visualizar el futuro de su desempeño y su desarrollo profesional.
19.Expectativa de desarrollo intelectual.	Las oportunidades que existen de formación en niveles superiores o formar parte de instancias científicas	<p>1. Realizar estudios de especialización post Maestría,</p> <p>2. Hacer estudios de doctorado,</p> <p>3. Prepararse para hacer un postdoctorado,</p> <p>4. Pertenecer a una sociedad científica internacional,</p> <p>5. Otro_____</p>	Se refiere a visualizar el futuro de su formación y desarrollo intelectual y académico.

Tabla 5. Operacionalización de variables, definiciones, escalas de medición y descripción de la Egresados graduados y no graduados de MSP.

Objetivo 2. Identificar la percepción que tienen los egresados (graduados y no graduados) de la maestría en Salud Pública sobre su formación, su ejercicio y desempeño profesional.			
Variables	Definición de las variables	Escala de clasificación	Descripción
1. Sexo	Condición biológica y de identidad de la sexualidad de ser hombre o mujer.	<p>1. masculino</p> <p>2. femenino</p>	Condición que distingue al hombre de la mujer
2. Edad al cursar	Los años cumplidos en el año que inicia la cohorte	1. 25,26, 27...73,74, 75.	Corresponde a los años cumplidos cursar la Maestría.
3. Edad actual	Los años cumplidos al realizar la	1. 25,26, 27...73,74, 75.	Corresponde a los años cumplidos

	entrevista		
4. Cohorte o promoción	El grupo al cual pertenece al estudiar la maestría	1. 1ra. 1996-1997 2. 2da. 1997-1999 3. 3ra. 2001-2002 4. 4ta. 2003-2004 5. 5ta. 2007-2008 6. 6ta. 2009-2010	Periodos de dos años cuando los grupos de cursantes realizan el programa de Maestría
5. Desempeño profesional	Valor que otorga al trabajo profesional	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	Se refiere a valorar la importancia que para el graduado ha tenido la Maestría en su desempeño como profesional en escala ascendente.
6. Desempeño Intelectual	Valor que otorga al esfuerzo intelectual	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	Se refiere a valorar la importancia que para el graduado ha tenido la Maestría en su desempeño intelectual, en escala ascendente.
7. Prestigio profesional	Valor que otorga a la autoridad o fama en el campo profesional	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	Se refiere a valorar la importancia que para el graduado ha tenido la Maestría en su prestigio profesional, en escala ascendente.
8. Tiempo de labor	La duración del trabajo	1,2,3,.....19,20. 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12.	Lapso medido en años y meses cumplidos.
9. Trabajo actual	El lugar del puesto en el momento	1. MSPyAS, 2. USAC, 3. IGSS, 4. ONG internacional 5. ONG nacional, 6. Privado Individual, 7. Municipalidad, 8. Otro: _____	El lugar o Instituciones donde se realiza el trabajo en el presente.
10. Cargo actual	El tipo de cargo en el lugar actual	1. En Alta dirección, 2. Dirección general, 3. Coordinación, 4. Técnico, 5. Operativo 6. Docencia, 7. Como Investigador, 8. Otro: _____	El tipo de responsabilidad, función o puesto, en el lugar o Instituciones donde labora en el presente.
11. Cargos ocupados en la Salud Pública Nacional,	Los puestos en la salud pública del país	1. Político, 2. Técnico normativo, 3. Técnico operativo, 4. Operativo 5. Otro:- _____	El tipo de responsabilidad, función o puesto, en Instituciones que corresponden a la Salud Pública de Guatemala.

12. Cargo ocupado en la Salud Pública internacional	Los puestos en la salud pública internacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel Político, 2. Nivel Técnico normativo, 3. Docencia 4. Investigación 5. Otro: _____ 6. Ninguno 	El tipo de responsabilidad, función ó puesto en Instituciones fuera de Guatemala o en el exterior.
13. Producción de investigación total	La elaboración o diseños de estudios de investigación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cero 2. Una, 3. Dos, 4. Tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más. 	La cantidad de investigaciones que en todo su tiempo de graduado ha presentado.
14. Investigaciones publicadas	Los diseños de estudios que se editan en revistas u otros medios escritos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cero 2. Una, 3. Dos, 4. Tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más. 	La cantidad de investigaciones que en todo su tiempo de graduado ha publicado en diversos medios: revistas, internet, seminarios, congresos.
15. Ejercicio de la docencia	Los lugares donde se labora como profesor	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos, especialmente, en la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En eventos científicos y académicos diversos, 5. En centros internacionales, 6. Otros: _____ 7. En ningún lugar. 	Los diversos lugares o instituciones donde el graduado ha planificado y ejecutado docencia y academia.
16. Asesor o tutor tesis	La función que desarrolla en apoyar a estudiantes o investigadores inicialistas en los estudios o tesis	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos, especialmente, en la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros: _____ 6. En ningún lugar. 	Los diversos lugares o instituciones donde el graduado ha realizado apoyo y asesoría en la planificación y ejecución de investigaciones de tesis.

17. Revisor o examinador de tesis	La función que desarrolla en verificar las investigaciones, los estudios o tesis	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos especialmente a la maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros:_____ 6. En ningún lugar. 	Los diversos lugares o instituciones donde el graduado ha fungido como revisor o examinador en investigaciones de tesis.
18. Capacitaciones y actualizaciones	Son las enseñanzas, adiestramientos, y aprendizajes que realizan los profesores para estar preparados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferencias, 2. Talleres, 3. Congresos 4. Foros. 5. Cursos 6. Seminarios 7. Especializaciones, 8. Otros:_____ 	Se refiere a la cantidad y al modelo, clase o formas en que el graduado ha realizado o participado en tiempo específico en actividades educativas.
19. Producción escrita	Cantidad y tipo de materiales escritos que elabora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Libros, 2. Revistas, 3. Artículos, 4. Documentos de apoyo 5. Pagina Web 6. Otros:_____ 	La cantidad de producción escrita que en un todo su tiempo de graduado y publicada en diversas formas.
20. Funciones esenciales	Es la aplicación, la práctica o desempeño de las FESP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud; 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación social en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en Salud pública; 	Son los desempeños que han tenido en su práctica de la salud pública del país como graduado con involucramiento directo o indirecto.

		<p>9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos;</p> <p>10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;</p> <p>11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.</p> <p>12. En ninguna función a dado contribución.</p>	
21.Expectativa de desarrollo laboral	Las oportunidades que existen de trabajo futuro	<p>1. Ejercer como Investigador,</p> <p>2. Ser profesor o investigador universitario.</p> <p>3. Practicar como Asesor o consultor nacional.</p> <p>4. Ser Consultor internacional,</p> <p>5. Ser autoridad política en salud.</p> <p>6. Otro._____</p>	Se refiere a visualizar el futuro de su desempeño y su desarrollo profesional.
22.Expectativa de desarrollo Académico	Las oportunidades que existen de formación en niveles superiores o formar parte de instancias científicas	<p>1. Realizar Estudios de especialización Post Maestría,</p> <p>2. Hacer estudios de Doctorado,</p> <p>3. Preparar el camino para realizar estudios de postdoctorado,</p> <p>4. Pertenecer a una sociedad científica internacional.</p> <p>5. Otros:_____</p>	Se refiere a visualizar el futuro de su formación y desarrollo intelectual y académico.

2.5.3. Fuentes de información

➤ Primarias

- Expertos del tema, profesionales con responsabilidad en los Centros regionales universitarios de la USAC como autoridades o coordinadores, profesores especialmente en Salud Pública, autoridades de las áreas de salud de sede de los centros regionales de la USAC.
- Autoridades del centro universitario metropolitano de la Facultad de Ciencias Médicas: Decano, Director de la Escuela de Estudios de

Postgrado, coordinador de especialidades y maestrías, coordinador de la Maestría en Salud Pública.

- Graduados que tenían como mínimo un año de servicio con el grado de Maestría en Salud Pública.
- Egresados no graduados que no han obtenido el grado de Maestría en Salud Pública.
- Profesores laborando en la Maestría en Salud Pública al menos desde el año 2007.

➤ **Secundarias**

- Bibliografía nacional e internacional sobre el tema de investigación, documentos oficiales de la USAC, programas de postgrado de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, archivos, registros, informes y memorias de la maestría en Salud Pública. Expedientes de los graduados, las tesis presentadas en cada cohorte en el periodo 1996- 2012.
- Registros de la maestría en Salud Pública con información relacionada a la graduación, producción científica, resultados de los exámenes privados y públicos, consignada en:
 - ✓ libro de registros de exámenes privados de Maestría en Salud Pública;
 - ✓ libro de registros de exámenes públicos de Maestría en Salud Pública;
 - ✓ libro de registro. Instrumento1.
- Documentos del Programa de Maestría en Salud Pública relacionados con el origen, evolución, planificación, ejecución y resultados de la maestría durante el periodo de estudio.
- Documentos relacionados al tema de la investigación en bibliotecas virtuales por acceso a la internet.

2.5.4 Técnicas de recolección de datos

- **Revisión documental** de registros, informes, memorias, programas, libros y otros documentos del programa de la Maestría en Salud Pública y de la escuela de postgrado y su consignación en cuestionarios de captura;

- **Entrevistas** a los informantes claves en cuatro centros universitarios regionales de la USAC y en las direcciones de áreas de salud de dichos centros;
- **Consultas a expertos**, a autoridades, coordinación y profesores de la Maestría;
- **Uso de cuestionarios** para recolección de la información de la coordinación, profesores, graduados, no graduados y de autoridades de los centros universitarios y facultad de Ciencias Médicas de la USAC

2.5.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- **Base de datos.** Los cuestionarios electrónicos de graduados, de no graduados y de profesores que fueron recibidos por el investigador fueron revisados, se procedió a su limpieza, uno a uno. Ya depurados se trasladaron a otro instrumento elaborado en Google Docs on line, con la dirección Google Drive

Ejemplo: (<https://docs.google.com/forms/d/1vYiDMw4iYw8-9NGA7gk9ccMiLlrJxkA9IQbnunXLKHc/viewform>), y con esto se hizo la base de datos en Excel, que luego se analizó con herramientas del Programa de Estadísticas para las Ciencias Sociales (SPSS);

- **Análisis de datos.** Con la base de datos ya lista se usó el programa de estadísticas de ciencias sociales (SPSS) versión liberada, para obtener estadística descriptiva a todas las variables: frecuencias, porcentajes, cuartiles (percentiles). Se elaboraron tablas simples, cruzadas y gráficas. Se procedió a hacer una tabla de análisis de concordancia de Fleiss (Landis JR,1977)

2.6 Enfoque cualitativo

2.6.1 Tipo de estudio y método

La etapa cualitativa ha tenido un alcance descriptivo e interpretativo. El planteamiento básico de este diseño es que las proposiciones teóricas surgen de la información transmitida por el investigado al investigador. Los

resultados obtenidos al desarrollar los dos primeros objetivos, apoyan la realización de un estudio de desarrollo tecnológico que se logra con los objetivos tres y cuatro.

La información obtenida por la experiencia de los actores claves que se desempeñan en la administración de la formación de recursos humanos y, a la vez, tienen la responsabilidad de la actividad académica en los cuatro Centros Universitarios Regionales: (figura 2)

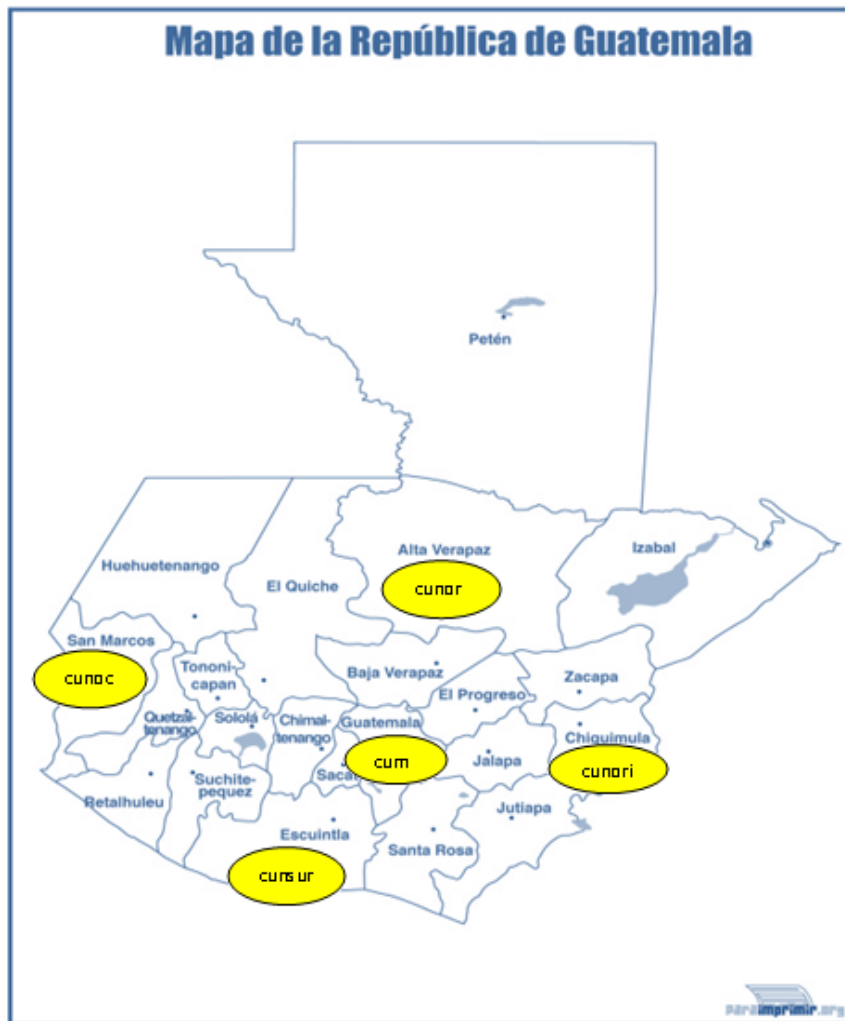
- **CUNOR**, Centro Universitario del Norte, Ciudad de Cobán;
- **CUNORI**, Centro Universitario de Oriente, Ciudad de Chiquimula;
- **CUNSUR**, Centro Universitario del Sur, Ciudad de Escuintla;
- **CUNOC**, Centro Universitario de Occidente, en ciudad de Quetzaltenango.

Estos actores se encuentran en situación favorable y su vinculación a las áreas de salud pública, ha servido para proponer una estrategia de desconcentración regional para avanzar en el desarrollo de la Maestría en Salud Pública con la perspectiva que en otro momento se pueda incluir otros postgrados en el campo de la Salud Pública como es el Doctorado.

Se identificaron los centros universitarios donde confluyen estudiantes por sus accesos geográficos y visa de confluencia y que reúnen dos condiciones más: contar con nivel de postgrados y con la carrera de medicina.

También se han constituido como actores e informantes clave las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas en el Centro Universitario Metropolitano, ciudad Guatemala, sede central del Centro Universitario Metropolitano (CUM-USAC).

Figura 2. Ubicación de los cinco centros universitarios investigados



EL CUM-USAC. Lugar donde, actualmente, se realizan los postgrados de Salud Pública en niveles de especialización, maestría y doctorado, que han logrado creciente desarrollo, desde sus inicios a mediados de la década de los 90. Este centro se ubica en Ciudad Guatemala, es parte de la sede central de USAC. Comprende la Facultad de Ciencias Médicas que incluye una parte de la Escuela de Estudios de Postgrado, y, la Escuela de Psicología. Este centro recibe cerca de 10,000 estudiantes en pre y post grado. El pregrado tiene 475 profesores titulares y 180 interinos y 250 de postgrados. Confluyen en este centro estudiantes que provienen, principalmente, de los departamentos de Sacatepéquez, El Progreso, Chimaltenango y Escuintla, pero al ser la sede central incursionan de todo el país y aun de la región centroamericana.

EL CUNOR. Es el centro universitario del norte, está ubicado en Cobán, Alta Verapaz. Los departamentos de influencia a este centro son: Alta Verapaz, Baja Verapaz y el Progreso, principalmente. Se realizan siete carreras de licenciatura y cuatro Maestrías: educación con orientación en medio-ambiente; en desarrollo rural; en derecho civil y procesal civil y en derecho notarial. Actualmente, se está elaborando el proyecto para la Maestría en Docencia Universitaria.

En el año 2014 el número de estudiantes inscritos en pregrado fué de 4,791, y 80 inscritos en postgrado. El número de profesores titulares e interinos en pregrado es de 39 titulares y 160 interinos. En postgrado 7 profesores interinos.

EL CUNORI, el Centro Universitario del Norte, está ubicada en Chiquimula, Departamento de Chiquimula. Los departamentos de afluencia a este centro son Chiquimula, Zacapa, Jutiapa, Jalapa, El Progreso e Izabal.

Se realizan 14 carreras de licenciatura y los siguientes seis programas de postgrado. El número de estudiantes inscritos en el 2014 en pregrado ha llegado a 4,546 estudiantes y el número de estudiantes inscritos en post grado se sitúa en 116.

El número de profesores titulares e interinos en Pregrado es de 40 Titulares 197 interinos y 5 profesores por contrato, en Post grado hay 30 afiliados.

EL CONSUR. Es el Centro Universitario del Sur. Los departamentos de mayor afluencia a esta sede son: Santa Rosa, Mazatenango, Suchitepéquez, Sacatepéquez, Guatemala y Chimaltenango.

Se realizan ocho carreras de licenciatura y tres programas de postgrado. El número de estudiantes inscritos en el 2014 en pregrado es de 1524 y en postgrado de 12. El número de profesores titulares e interinos en pregrado es de 17 titulares y 75 interinos, en post grado es 04 docentes interinos.

EL CUNOC. Es el Centro Universitario de Occidente. Los departamentos de afluencia a él son: Quetzaltenango, San Marcos, Totonicapán, Sololá, Huehuetenango, El Quiche, Retalhuleu y Suchitepéquez.

El número de carreras de licenciatura es de 18 licenciaturas y 04 profesorados, tiene programas de 15 Maestrías y un Doctorado. La matrícula de estudiantes inscritos en el 2014 en pregrado asciende a un ingreso de unos 3 mil nuevos estudiantes al CUNOC, tiene actualmente alrededor de 15, 000 estudiantes en todas las facultades en jornadas matutina y vespertina. En cuanto a postgrado tiene inscritos en el 2014 alrededor de 1000 cursantes. Los profesores titulares e interinos en pregrado y postgrado ascienden a 150.

2.6.2 Diseño de la estrategia de desconcentración de la MSP

Para alcanzar el objetivo 3, diseñar una estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública se utilizaron los dos primeros momentos de la planificación estratégica que se explican a continuación:

➤ Momento explicativo

Esta dado en parte por la información cuantitativa como resultado de describir la evolución histórica, desarrollo del programa de Maestría, de identificar la percepción que tienen los egresados sobre su formación, su ejercicio y desempeño profesional y la aportada por profesores y autoridades.

En este momento, se caracterizó la situación existente en cuanto a ubicación geográfica y situación demográfica de los cuatro Centros Regionales, según lo descrito en párrafos precedentes, además otra información relacionada con la formación de recursos humanos en salud pública, la factibilidad que existe para realizar la formación de posgraduados en especialmente de la MSP, la disponibilidad de recursos humanos formados en salud pública que existe en la actualidad en cada uno de los centros para desarrollar programas educativos de postgrado en el nivel de Maestría y las características y condiciones de recursos materiales necesarios para el mejor desenvolvimiento del Programa de la MSP.

Se ha utilizó los resultados de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales, autoridades docentes y administrativas de cada centro, se elaboró una tabla con los datos de cada una de las sedes, que aportó información necesaria para realizar posteriormente un trabajo de mesa en que

se agruparon las fuerzas actuantes similares y diferentes con el propósito de obtener una tabla general. La información obtenida, de interpretación subjetiva de los actores se presenta en los **Anexo10 y 11**.

Se definió lo que se quería alcanzar y cómo hacerlo. Incluyó dos sub-momentos: la identificación de pautas para construir la visión, misión, objetivos, escenarios, el diseño del plan operativo y proyecto de intervención. La Visión y la Misión se construyeron en un espacio de reflexión y debate del grupo de trabajo sociabilizándose con los dirigentes de cada sede.

Se realizó un análisis de las fuerzas actuantes dentro y fuera del sector que tenían influencias en el logro de la visión. Para esto se utilizó la llamada **matriz foda**. Este instrumento, permitió utilizar la técnica de análisis de campo de fuerza, sistematizar la búsqueda de alternativas de solución al problema de investigación, y, se consideraron las variantes de combinación de las fuerzas, tanto externas como internas, a la hora de su diseño.

El procedimiento y la aplicación de la técnica en la búsqueda de las alternativas fue el siguiente:

1. **Lluvia de ideas** para la determinación de las fuerzas actuantes: este paso inició el proceso. En él, se seleccionó un grupo compuesto por los 16 participantes de la investigación que tienen conocimiento de las características, tanto del interior de los Centros Regionales Universitarios donde se produce el problema, como del contexto donde se desarrolla el mismo. Una vez reunidos, se seleccionó el facilitador y el registrador y se comenzaron a lanzar las ideas sobre las fuerzas actuantes, tanto en el interior como en el exterior de la sede, pero sin clasificarlas aún. De este ejercicio, salió el primer listado de fuerzas actuantes en relación al problema al que se le busca solución;

2. **Clasificación de las fuerzas** determinadas a través de la lluvia de ideas: en este paso, se procedió a determinar por el mismo grupo anterior, si las fuerzas son internas o externas, positivas o negativas. De este paso se obtuvieron cuatro grupos de fuerzas:

- positivas – internas (Fortalezas)
- negativas– internas (Debilidades)
- positivas -externas (Oportunidades)
- negativas - externas (Amenazas)

3. **Construcción del modelo:** se realizó la colocación de las fuerzas en el modelo conocido como matriz FODA. Este modelo, permitió combinar las fuerzas actuantes, dentro o fuera del sistema, con vistas a buscar diferentes alternativas de solución al problema, que aprovechen las fuerzas positivas y traten de contrarrestar las negativas. Una vez constituido el modelo y seleccionadas las alternativas en consideración, las fuerzas actuantes, se diseñaron, a partir de esas alternativas, las tareas concretas que dan salida a los objetivos propuestos para el proceso de intervención, que no serán implementados en esta investigación. En este momento normativo se obtienen resultados, que se presentan en el capítulo 3.

➤ **Momento estratégico**

Es la construcción de viabilidad al plan diseñado, a partir de la evaluación de las fuerzas actuantes dentro y fuera de la realidad que se desea transformar y que tienen repercusión en el alcance o no de la visión propuesta. El análisis de fuerzas y la Matriz FODA, permitió que se incluyeran acciones con algunos de los factores que podrían obstaculizar el logro de la visión por alcanzar. No obstante, hay que analizar la viabilidad de las acciones:

1. viabilidad política, aquí, se analizó que la estrategia se desarrolle en un contexto sociopolítico en que existe la voluntad política a nivel local para modificar la situación existente para la desconcentración de la MSP, de manera tal que se posee el apoyo para su ejecución;
2. viabilidad técnica, este aspecto contempló el análisis de la capacidad técnica disponible, en recursos humanos y equipos necesarios en cada Centro Regional Universitario para ejecutar las acciones que incluye la estrategia. Se evaluó su posible obtención, por una parte, mediante la participación de profesionales docentes con preparación en esta área del conocimiento de instituciones nacionales y extranjeras.

A partir de los procedimientos antes descritos se logró alcanzar el conocimiento de la situación general de la formación en salud pública en los cuatro Centros Regionales Universitarios y se determinó un conjunto de acciones necesarias a considerar en una estrategia de desconcentración de la MSP en la USAC. En la figura 3, se sintetiza la estrategia. Toda la estrategia se describe en el capítulo 3.

Figura 3. Diseño de la estrategia de desconcentración de MSP-USAC



2.6.3 Validación de la propuesta del Diseño de la estrategia de desconcentración de la MSP.

Se aplicó el Método Delphi (Linstone H.A., Turrof, M., 1975) por su demostrada utilidad para obtener la opinión de expertos, con experiencias diferentes mediante un proceso de comunicación estructurado, siendo una herramienta metodológica significativa para la resolución de problemas, la planeación y el pronóstico. Para la salud pública el uso de este método ha sido muy provechoso, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud lo aplicó en el año 2000 para la determinación de las funciones esenciales de la salud pública.

Se envió a los expertos la propuesta de diseño de la estrategia de desconcentración para su lectura y análisis, además un instrumento de evaluación. En una primera parte se consultó con los autoridades de los cuatro centros universitarios regionales que han dado sus aprobaciones, vía correo electrónico. Expertos nacionales de los centros regionales y del nivel central. En un segundo momento con expertos internacionales en planeación estratégica, sus características principales. Formación en planificación, más de 10 años de trabajo en planeación estratégica, investigadores, profesores, evaluadores de proyectos. Estos expertos revisaron la estrategia, se identificaron en los distintos anexos las barreras, se reflexionó sobre los elementos estructurales del modelo y emitieron su aprobación.

2.6.4 Fuentes de información y participantes en el estudio

Han participado en las entrevistas y talleres 16 actores claves y se procedió de la siguiente manera para dar información sobre:

- Los informantes llenaron una matriz de análisis FODA (**fortalezas-y debilidades**: análisis interno de la institución o instancia o programa y **oportunidades –amenazas**, análisis externo de la institución, instancia o programa).
- Los informantes manifestaron la posición u opinión que tienen con la mayor amplitud posible sobre las siguientes preguntas:
 - ¿Qué necesidades de formación en salud pública se presentan en la región o área que cubre el centro universitario de la USAC?
 - ¿Qué factibilidad existe o se puede construir para responder a los problemas o necesidades de salud de la región o área, para realizar la formación de posgraduados en Salud Pública?
 - ¿Cómo se comporta en la actualidad en esta región o centro universitario la oferta educativa para cubrir estas necesidades de post grados?
 - ¿Cuánta disponibilidad de recurso humano formado en Salud Pública existe en la actualidad en el Centro Regional Universitario o en el área de Salud para desarrollar programas educativos de postgrado en distintos niveles: especialización, maestría o doctorado?

- ¿Qué características o condiciones debe presentar una estrategia para desarrollar programas de postgrado en Salud Pública en su Centro regional?

En un primer momento se trató de entender el propósito de los programas de postgrado en salud pública de la sede central y si se pueden trasladar a otros ámbitos. Se trata de comprender si en el transcurso del tiempo se producirán acciones y prácticas que contribuyan al desarrollo de la salud pública de Guatemala mediante la desconcentración de los programas de postgrado en Salud Pública. Se planteó la construcción de una estrategia de formación de recursos humanos en Salud Pública a partir de utilizar información cuantitativa, documental y opiniones obtenida mediante entrevistas.

Los informantes clave que han participado son: El director del centro universitario, coordinador de los postgrados, coordinador de la carrera de medicina y el director del área de salud o epidemiólogo del área de salud y director a de la Escuela de enfermería, ambos como informantes que emergieron de los anteriores y de la necesidad de ampliar la información.

En un segundo momento se formula una primera propuesta integrada del análisis FODA y de una estrategia elaborada con la facilitación del investigador, la cual ha sido valida por los participantes a través de responder por medios de correo electrónico la propuesta construida, habiendo respondido un cuestionario de evaluación.

2.6.5 Procedimientos e instrumentos

En este componente cualitativo se han realizado varios momentos, cada uno tuvo una finalidad.

- **Primer momento.** A partir del diagnóstico inicial puntualizado con los objetivos 1 y 2, que permitió determinar la necesidad de la desconcentración, se avanzó en diseñar una estrategia para desconcentrar la MSP, vertebrada en información diagnóstica y la participación de otros actores sociales con quienes se programó trabajo con técnicas cualitativas individuales y grupales, mediante entrevistas, talleres locales y herramientas por vía electrónica;

- **Segundo momento.** Se hizo contacto vía telefónica y correo electrónico con los actores participantes, considerándolos con el rol de expertos por su práctica y saber del manejo académico y administrativo de los centros regionales universitarios, su conocimiento del contenido de las estrategias, la factibilidad, oportunidad y pertinencia de desarrollar la idea de desconcentración de la maestría en Salud Pública;
- **Tercer momento.** Se procedió a realizar visitas a los Centros Regionales de la USAC, logrando el acercamiento con los directores de centros regionales de la USAC situados en Alta Verapaz (CUNOR), Escuintla (CUNSUR), Chiquimula (CUNORI) y Quetzaltenango (CUNOC), y directores de las áreas de Salud donde están situados. Seguidamente, con su autorización se extendieron las entrevistas a otros informantes como: coordinador de postgrados, coordinador de las carreras de medicina, coordinador de investigación o salud pública, epidemiólogos del área de salud y directora de las escuelas de enfermería. Se abordó, individualmente, a los actores, en otras circunstancias de forma grupal, se les informó sobre la investigación y la etapa participativa de diseñar una estrategia, pidió su consentimiento y colaboración

Las aplicaciones de los instrumentos en los Centros Universitarios se realizaron a informantes preestablecidos, ocupando 2 días por cada lugar, durante los cuales se conversó y se obtuvo la información verbal, grabada y por escrito. Los instrumentos aplicados fueron los que corresponden a la entrevista en profundidad a informantes clave. (Anexos 7,8,9) El instrumento para elaborar un FODA del centro regional donde labora que se practicó, individualmente por escrito, se planteó de manera verbal y se entregó al investigador, en otros casos por el interés manifestado del entrevistado, sus compromisos y tiempo disponible lo envió por correo electrónico. Se elaboró un FODA de cada centro universitario y uno integrado con las opiniones similares y diferentes y las respuestas de las 5 preguntas generadoras utilizadas en la entrevista;

- **Cuarto momento** Se procedió a transcribir y exponer las principales categorías y códigos que han surgido, con la agrupación de las respuestas de dos maneras: Elaboración del FODA por cada uno de los centros

universitarios y el FODA integrado, y, las condiciones y características de los centros regionales.

Con el procesamiento y los resultados obtenidos se elaboró una propuesta inicial de plan de acción o estrategia para la desconcentración, la cual se reenvió a los participantes para su revisión, comentarios o aceptación.

- Una propuesta de estrategia que se estructura con base en la información del diagnóstico, del análisis FODA y de las condiciones existentes en los centros universitarios, incluyendo el CUM que es el lugar central de donde parte la desconcentración.
- Se evalúa la propuesta de la estrategia por expertos en planificación estratégica y salud pública.
- Se considera validada la propuesta de estrategia, que corresponde al resultado de los objetivo 3 y 4 de esta investigación.

2.7 Alcances de la investigación

- La investigación se fue redefiniendo y enriqueciendo en la medida que avanzó, haciéndose más compleja por las múltiples aportaciones de cursantes del doctorado en las discusiones que se generaron. Los aportes de profesores condujeron a estudiar las necesidades del medio para la formación de recursos humanos que en el futuro produzca impacto en la salud pública nacional y regional.
- Algunos participantes se manifestaron interesados revisar el protocolo para establecer su calidad científica en incorporar algunos cambios, otros cercanos a la dinámica de desarrollo del doctorado han sido incrédulos con este tipo de estudio, y, renuentes a participar como informantes.
- La investigación ha dejado lecciones para fortalecer la cultura de la investigación, sobre todo, en países con mucho subdesarrollo de la ciencia, como es el nuestro, que abren la mente para investigar y ser investigados, para publicar sobre nuestra realidad nacional, social, socio epidemiológica, ambiental y del sistema de salud de manera científica.

Capítulo 3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo aborda los hallazgos identificados con la recolección de la información realizada en el estudio, de acuerdo con los objetivos planteados en orden secuencial, partiendo de la descripción de la evolución del programa de la Maestría en Salud Pública de la FCM de la USAC, que incluye el proceso final de cierre curricular, temáticas y elaboración de tesis, graduación, perfil de ejercicio y desempeño de los egresados graduados y los no graduados; ejercicio docente e investigador de los profesores y la opinión de autoridades de cuatro centros regionales de la USAC en la construcción del análisis FODA, como base para una propuesta de estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública.

La distribución de las personas que participaron en el estudio fue del 78% (51) de egresados graduados, 40% (16) de egresados no graduados y 50% (3) de los profesores del periodo de 1996 a 2012 y 16 profesionales que laboran como autoridades y académicos de cuatro centros regionales de la USAC y direcciones de áreas de salud donde se encuentran situados.

3.1. Evolución histórica del programa de la Maestría de Salud Pública y experiencia de trabajo de 1996 a 2012.

Este epígrafe se inicia haciendo referencia a que los estudios de postgrado en salud pública en Guatemala son relativamente recientes, y, no van más allá de 3 décadas atrás. En los inicios de la década de los 80 se realizó una maestría en salud pública relacionada con énfasis en salud materno infantil, a través del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, (INCAP) y la USAC que no duró más allá del final de esa década. A inicios de los 90s se realizó el curso nacional de postgrado en epidemiología aplicada entre INCAP-USAC-OPS-MSPyAS. En 1995 se da el curso de postgrado en Tendencias actuales de la salud pública y epidemiología a cargo de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, entre los más destacados.

Las experiencias educativas antes apuntadas y otras más en temáticas de la salud pública con participación de INCAP, MSPyAS, OPS y la

USAC, realizada en el primer quinquenio de los 90, han sido la base para la fundación en 1996 de la Maestría en Salud Pública como un programa establecido en la FCM de la USAC.

A partir de la fundación del programa de MSP y después de transcurridos 18 años, se han graduado más de 70 profesionales, en su mayoría médicos y de otras disciplinas como enfermería, odontología, psicología, farmacia y educación. Como resultado de lo anteriormente expuesto, en el 2011 surgió como un desarrollo de los estudios de postgrado en Ciencias Médicas y de la MSP, el Doctorado en Salud Pública con el objetivo de formar investigadores de alto nivel en este campo y con la finalidad de contribuir al desarrollo de la salud en Guatemala y, en la actualidad, está en ejecución su primera cohorte.

La evolución que se ha dado en la USAC en la formación de recursos humanos en Salud Pública ha propiciado que otras universidades privadas en el país establezcan diversos programas de postgrado en este campo y en disciplinas muy importantes como la epidemiología, la administración y la gestión en salud a nivel de especializaciones o Maestrías.

3.2 Caracterización de graduados y las tesis. En los 15 años transcurridos de 1996 a 2012, han culminado seis promociones de la Maestría de Salud Pública (MSP) de donde egresaron 122 profesionales. Al finalizar el año 2012 se graduaron 65 cursantes, algunos finalizaron más allá del tiempo programado, lo que corresponde al 53.3% del total.

La eficiencia terminal global en las seis cohortes es de 35.6%, la mayor se produjo en la cuarta cohorte con 46.7% y la de menor eficiencia en la segunda con 26.8%. También se ha dado un 23.8% de deserción global, hallando que en la segunda y sexta cohorte se encuentran los mayores porcentajes similares de 46.6% y 6.7%, respectivamente. Se ha graduado el 53% de los matriculados, la mayoría dentro del tiempo curricular programado, otros lo realizaron fuera del tiempo establecido y en este caso siendo las promociones 2007-08 y 2009-10 las que han

alcanzado el mayor porcentaje. De los graduados, el 55% son mujeres, y el 45% hombres. Al momento de esta investigación está pendiente de lograr su graduación el 47% de egresados. (Ver tabla 6)

Son diversas las razones por las cuales al 2012 se ha graduado el 53,3%, algunas pueden ser: la preparación recibida, presiones de la familia, presiones del trabajo, compromisos adquiridos, motivación propia, una nueva ubicación o cargo, apoyo del tutor y por disponer de recursos financieros para cumplir con los compromisos finales.

Respecto del 46,7 % de los egresados no graduados las razones más frecuentes que se expresan van en el orden de : no salir preparados, por compromisos de trabajo individual, institucional o privado, no tienen interés o motivación, no tienen el apoyo tutor o asesor, dificultades para solventar los compromisos financieros y/o pagos finales.

En las siguientes tablas se presentan las características de más interés sobre las seis cohortes del periodo de 1996 a 2012.

Tabla 6. Distribución de estudiantes por cohortes, e Indicadores de deserción, graduación y eficiencia terminal del programa de Maestría en Salud Pública, 1996- 2012.*

Cohortes y periodos	Número de estudiantes por condición docente					% de deserción **	% graduados ***	% de Eficiencia Terminal ****
	No. matrícula	No. finalizaron escolaridad	No. retirados	No. graduados	No. no graduados			
1ra.1996-97	25	23	2	12	11	8.0	52.2	44.0
2da. 1997-99	15	8	7	04	4	46.6	50.0	26.8
3ra. 2001-02	30	25	5	13	12	16.6	52.0	43.3
4ta. 2003-04	30	27	3	14	13	10.0	51.9	46.7
5ta. 2007-08	30	23	7	13	10	23.3	56.5	43.3
6ta. 2009-10	30	16	14	09	7	46.7	56.3	30.0
Total	160	122	38	65	57	23.8	53.3	35.6

* Cuadro resumen de tres variables.

** % Deserción= No. retirados/ No. de matriculados

*** % Graduación= No. graduados/ No. estudiantes que finalizaron escolaridad

**** % Eficiencia terminal= No. de graduados/ No. estudiantes matriculados

El porcentaje de deserción mayor se ha presentado en la segunda y sexta cohortes, cerca de la mitad, ha sido mínimo en la 1ra y 5ta. La tasa global de graduación es de 53.3%, valores cercanos se dieron en las 6 cohortes. Pero la eficiencia terminal llegó nada sólo a 35.6%, la más baja se registró en la segunda cohorte. Diversas explicaciones pueden darse, algunas académicas, otras administrativas, personales y laborales.(Tabla 6)

Tabla 7. Distribución de graduados según énfasis o especialidad. Maestría en Salud Pública, 1996-2012.

Énfasis	Frecuencia	Porcentaje
1. Epidemiología	34	52.3
2. Gestión Social de Salud	22	33.8
3. Salud Ambiental	9	13.8
Total	65	100.0

El 52.3 %, es decir, ligeramente por encima de la mitad se han graduado con el énfasis en epidemiología, una tercera parte (33.8%) lo han hecho en gestión social de la salud y el 13.8 % en salud ambiental. Se puede considerar como posibles explicaciones, el auge que ha cobrado la epidemiología, por ello la inclinación a esta disciplina básica de la salud pública, también influyen las funciones del trabajo que realizan estos profesionales al cursar el programa de la MSP, principalmente en epidemiología, en la docencia y la investigación. La inclinación por la gestión es el interés en ejercer responsabilidades de dirección que están relacionadas con la toma de decisiones, de ubicarse en cargos de gerencia y coordinación. Se podría agregar la influencia de quienes tienen a su cargo haber impartido la epidemiología o la gerencia. La salud ambiental sigue ofreciendo buenas expectativas pero el interés aun es bajo, el campo laboral presenta un incipiente crecimiento. (Tabla 7)

Tabla 8. Distribución de graduados, según campos de temas de tesis. Maestría en Salud Pública. 1996-2012

Campos de temas	Frecuencia	Porcentaje
1. Ambiente	5	7.8
2. Epidemiología	29	44.6
3. Gestión Social de Salud	31	47.6
Total	65	100.0

El 47.6%, ha realizado su tesis con temas en el campo de la gestión social de la salud, y, el 44.6% en el campo de la epidemiología y sólo un 7,8% lo hizo en ambiente.

En cuanto a Gestión Social de Salud es conveniente señalar que ésta se encuentra orientada a identificar problemas de los servicios y sistemas de salud, del funcionamiento de los programas, de cobertura y la calidad de la atención y del funcionamiento del sistema de salud en su totalidad, de la política de salud y se le ha agregado lo relacionado con la participación social, razón ésta que puede explicar que se haya investigado más .

Usualmente, se presenta la opción de identificar problemas de la situación de salud de los daños en morbilidad y mortalidad o de los factores de riesgo y eso provoca estudiar la temática de la epidemiología, por eso sobresale su estudio.

En ambiente sigue reducido el interés, tanto en la identificación e investigación de problemas como en las intervenciones. Se sabe de la gran importancia e influencia de este campo en diversos problemas de salud, pero aún no se le pone atención y recursos para investigarlos; de los tres campos fue el de menor inclinación a ser considerado para los trabajos de tesis. (Tabla 8)

Tabla 9. Distribución de graduados según el énfasis de la Maestría y el tema de la tesis. Maestría en Salud Pública. 1996-2012.

Temas de tesis	Énfasis						Total	
	Epidemiología		Gestión Social de Salud		Salud Ambiental			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Epidemiología	<u>19</u>	29	<u>6</u>	9.5	<u>4</u>	9.2	29	45
Gestión de salud	<u>14</u>	21	<u>15</u>	23	<u>2</u>	<u>3</u>	31	48
Ambiente	<u>1</u>	1.5	<u>1</u>	1.5	<u>3</u>	4.6	5	7.7
Total	34	52	22	34	9	14	65	100

El 52% de los graduados han realizado el énfasis en epidemiología y el 45% de los tres énfasis ha realizado su tesis con temas en este campo, se calcula un

29 % de congruencia. El énfasis de Gestión Social de Salud lo ha cometido el 34% de graduados y el 48%, ligeramente, cerca de la mitad de los diferentes énfasis han investigado sobre este campo, la congruencia se da en un 23%. En el caso de salud ambiental, el 14% ha participado en el énfasis de Salud ambiental y el 7.7 % total lo hizo en este tema. (Tabla 9)

Lo esperado en el modelo de la Maestría es que los temas que se identifiquen y después se desarrollen como investigación, al y llegar el último semestre que es el de énfasis, que no exista incongruencia, que se produzca potenciación del campo sobre el cual se profundiza. Por ello, se realizó una prueba de concordancia de dos observadores: con nivel de confianza de 95%, con tres categorías y sin ponderación, habiendo obtenido un acuerdo de 0.7262 de uno esperado de 0.6517, pero la prueba de Kappa fue de 0.2712, con error estándar de 0.1094 y un intervalo de confianza de 0.0568 a 0.4855 y una prueba de significancia de z de 2.7786 con valor p de 0.00055. El análisis, corresponde a la relación entre los temas de tesis y las áreas de la Maestría, el resultado de Kappa es 0.2712, este valor, según la tabla de Fleiss, corresponde a una pobre concordancia. (Biometrics,1977) Es decir, no es consistente el hecho de pertenecer a un área de concentración y hacer la tesis en esa área.

Tabla 10. Distribución de los egresados de MSP según temas de tesis, nivel de realización de la investigación, el enfoque predominante y el tipo de estudio. *

Temas de tesis	Nivel de realización de tesis			Enfoque investigación			Tipo de estudio utilizado				Frecuencia de Temas de tesis	
	Local	Regional	Nacional	Cualitativo	Cuantitativo	Mixto	Descriptivo	Descriptivo transversal	Analítico casos controles	Otros	No.	%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
Participación social	18	1.5	0	9	5	6	11	0	0	9	13	<u>20</u>
Calidad de atención	18	0	0	0	17	1.5	6	3	0	9	12	<u>18</u>
Salud sexual y reproductiva	12	0	1.5	1.5	12	0	6	6	1.5	0	9	<u>14</u>
Mortalidad	11	0	1.5	0	12	1.5	6	5	3	0	8	<u>12</u>
Enfermedades crónicas	8	0	1.5	0	9	0	1.5	6	1.5	0	6	<u>9</u>
Desechos sólidos	6	0	0	1.5	5	0	3	1.5	0	0	4	6
Enfermedades transmisibles	3	1.5		0	5	0	3	1.5	0	0	3	5
Atención del Sistema integral Salud	5	0	0	0	5	0	5	0	0	0	3	5
Accidentes lesiones	3	0	0	0	3	0	3	0	0	0	2	3
Otros	8	0	0	0	8	0	5	3	0	0	5	8
Total	92	3	5	12	80	8	49	26	6	18	65	100

* Cuadro resumen de tres variables: nivel de realización de la tesis, enfoque de investigación y tipo de estudio.

Se desatacan los tres primeros temas: participación social, calidad de la atención y, salud sexual y reproductiva, los que representan el 50% de los problemas investigados. Si se agregan dos temas, tal los casos de la mortalidad y las enfermedades crónicas, se llega aproximadamente 75%, en los primeros cinco temas. El 90% de temas se ha investigado a nivel local, representados en las instituciones, municipios o departamentos de Guatemala, con lo que es una de las limitaciones en cuanto a la investigación de los problemas de salud pública que con el Programa de la maestría pudieran proponerse hacer estudios a nivel regional o nacional. Sería alentador visualizar situaciones que se estudian en términos más amplios de la geografía, la demografía, la cultura, la educación y el desempeño del sistema de salud de Guatemala.

Los enfoques que predominan son cuantitativos con el 80%. Una quinta parte (20%) se distribuyen casi en igual proporción al uso del enfoque cualitativo y mixto.

El 50% de las tesis son estudios puramente descriptivos, es el tipo de estudio que más se realiza; un 25% son estudios descriptivos transversales y en el restante 25% se reportan estudios analíticos de casos y controles, prospectivos y de intervención. Por lo que más se inclinan los investigadores sigue siendo los estudios descriptivos, aun predomina el interés de medir cuantitativamente los fenómenos y los factores relacionados, las explicaciones son puramente derivadas de mediciones estadísticas de probabilidad.

Está surgiendo la apertura para otros tipos de estudios cuantitativos más complejos de tipo analítico observacional, también de intervención y aquellos basados en el estudio de los fenómenos donde se usa enfoque cualitativo. (Tabla 10)

Tabla 11. Distribución de temas de tesis según las cohortes de graduados de MSP.

Temas de tesis	1ra. 1996-97		2da. 1997-99		3ra. 2001-02		4ta. 2003-04		5ta. 2007-08		6ta. 2009-10		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Participación social	<u>3</u>	4.6%	1	1.5%	1	1.5%	1	1.5%	<u>6</u>	9.2%	1	1.5%	13	20
Calidad de atención	0	0.0%	0	0.0%	<u>3</u>	4.6%	0	0.0%	<u>6</u>	9.2%	<u>3</u>	4.6%	12	18
Salud sexual y reproductiva	1	1.5%	0	0.0%	1	1.5%	<u>7</u>	10.8%	0	0.0%	0	0.0%	9	14
Mortalidad	0	0.0%	1	1.5%	2	3.1%	<u>3</u>	4.6%	0	0.0%	2	3.1%	8	12
Enfermedades crónicas	1	1.5%	0	0.0%	1	1.5%	2	3.1%	1	1.5%	1	1.5%	6	9
Desechos sólidos	2	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	1	1.5%	4	6
Enfermedades transmisibles	0	0.0%	0	0.0%	<u>3</u>	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5
Atención del Sistema Integral Salud	1	1.5%	1	1.5%	1	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5
Accidentes lesiones	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	2	3
Otros	4	6.2%	1	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	8
Total de tesis	12	18.5%	4	6.2%	13	20.0%	14	21.5%	13	20.0%	9	13.8%	65	100

En distribución de los primeros cinco temas en las cohortes, observamos que participación social fue la más investigada en la primera y quinta cohortes, seguidamente calidad de la atención en la tercera, quinta y sexta y, salud reproductiva se destaca en la cuarta cohorte. Otros temas con más frecuencia estudiados fueron el de desechos sólidos en la primera, mortalidad en la tercera y quinta y enfermedades crónicas en la cuarta y las enfermedades transmisibles en la tercera. La mayor frecuencia de temas estudiados tiene relación con los principales énfasis cursados: Gestión social de la salud y epidemiología. (Tabla 11).

Tabla 12. Tiempo empleado por los graduados según momentos curriculares finales.

* Momentos curriculares finales	Tiempo en meses			
	Valor mínimo	Valor máximo	Promedio	Desviación estándar
Tiempos entre cierre y examen privado	3.4	156.7	22.4	23.7
Tiempos entre examen privado y examen público de graduación	0.0 (1 a 29 días)	1.6	3.0	3.5
Tiempos entre cierre y examen público de graduación	4.1	160.0	25.4	24.7

* Se refiere al cierre o finalización del programa curricular, al examen privado posterior y al examen público de graduación al final. Entre ellos hay tiempos mínimos que deben de cumplirse por normativo. n= 65 graduados.

Los graduados de las seis promociones emplean 3.4 meses como tiempo mínimo desde el cierre al examen privado, el tiempo máximo es de 23.9 meses y el promedio es de 22 meses. El tiempo mínimo de realizar el examen público posterior a haber realizado el examen privado es de 0 meses completos, oscilando entre 1 y 29 días, el máximo de 3.5 meses y el promedio es de 1.6 meses, y, el tiempo mínimo para realizar el examen público desde el cierre es de 4.1 meses, el máximo de 24.7 meses, y el promedio es de 160.0 meses.

De hecho, se produjeron graduaciones cercanas al momento de cierre, así como exámenes de graduación dentro del primer semestre, lo que indica que sí es posible el éxito inmediato, tanto desde el cursante como desde la administración académica de los programas de postgrado. También se observan tiempos largos para lograr exámenes privados y graduaciones. Aunque el reglamento indica que dos años es un tiempo límite para realizar requisitos de exámenes privados y públicos, muchas veces se considera darle legalidad a más tiempo de vigencia de la presentación de las tesis. (Tabla 12).

3.3 Experiencias desde la coordinación

La información proporcionada por el coordinador también para un período de 15 años hace referencia a que se cumplió con seis cohortes de la MSP, de las cuales egresaron 122 profesionales, de ellos 65 están graduado y 57 no lo han logrado. La indagatoria detecta que el programa de la MSP ha estado constituido por un coordinador, una secretaria y cinco profesores de tiempo completo. Todo el manejo administrativo, la información, los registros, archivos, memorias y documentos históricos son competencia de la secretaria y el coordinador, por lo que se hace un relato de las respuestas consignadas en el instrumento utilizado (Anexo 3), que se describe seguidamente:

Se confirma que el programa de MSP se inició en 1996, en el momento de realizar la investigación se han realizado seis cohortes con aproximadamente 30 cursantes inscritos cada una, y, que han cerrado currículo, según se encuentra reflejado en la tabla 6.

Los grupos, en la medida que se avanza en las cohortes se observa que aumentan el número de cursantes retirados de la MSP y que contribuyó al

porcentaje de deserción, debido a múltiples razones: el calendario establecido en el programa para el cumplimiento de las actividades docentes, le impone una dinámica al cursante que con frecuencia no puede cumplirla y que se contempla en los múltiples compromisos dentro de las actividades presenciales y no presenciales, lo que se descuida, otro elemento es la exigencia de los profesores y de los integrantes de grupos de estudio que ocasionan obligaciones para la entrega de trabajos docentes, las situaciones inesperadas de salud y atrasos en los pagos de la escolarización y matriculación se encuentran entre algunas, pudiera también referirse a los compromisos extraordinarios en los trabajos de los profesionales como asistir a reuniones en el extranjero y, finalmente, el incumplimiento de los requisitos de promoción. Por tanto, la deserción voluntaria u obligada hace que los grupos se vean mermados; en general se ha llegado a producir desde 20 a 30% de deserción a lo largo de cada cohorte.

Han laborado en la MSP de cuatro a cinco profesores de tiempo completo entre titulares e interinos y otros que se contratan para determinados temas. Según sexo, 13 son hombres y 4 mujeres. Clasifican según la categoría ocho titulares, siete interinos, cinco afiliados, y, de acuerdo a los niveles de formación se distribuyeron en: Licenciatura 17, Especialidad 4, Maestría 13, Licenciatura más especialidad 5, Licenciatura más Maestría 4. También han participado profesionales invitados nacionales e internacionales de distintas instituciones como el Ministerio de Salud Pública de Guatemala, la Organización Panamericana de la Salud con sede en Guatemala, de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la USAC, principalmente.

Se ha realizado autoevaluación de la MSP en 2005 con la finalidad de reestructurar el programa de estudio, lograr su mejoramiento continuo y dar una respuesta adecuada a la demanda de formación de recursos humanos, esta reestructuración se logra en el 2007 y en el 2009 se inicia un nuevo plan de estudios de dos años que se realiza en cuatro semestres de 16 semanas cada uno, semi presencial, con enfoque por competencias y metodología basada en el constructivismo. Se aumenta el tiempo en el área de la investigación. Se establece un plan de mejoras y una nueva autoevaluación después de dos

cohortes con el propósito de lograr la acreditación o certificación que hasta al momento no se ha realizado.

Se le han otorgado al Programa de la MSP dos reconocimientos, uno por colaboración con la OPS y otro por la Universidad del Sur de California, USA, por cooperación con sus estudiantes de post grado en Salud Pública Global, en la promoción 2006-2007.

Las labores de los egresados, principalmente, se realizan a nivel de la región Metropolitana en un 50%, en los demás departamentos laboran el 40%, y fuera del país un 10%. En el transcurso de la MSP se ha trabajado en el desarrollo de capacitaciones y actualizaciones en niveles como especializaciones disciplinas de la salud pública o superiores a la Maestría, por lo que se ha contribuido con la experiencia en la MSP con bases para la elaboración del diseño curricular del Doctorado en Salud Pública que se inició en 2011. (ver resumen en tabla 13)

Tabla 13. Información de la coordinación de MSP.

Evolución del programa de MSP de 1996 a 2012 (*)

1	Se cumplió con seis cohortes, egresaron 122 profesionales, de ellos 65 están graduados.
2	Constituido por un coordinador, una secretaria y cinco profesores de tiempo completo y múltiples invitados nacionales e internacionales.
3	Deserción en general desde 20 a 30% de deserción a lo largo de cada cohorte. Las razones: <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de las actividades docentes, presenciales y no presenciales, • Dinámica que se impone al cursante, la exigencia de los profesores y obligaciones para la entrega de trabajos docentes, • Situación inesperadas en la salud de los cursantes, • Atrasos en los pagos de la escolarización y matriculación, • Compromisos extraordinarios en el trabajos de los profesionales, • Incumplimiento de los requisitos de promoción.
4	Autoevaluación en 2005, con la finalidad de reestructura y su mejoramiento continuo.
5	Nuevo plan de estudios en 2009, dos años, enfoque por competencias y metodología basada en el constructivismo. La investigación con 60% de carga curricular.
6	Reconocimientos de OPS 2006 y Universidad del Sur de California 2007
7	Producción egresados en región Metropolitana 50%, departamentos 40% y fuera del país un 10%.
8	Capacitaciones, actualizaciones y especializaciones en disciplinas de la Salud Pública.
9	Las diversas experiencias y el trabajo de coordinación base diseño del DSP

- [Información del coordinador, con consulta en registros y documentos memorias de la MSP 1996-2010.](#)

3.4 Labor y contribuciones de los profesores

Se aplicó el cuestionario a seis profesores titulares que laboran en la Maestría desde 2007, y, se recuperó respuesta de tres, lo que corresponde al 50% de participación.

Uno de los tres profesores presenta la mayor antigüedad, pues ha ejercido desde la primera hasta la sexta promoción, que corresponde de 1996 a 2012, dos vienen de la segunda a la sexta, y, todos tienen Maestría en Salud Pública o disciplina afín.

El 100% de los profesores (3) que han respondido, le dan el puntaje máximo de cinco respecto de la importancia que ha tenido participar en la formación de maestros en Salud Pública. El 33 % da un puntaje de 4 y el 67 % un puntaje de 5 sobre la importancia que ha tenido la formación de Maestría en el desempeño profesional de los graduados; igual puntaje de 4 (33%) y 5 (67%) sobre la importancia de la formación de Maestría en el desempeño Intelectual de los graduados y en su prestigio profesional.

La función principal ejercida ha sido como profesores y se destaca que uno ha sido también coordinador y dos han laborado como asesores y uno de estos ha sido el principal responsable de la investigación y la tesis.

Las áreas donde se han desempeñado como profesores fueron: investigación, epidemiología y promoción de la salud en número de dos en cada una, otra área en ésta la presencia de estos profesores es en Gestión Social de Salud y ambiente. Dos de los tres profesores han publicado de uno a dos artículos por año en promedio y los principales lugares donde han ejercido la docencia son: La Universidad de San Carlos, especialmente, en la maestría de salud pública, también lo han hecho en otros programas de la USAC y en eventos científicos y académicos de profesionales. Los tres han ejercido como asesores y tutores de tesis, como revisores y examinadores de grado.

El 100% de profesores considera que las contribuciones de las tesis que han asesorado o revisado, principalmente, van en el siguiente orden: en la reproducción de conocimiento en la Universidad de San Carlos, especialmente

en la Maestría de salud pública, en la toma de decisiones en instituciones nacionales como el IGSS, municipalidades, ONGs en salud, MSP y AS, como fuentes de consulta en centros de documentación y bibliotecas, en el desempeño del trabajo del graduado y en la elaboración de informes o artículos. Opinan que se ha logrado el propósito por el que se fundó la maestría, la que en promedio es de 4 puntos de 5, que es el puntaje mayor.

El 100% de los profesores han contribuido a enseñar, desarrollar y poner en práctica cinco de las FESP, por estar éstas con mayor dedicación incluidas en los contenidos del programa de estudio, de la MSP, estas son:

1. monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud;
2. vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud pública;
3. promoción de la salud;
4. participación social en la salud;
5. desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública.

Al referirse a la contribución del programa de la MSP a las necesidades sociales y de Salud Pública en Guatemala, expresan que se ha dado en las siguientes maneras:

- desarrollando la capacidad de los profesionales que se dedican a la salud pública como especialidad; formando, capacitando y actualizando; haciendo investigación sobre problemas que requieren información para acciones, planes o programas, y, proponiendo proyectos de desarrollo comunitario en salud pública;
- fortaleciendo la formación y capacitación del recurso humano, de profesionales y de docentes, y, evaluando periódicamente todas las actividades de formación y capacitación en Salud Pública en postgrado;
- dando asesoría en proyectos de promoción y educación al Ministerio de Salud Pública, asesoría en proyectos de Salud Ambiental en El Ministerio de Salud Pública.

Los 3 profesores plantean que las expectativas de desarrollo laboral de los graduados, principalmente, se encaminan hacia ejercer como investigador, ejercer como profesor universitario y practicar como asesor o consultor nacional. Las expectativas de desarrollo académico, principalmente, son: hacer estudios de Doctorado y pertenecer a una sociedad científica nacional, en menor intención hacer estudios de especialización post maestría y pertenecer a una sociedad científica internacional.

La Estrategia que los profesores sugieren para fortalecer los estudios MSP en la USAC son las siguientes:

- Evaluación sistemática del programa y definir un perfil de necesidades de formación y capacitación para los docentes del programa.
- Ampliar el campo de acción y formación en Salud Pública, tanto en niveles de formación, diversas disciplinas y modalidades psicopedagógicas.
- Extendiendo las funciones de formación y capacitación hacia sedes departamentales y en tiempos y horarios de interés local.
- Cooperaciones a nivel nacional e internacional, para intercambio en docencia, de investigación conjunta y publicación de los estudios.
- Utilizar diversas opciones en la Administración y gestión para implementar y lograr mayor número de optantes. Concursar por fuentes de financiamiento para la formación y la investigación.

Tabla 14.

Labor, contribución y valoración de profesores de la MSP de 1996 a 2012

1	Importancia máxima a su participación en la formación de MSP en su desempeño profesional, intelectual y su prestigio profesional
2	Su función principal la docencia, uno ha sido coordinador, dos en asesoría y otro responsable de investigación y tesis.
3	Los principales lugares de ejercido la docencia son la maestría de salud pública y otros programas de la USAC.
4	Aporte a lograr el propósito por el que se fundó la maestría.
5	Han publicado de uno a dos artículos por año en promedio.
6	Las tesis asesorados y revisados contribuyen principalmente; con la reproducción de conocimiento en la Universidad de San Carlos, son fuentes de consulta en centros de documentación, en el desempeño del trabajo y útiles en elaboración de informes o artículos.
7	<p>Su contribuido a enseñar, desarrollar y poner en práctica cinco de las 11 FESP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud; • Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud pública; • Promoción de la salud; • Participación social en la salud; • Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública.
8	<p>A las necesidades sociales y de Salud Pública en Guatemala, han contribuido de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollando capacidad de los profesionales: formando, capacitando y actualizando; haciendo investigación sobre problemas que requieren información, y, proponiendo planes y proyectos de desarrollo comunitario en salud pública; • Evaluando periódicamente todas las actividades de formación y capacitación en Salud Pública en postgrado; • Dando asesoría en proyectos de promoción y educación al Ministerio de Salud Pública.
9	<p>Proponen Estrategia para fortalecer los estudios MSP en la USAC, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación sistemática del programa, dotación de recursos científico tecnológicos. • Definir un perfil de necesidades de formación y capacitación para los docentes del programa. • Realizar las cooperaciones a nivel nacional e internacional, para intercambio en docencia, de investigación conjunta y publicación de los estudios. • Utilizar diversas opciones en la Administración y gestión en la MSP y Concursar por diversas fuentes de financiamiento para la investigación. • Ampliar el campo de acción y formación en Salud Pública en diversos niveles de formación y en disciplinas de la salud pública. • Extendiendo las funciones de formación y capacitación de MSP hacia sedes departamentales y regionales y en horarios de interés local.

3.5 Desempeño y experiencias de egresados graduados y no graduados.

Fue laboriosa la tarea de elaborar las tablas que a continuación se muestran, se trata de los resultados de la aplicación del cuestionario a los egresados graduados y no graduados, quedando para una mejor comprensión de la manera siguiente:

- de la tabla 8 a la 52 se presenta la información generada de 51 graduados de MSP y 16 no graduados;
- de la 8 a la 30 se divide el conjunto por dos programas, recordar que hubo una autoevaluación con reestructuración del Programa.
 - ✓ El Programa 1. Incluye las 4 primeras cohortes: 1996 a 1997; 1997 a 1999; 2001 a 2002 y 2003 a 2004,
 - ✓ El Programa 2. Incluye dos cohortes: 2007 a 2008 y 2009 a 2010.

Tabla 15. Distribución graduados de la Maestría de Salud Pública (MSP) y graduados entrevistados, según cohortes y programas.

Cohorte	Programa	Graduados totales		Graduados entrevistados	
		No.	%	No.	%
1996-1997	1	12	19.0	7	14.0
1997-1999	1	4	6.0	2	4.0
2001-2002	1	13	20.0	11	22.0
2003-2004	1	14	22.0	10	20.0
2007-2008	2	13	20.0	13	25.0
2009-2010	2	9	14.0	8	16.0
Total	----	65	100.0	51	100.0

En las 4 primeras cohortes hubo un primer programa curricular, del que se graduó el 66% de los egresados, mientras que en el programa de las últimas 2 cohortes se graduó el 34.0%, con un promedio por cohorte de 16.8%. La distribución entre estudiantes graduados de las distintas cohortes, guarda similitud, con excepción de ser más baja en la promoción 1996 a 1997. La distribución de las distintas cohortes de los graduados entrevistados es bastante similar a la de todos los graduados. (Tabla 15)

Tabla 16. Distribución de graduados de MSP, según grupo de edad de inicio de la Maestría y sexo.

Grupos de edades/ años	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 30	1	2.0	2	3.9	3	5.9
30 – 39	10	19.6	7	13.7	17	33.3
40 – 49	15	29.4	10	19.6	25	49.0
50 y +	3	5.9	3	5.9	6	11.8
Total	29	56.9	22	43.1	51	100.0

El porcentaje de mujeres es superior al de hombres. El grupo de 40 a 49 años representa cerca del 50%. El grupo de 30 a 49 años de mujeres le corresponde casi una tercera parte. En este grupo también el sexo femenino es mayoritario. Hoy, las mujeres están incursionando más en diversos campos de formación profesional, el número es creciente, igualmente las personas mayores se inscriben en programas especializados. (Tabla 16)

Tabla 17. Distribución de graduados de MSP, según la cohorte y sexo.

Cohorte	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
1ra. 1996-1997	4	7.8	3	5.9	7	13.7
2da. 1997-1999	1	2.0	1	2.0	2	3.9
3ra. 2001-2002	5	9.8	6	11.8	11	21.6
4ta. 2005-2006	6	11.8	4	7.8	10	19.6
5ta. 2007-2008	6	11.8	7	13.7	13	25.5
6ta. 2009-2010	7	13.7	1	2.0	8	15.7
Total	29	56.9	22	43.1	51	100.0

El 25.5 % y el 21.6 % de los graduados se encuentran en la tercera y quinta cohorte, respectivamente, en ambas hubo predominio del sexo masculino, comienza una incidencia mayor de la presencia de las mujeres en la cuarta y la sexta cohorte. (Tabla 17)

Tabla 18. Cuartiles de edad inicio MSP, según cohortes.

Cohortes	No.	Edad inicio maestría en Salud Pública				
		Mínimo	1er cuartil 25 percentil	2do cuartil 50 percentil	3er cuartil 75 percentil	Máximo
1996-1997	7	27,0	30,0	34,0	38,0	46,0
1997-1999	2	31,0	31,0	36,5	-	42,0
2001-2002	11	28,0	31,0	43,0	50,0	53,0
2003-2004	10	30,0	35,0	41,5	45,5	47,0
2007-2008	13	24,0	37,0	44,0	46,0	54,0
2009-2010	8	34,0	43,0	47,0	49,0	51,0

La mediana de edad de 34 años en la primera cohorte ha sido la menor. Ha sido consistente el incremento hasta la última cohorte de 2009-2010 con una mediana de edad de 47 años. Los percentiles máximos han estado en las promociones de 2001-02 y 2009-10 con percentiles de 53 y 54 años respectivamente, quedando el percentil mínimo se tuvo en la promoción del 1996-97 con 27 años. Esto se puede mostrar más, claramente, en la siguiente figura de cajas y bigotes.

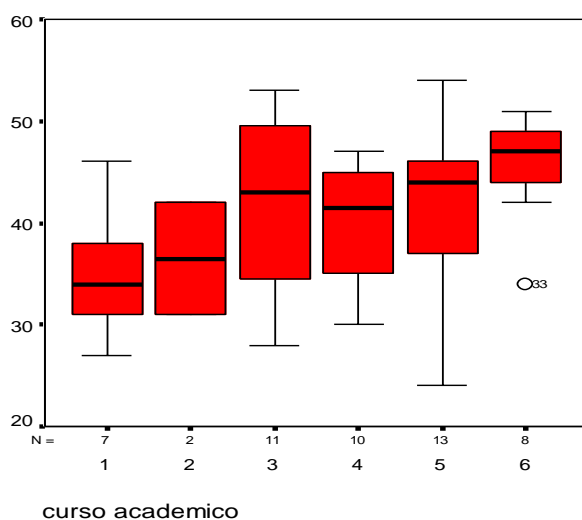


Figura 4. Edad inicio de MSP según cohorte o curso académico

Fuente: Tabla 18

Las medianas de edad al inicio de la Maestría han ido en incremento, según se han presentado las cohortes en el transcurrir de 15 años. La mediana de la última cohorte 2009-10 tiene límites estrechos.

Tabla 19. Cuartiles de edad actual de graduados de MSP según cohortes.

Cohortes	No.	Edad actual				
		Mínimo	1er. cuartil 25 percentil	2do. cuartil 50 percentil	3er. cuartil 75 percentil	Máximo
1996-1997	7	43,0	44,0	51,0	55,0	63,0
1997-1999	2	47,0	47,0	52,0	-	57,0
2001-2002	11	42,0	43,0	56,0	60,0	62,0
2003-2004	10	30,0	45,0	50,0	55,0	47,0
2007-2008	13	29,0	41,0	48,0	52,0	59,0
2009-2010	8	37,0	46,0	45,9	52,0	54,0

La mediana de edad en la cohorte de 2009-10 ha sido la menor con 46 años, esto es debido a que han sido los últimos en graduarse. Los percentiles máximos han estado en las promociones de 2001, quedando el percentil mínimo se tuvo en la promoción del 2003- 04 con 30 años. Esto se puede ver más claramente en la figura siguiente:

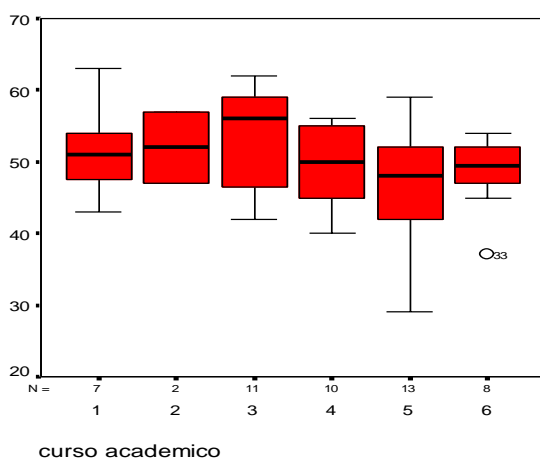


Figura 5. Percentiles de Edad actual de graduados de MSP según cohortes.

Fuente: Tabla 19

Las medianas de edad al inicio de la Maestría son similares y homogéneas. Siendo la de 2001-02 la que tiene más variación. La mediana de la última cohorte 1996-97 y 2009-10 tiene límites estrechos.

Tabla 20. Años de graduado de MSP, según cohortes

Cohorte	No.	Años de graduado				
		Mínimo	1er. cuartil 25 percentil	2do. cuartil 50 percentil	3er. cuartil 75 percentil	Máximo
1996-1997	7	12,0	13,0	15,0	15,0	17,0
1997-1999	2	13,0	13,0	13,5	-	14,0
2001-2002	11	5,0	8,0	10,0	10,0	12,0
2003-2004	10	3,0	6,0	7,5	8,0	11,0
2007-2008	13	1,0	2,0	3,0	4,0	5,0
2009-2010	8	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0

La mediana de edad, según años de graduado de la MSP es mayor para la primera cohorte, con 15 años, la más baja de 1 año es para la cohorte de 2009-10. Esto se puede apreciar, claramente, en la siguiente figura.

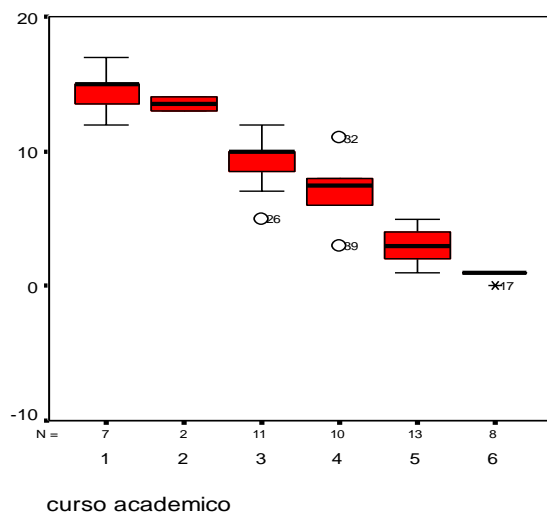


Figura 6. Años de graduado de MSP, según cohortes.

Fuente: Tabla 20

Tabla 21. Distribución de graduados de MSP según sexo y programas curriculares realizados.

Sexo	Programas curriculares			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Femenino	16	53,3	13	61,9
Masculino	14	46,7	8	38,1
Total	30	100.0	21	100.0

El programa 1 de MSP, se refiere a los graduados en las primeras cuatro cohortes, el programa 2 se refiere a las dos últimas cohortes, en ambos programas hay predominio e incremento de mujeres con 53.3 % y 61.9%.

Tabla 22. Edad de graduados durante la MSP en percentiles según programas curriculares.

Percentiles como indicadores	Programas curriculares	
	1	2
No.	30,0	21,0
Mínimo	27,0	24,0
25 percentil (1er. cuartil)	31,8	39,0
50 percentil (2do cuartil)	39,5	45,0
75 percentil (3er. cuartil)	46,0	48,0
Máximo	53,0	54,0

Para los dos programas la mediana de edad durante su realización ha sido de 32 años, y, para los dos últimos ha sido de 45 años, 5 años más, lo que dice que en la medida que ha avanzado el programa, la edad de los cursantes en mediana es mayor.

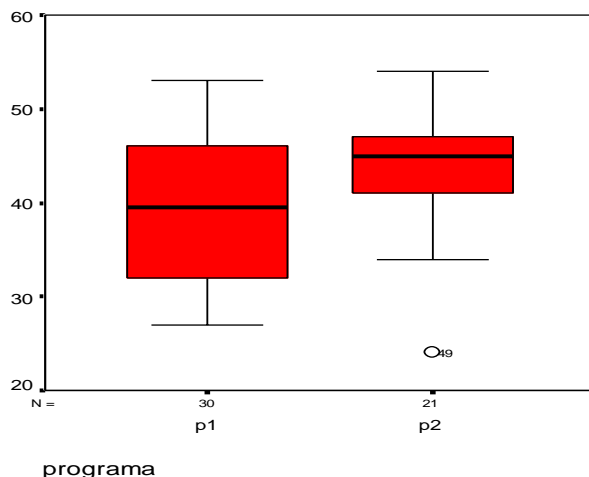


Figura 7. Edad de graduados durante la MSP en percentiles según programas curriculares.
Fuente: Tabla 22

La edad máxima de ambos programas es similar, la mediana es ligeramente más elevada en el programa 2, siendo el percentil 25 igual que la mediana del programa 1. Se puede proponer que profesionales ya mayores están incursionando en el programa 2, posiblemente por búsqueda de su realización personal después de haber laborado por buen tiempo.

Tabla 23. Distribución de graduados, según programa e importancia percibida de su desempeño profesional

Importancia de desempeño profesional	Programa curriculares			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Muy baja	1	3.3	0	0.0
Media	3	10.0	1	4.8
Alta	11	36.7	9	42.9
Elevada	15	50.0	11	52.4
Total	30	100.0	21	100.0

La importancia para el desempeño profesional percibida por los graduados en ambos programas se halla entre alta a elevada, lo demuestra la opinión del 86.7% de los graduados del programa 1, y el 95.3 % de los que cursaron el programa 2.

Tabla 24. Distribución de graduados, según programa e importancia percibida de su desempeño intelectual de MSP.

Importancia de su desempeño intelectual	Programa curriculares			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Media	3	10.0	1	4.8
Alta	10	33.3	6	28.6
Elevada	17	56.7	14	66.7
Total	30	100.0	21	100.0

Los egresados graduados de ambos programas perciben que la importancia en desempeño intelectual es alta a elevada, con esta opinión por el 90% de los Programa 1, y, del 95.3 % del Programa 2.

Tabla 25. Distribución de graduados según programa e importancia percibida de su prestigio profesional.

Importancia de su prestigio	Programa curriculares			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Muy baja	1	3.3	0	0.0
Baja	1	3.3	3	14.3
Media	6	20.0	1	4.8
Alta	7	23.3	5	23.8
Elevada	15	50.0	12	57.1
Total	30	100.0	21	100.0

Con resultados similares, perciben los egresados de ambos programas sobre el prestigio profesional de alta a elevada, de 73.3% y de 80,9%, respectivamente.

Se puede pensar que hay satisfacción de los graduados por su proceso de formación, sobre todo, por su desempeño y su reconocimiento en los lugares de trabajo. Hay ligero predominio de esta opinión en los graduados de las dos últimas cohortes de 2007 a 2010.

Tabla 26. Tiempo de labor como graduados de MSP en percentiles, según Programas Curriculares

Percentiles como indicadores	Programas	
	1	2
N	30,0	21,0
Mínimo	3,0	0,0
25 percentil (1er. Cuartil)	7,8	1,0
50 percentil (2do. Cuartil)	10,0	2,0
75 percentil (3er. Cuartil)	13,0	3,0
Máximo	17,0	5,0

Los graduados del programa 1 que corresponden al periodo de 1996 a 2003 tienen una mediana de graduados de 10 años, con variaciones amplias, un mínimo de 3 y un máximo de 17 años. En tanto los graduados de las cohortes de 2007 a 2010 su mediana es de 2 años, sus variaciones estrechas. Esto se puede ver más, claramente, en la siguiente gráfica.

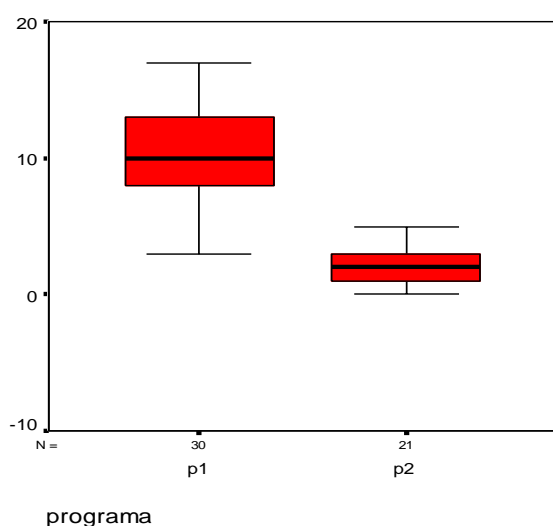


Figura 8. Tiempo de labor como graduados de MSP en percentiles según Programas Curriculares Años.
Fuente: Tabla 26

Se observa mediana más pequeña y menos variación en el programa 2 con buena reducción de los tiempos para la graduación.

Tabla 27. Distribución de graduados de MSP según cargo y programa curricular

Cargo anterior	Programa curricular			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Coordinación	9	30.0	4	19.0
Dirección general	5	16.7	3	14.3
Docencia	3	10.0	6	28.6
Alta dirección	4	13.3	2	9.5
Operativo	3	10.0	3	14.3
Técnico	6	20.0	3	14.3
Total	30	100.0	21	100.0

Los graduados del programa 1 han estado más vinculados en la coordinación en el 30%, alta dirección y nivel técnico, puede atribuirse a lograr una ubicación mejor por el mayor tiempo de haber egresado y ser graduados. Programa 2 están más vinculados en la docencia en el 29% y al trabajo

operativo, puede atribuirse a que haya sido su ocupación previa a optar a los estudios de MSP o, bien, que se han insertado en la docencia por su reciente egreso y graduación, con buen futuro por delante en otras funciones. (tabla 27)

Tabla 28. Distribución de graduados, según cargo actual y programa curricular.

Cargo actual	Programa curricular			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Alta dirección	4	13.3	2	9.5
Asesoría	2	6.1	1	4.8
Coordinación	12	40.0	4	19.0
Dirección general	9	30.0	4	19.0
Docencia	0	0.0	3	14.3
Investigador	0	0.0	1	4.8
Médico	1	3.3	1	4.8
Operativo	2	6.7	2	9.5
Técnico	0	0.0	3	14.3
Total	30	100.0	21	100.0

Los graduados del programa 1 están, actualmente, más vinculados en cargos de coordinación en el 40%, dirección general en 30% y alta dirección. Puede atribuirse al recorrido que han tenido después de haber egresado y lograr su graduación. Los graduados del programa 2 también están vinculados a estos cargos pero en menor proporción, en coordinación 19%, dirección general 19% y la docencia, se podría pensar que su reciente egreso y graduación les ha permitido ubicarse en dichos cargos. (Tabla 28)

Tabla 29. Distribución de graduados de MSP, según lugar de trabajo y programa curricular.

Lugar trabajo Actual	Programa curricular			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Consultoría internacional	2	6.7	0	0.0
IGSS	3	10.0	4	19.0
MSP y AS	12	40.0	5	23.8
Municipalidad	0	0.0	1	4.8
ONG internacional	4	13.3	3	14.3
ONG nacional	2	6.7	0	0.0
USAC	6	20.0	7	33.3
Otros	1	3.3	1	4.8
Total	30	100.0	21	100.0

Los graduados del programa 1 están laborando, principalmente, en MSPyAS, USAC y organizaciones internacionales, mientras que los graduados del

programa 2 están más vinculados en ese orden a USAC, MSPyAS e IGSS.(
Tabla 29)

Tabla 30. Distribución de graduados según programa curricular y cargos administrativos.

Cargos administrativos	Programa curricular			
	1		2	
	No.	%	No.	%
IGSS	3	10	1	4,8
MSP	6	20	1	4,8
Universidad	2	6,7	1	4,8
Ninguno	19	63,3	18	85,6
Total	30	100.0	21	100.0

Del programa 1, la tercera parte ha tenido cargos administrativos en la Salud pública nacional, podría ser por el mayor tiempo de graduados en las cohortes del programa 1 que se han podido insertar varios graduados. En tanto del programa 2 una sexta parte ha tenido cargos administrativos. Los graduados del programa 2 el 85% no ha tenido ningún cargo administrativo en ninguna institución como IGSS, MSPyAS y USAC. (Tabla 30).

Tabla 31. Distribución de graduados según programa y en Nivel Salud Pública Nacional.

Nivel Salud Publica nacional	Programa curricular			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Docencia	1	3.3	3	14.3
Normativo	9	30.0	6	28.6
Operativo	10	33.4	8	38.1
Político	9	30.0	0	0.0
Otros	1	3.3	2	9.5
Ninguno	0	0.0	2	9.5
Total	30	100.0	21	100.0

Del programa 1, el 100% ha laborado en la Salud pública nacional, cerca de una tercera parte ha tenido cargos operativos, normativos y políticos, respectivamente, el mayor tiempo de graduados y la procedencia en las cohortes del programa 1, sea lo que les ha permitido insertarse en dichas funciones. En tanto, del programa 2 una de las funciones que han tenido en la Salud pública nacional están en lo operativo, normativo y se diferencian por la docencia que ejercen; del programa 2 el 90% ha tenido cargo en la Salud pública nacional. (Tabla 31)

Tabla 32. Distribución de graduados por Programa Curricular según Nivel Salud Pública Internacional.

Nivel Salud Pública Internacional	Programa Curricular			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Docencia	1	3.3	1	4.8
Investigación	6	20.0	3	14.3
Normativo	8	26.7	2	9.5
Político	3	10.0	1	4.8
Ninguno	12	40.0	14	66.7
Total	30	100.0	21	100.0

Del programa 1, el 60% de graduados ha participado en diferentes niveles de la Salud Pública internacional y el 33% los del programa 2. Cerca de la mitad de graduados del programa 1 ha ejercido en nivel normativo e investigación, y, la cuarta parte del programa 2 ha ejercido los mismos cargos. (Tabla 32)

Tabla 33. Distribución de producción científica de Graduados de MSP, según programa curricular.*

Producción científica	Programa curricular			
	1		2	
Total investigaciones	No.	%	No.	%
Ninguna	8	26,7	6	28,6
1 a 2	14	46,7	14	66,7
3 a 4	5	16,7	1	4,8
5 y +	3	10,0	0	0,0
Investigaciones últimos 2 años	No.	%	No.	%
Ninguna	8	26,7	8	38,1
1 a 2	13	43,3	12	57,1
3 a 4	8	26,7	1	4,8
5 y +	1	3,3	0	0,0
Publicaciones	No.	%	No.	%
Ninguna	14	46,7	9	42,9
1 a 2	10	33,3	12	57,1
3 a 4	6	20,0	0	0,0
Proyectos	No.	%	No.	%
Ninguna	6	20,0	5	23,8
1 a 2	12	40,0	14	66,7
3 a 4	6	20,0	2	9,5
5 y +	6	20,0	0	0,0

*Cuadro resumen de investigaciones, publicaciones y proyectos.

En cuanto a la producción científica total es mayor para los graduados en el programa 2, con el 70%, que incluye un 67% con 1 a 2 investigaciones, mientras el programa 1 con 63%, de éstos el 47% con 1 a 2 investigaciones. En los últimos dos años los graduados del programa 1 han contribuido con 1 a más investigaciones en el 73%, y, con 43% de 1 a 2 investigaciones. Del programa 2 con el 62% pero con 1 a 2 en el 57%. En el caso de las publicaciones en ambos programas se ha publicado más del 50% por los graduados, ligeramente más del programa 2 en lo que se refiere a 1 a 2 publicaciones. En aspectos de producción de investigación, publicación y proyectos, probablemente, el tiempo mayor de haberse graduado ha contribuido a que la producción del programa 1 sea también mayor. (Tabla 33).

Tabla 34. Formas de adquirir el conocimiento de Graduados de MSP, según programa curricular. *

Formas de adquirir conocimiento	Programas curriculares			
	1		2	
Conferencias	No.	No.	%	%
Ninguna	20	66,6	17	81,0
1 a 2	2	6,7	4	19,0
3 a 4	3	10,0	0	0,0
5 y +	5	16,7	0	0,0
Talleres	No.	%	No.	%
Ninguna	9	30,0	10	47,6
1 a 2	14	46,7	10	47,6
3 a 4	3	10,0	0	0,0
5 y +	4	13,3	1	4,8
Congresos	No.	%	No.	%
Ninguna	14	46,7	13	61,9
1 a 2	14	46,7	8	38,1
3 a 4	2	6,7	0	0,0
Cursos	No.	%	No.	%
Ninguna	13	43,3	11	52,3
1 a 2	13	43,3	9	42,9
3 a 4	2	6,7	1	4,8
5 y +	2	6,7	0	0,0
Seminarios	No.	%	No.	%
Ninguna	20	66,7	19	90,5
1 a 2	9	30,0	2	9,5
3 a 4	1	3,3	0	0,0
Especializaciones	No.	%	No.	%
Ninguna	20	66,7	14	66,7
1 a 2	8	26,7	7	33,3
5 y +	2	6,7	0	0,0

* Cuadro resumen de conferencias, talleres, congresos, cursos, seminarios y especializaciones.

La capacitación o actualización total es mayor para los graduados en el programa 1 comparado con el programa 2, en todas las modalidades: conferencias 33% sobre 19%, talleres 70% sobre 52%, en congresos 52% sobre 38%, cursos 53% comparado con el 48%, en seminarios con 33% sobre 10% y en especializaciones que es igual para ambos programas. En distintas modalidades capacitación o actualización probablemente el tiempo mayor de haberse graduado ha contribuido a que se vinculen más (Tabla 34).

Tabla 35. Producciones de graduados de MSP en apoyo a la docencia. *

Producciones de apoyo	Programas curriculares			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Libros				
Ninguna	28	93,3	21	100,0
1 a 2	2	6,7	0	0,0
Revistas	No.	%	No.	%
Ninguna	24	80,0	19	90,5
1 a 2	6	20,0	2	9,5
Artículos	No.	%	No.	%
Ninguna	17	56,7	16	76,2
1 a 2	11	36,7	5	23,8
3 a 4	1	3,3	0	0,0
5 y +	1	3,3	0	0,0
Documentos apoyo	No.	%	No.	%
Ninguna	10	33,3	11	52,4
1 a 2	14	46,7	10	47,6
3 a 4	2	6,7	0	0,0
5 y +	4	13,3	0	0,0
Páginas web	No.	%	No.	%
Ninguna	23	76,7	20	95,2
1 a 2	6	20,0	1	4,8
5 y +	1	3,3	0	0,0
Subtotales	30	100	21	100

* Cuadro resumen de producción en: libros, revistas, artículos, documentos de apoyo y páginas Web.

En la tabla 35 se detalla la producción de apoyo a la docencia, se ve que está dada por libros, revistas, artículos, documentos de apoyo y páginas web, al comparar los graduados del programa 1 con el 2 se ve que en general es mayor la producción de los graduados en el primero, donde el 6.7 ha producido libros y ninguno en el programa 2, en revistas han escrito 2,2 veces más, artículos 1,8 veces más, documentos de apoyo superan en 1.4 veces más y en elaboración de páginas web 4.6 veces más del programa 1 sobre el 2. Se puede ver que ambos programas es limitada la producción escrita.

Tabla 36. Distribución de graduados, según programa y lugares donde imparten docencia.

Lugar donde imparte docencia	Programa curricular			
	1		2	
	No.	%	No.	%
Centros internacionales	2	6.7	1	4.8
USAC en maestría	5	16.7	5	23.8
USAC en otros programas	8	26.7	4	19.0
Otras universidades	5	16.7	0	0.0
Eventos diversos	4	13.3	2	9.5
Otros	1	3.3	2	9.5
Ningún lugar	5	16.7	7	33.3
Total	30	100.0	21	100.0

En la tabla 36 se muestra que los graduados del programa 1 laboran en universidades el 60%, mientras en programa 2 el 43%, hay diferencia a favor de los graduados más antiguos. Con mayor porcentaje en la Universidad de San Carlos. Es útil presentar que cerca de una sexta parte no hace docencia se refiere a los graduados del programa 1 y la tercera parte del programa 2 o graduados mas recientes.

Tabla 37. Distribución de la condición de egresados de la Maestría y programa académico

Programa Curricular	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
1	11	68.8	30	58.8
2	5	31.3	21	41.2
Total	16	100.0	51	100.0

De los dos programas donde han habido más graduados en las cohortes iniciales que corresponden al programa 1 con 58%, con 1.4 veces más sobre las cohortes recientes, (Tabla 37).

Tabla 38. Percentiles de edad de alumnos al inicio de la maestría según condición de No graduado o graduados.

Percentiles como indicadores	Condición de egresados	
	No Graduados	Graduados
Total	16	51
Mínimo	29.00	24.00
25 percentil (1er. Cuartil)	32.75	35.00
50 percentil (2do. Cuartil)	41.00	42.00
75 percentil (3er. Cuartil)	46.75	47.00
Máximo	52.00	54.00

Los no graduados en el periodo de 1996 a 2010 que corresponden al periodo de 15 años y los graduados tenían, respectivamente una edad mediana de 41 y 42 años, con un mínimo de 24 años No se graduaron y de 29 para los graduados, y, la edad máxima de 47 años le corresponde a los graduados. Las edades en resumen son bastante similares. (Tabla 38)

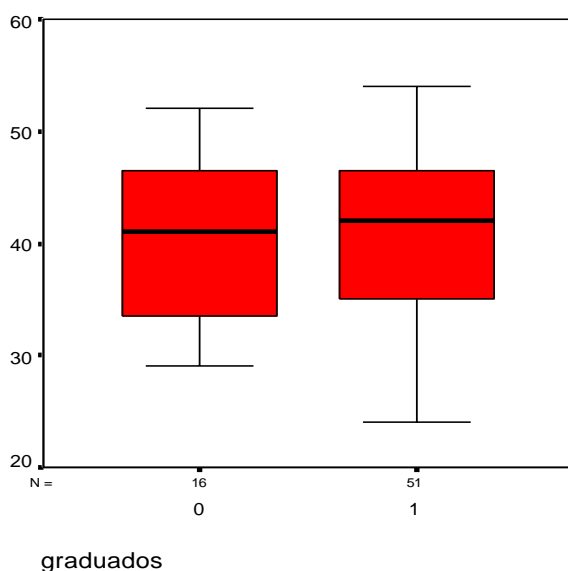


Figura 9. Percentiles de edad de alumnos al inicio de la Maestría, según condición de No graduados o graduados.

Fuente: Tabla 38

La figura 9, presenta un resumen de las mediciones de mediana con mucha similitud, un ligero alejamiento mayor para los graduados.

Tabla 39. Edad actual de alumnos según graduación percentiles de edad actual de los egresados de MSP, según condición de no graduado o graduado

Percentiles como Indicadores	Condición de egresados	
	No graduados	Graduados
N	16	51
Mínimo	35.00	29.00
25 percentil (1er. Cuartil)	41.00	45.00
50 percentil (2do. Cuartil)	51.00	50.00
75 percentil (3er. Cuartil)	56.75	55.00
Máximo	63.00	63.00

Los no graduados en el periodo de 1996 a 2010 que corresponden al periodo de 15 años y los graduados, una edad en la actualidad (momento de la obtención de la información en 2013) una edad mediana relativamente similar de 51 y 50, años respectivamente, con un mínimo de 35 años para los que no se graduaron y de 29 para los que no se han graduado, aunque la edad máxima de igual en 63 años para ambos grupos. Las edades en resumen son bastante similares. (Tabla 39).

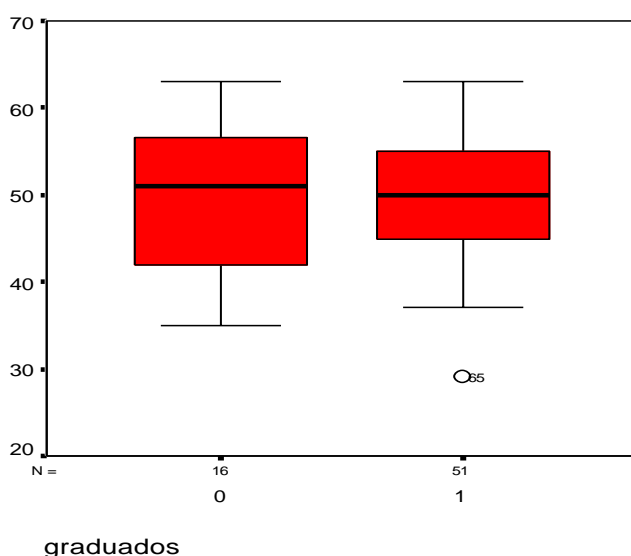


Figura 10. Edad actual de alumnos según graduación percentiles de edad actual de los egresados de MSP, según condición de no graduado o Graduado.

Fuente: Tabla 39

La figura 10, presenta mediciones similares entre graduados y no graduados.

Tabla 40. Distribución de egresados de MSP, según cohorte y condición de egresados.

Cohorte o curso académico	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
1996-1997	2	12.5	7	13.7
1997-1999	1	6.3	2	3.9
2001-2002	5	31.3	11	21.6
2003-2004	3	18.8	10	19.6
2007-2008	3	18.8	13	25.5
2009-2010	2	12.5	8	15.7
Total	16	100.0	51	100.0

El porcentaje de no graduación es mayor en la cohorte de 2001-2002 con 31% y es menor en la de 1997-1999 con 6%, y, el porcentaje de graduación es mayor en la cohorte de 2007-2008 con 25.5% y menor en 1996-1997 con 4%. (Tabla 40)

Tabla 41. Distribución de egresados, según importancia percibida de su desempeño profesional como MSP.

Importancia de desempeño profesional	Condición de egresados			
	No Graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
Muy baja	0	0.0	1	2.0
Baja	1	6.3	0	0.0
Media	2	12.5	4	7.8
Alta	6	37.5	20	39.2
Elevada	7	43.8	26	51.0
Total	16	100.0	51	100.0

La importancia percibida por más del 80% de los no graduados de su desempeño profesional va de alta a elevada, pero también, en los graduados va en el mismo sentido pero ligeramente más elevada, por encima del 90%, ambos se manifiestan casi igualmente beneficiados por haber realizado los estudios, independientemente de estar o no graduados, seguramente han tenido satisfacciones con el grado de MSP. (Tabla 41).

Tabla 42. Distribución de egresados, según importancia percibida de su desempeño intelectual como MSP.

Importancia de su desempeño intelectual	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
Baja	1	6.3	0	0.0
Media	0	0.0	4	7.8
Alta	6	37.4	16	31.4
Elevada	9	56.3	31	60.8
Total	16	100.0	51	100.0

La importancia percibida por más del 90% de los no graduados de su desempeño intelectual va de alta a elevada, pero también, en los graduados va en el mismo sentido, el 91%, ambos se manifiestan igualmente beneficiados por haber realizado los estudios, independientemente de estar o no graduados, puede pensarse que hay satisfacciones intelectuales como MSP en su ejercicio profesional, se ven otras valoraciones de menor nivel. (Tabla 42)

Tabla 43. Distribución de egresados, según importancia percibida de su prestigio

Importancia de su prestigio	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
Muy baja	0	0.0	1	2.0
Baja	0	0.0	4	7.8
Media	5	31.3	7	13.7
Alta	2	12.5	12	23.5
Elevada	9	56.3	27	53.0
Total	16	100.0	51	100.0

La importancia percibida por cerca del 70% de los no graduados de su prestigio como MSP va de alta a elevada, y, el 31% mediana en los graduados, va en el mismo sentido ligeramente por encima en el 76%, ambos se manifiestan igualmente favorecidos en su prestigio por haber realizado los estudios, independientemente de estar o no graduados, puede pensarse que hay satisfacciones de reconocimiento como MSP en su ejercicio profesional, se ven otras valoraciones de menor nivel. (Tabla 43)

Tabla 44. Distribución de egresados, según lugar de trabajo actual

Lugar trabajo actual	Condición de egresados			
	No Graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
IGSS	0	0,0	7	13,7
MSP y AS	3	18,8	17	33,3
ONG internacional	1	6,3	7	13,7
ONG nacional	2	12,5	2	3,9
USAC	9	56,3	13	25,5
Otros	1	6,3	5	9,8
Total	16	100,0	51	100,0

El 56% de los no graduados laboran en la USAC y de los graduados el 33% labora, actualmente, en el MSPyAS y 25% en la USAC. De hecho son los lugares de donde provenían los cursantes principalmente. (Tabla 44)

Tabla 45. Distribución de egresados, según nivel de cargo actual.

Nivel cargo actual	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
Alta dirección	0	0,0	6	11,8
Coordinación	5	31,3	16	31,4
Dirección general	2	12,5	13	25,5
Docencia	8	50,0	3	5,9
Operativo	1	6,3	4	7,8
Técnico	0	0,0	3	5,9
Otros	0	0,0	6	11,8
Total	16	100,0	51	100,0

Los cargos actuales de los no graduados corresponden a docencia el 50%, y el de coordinación con el 31% y dirección general con 12.5%, entre estos tres se llega al 92.5%, estos mismos cargos en los graduados se llega nada mas al 63%, pero ocupan cargo de alta dirección el 12%. Es posible que estar graduado sea ya un mérito para haber ocupado otras posiciones de más nivel. (Tabla 45)

Tabla 46. Distribución de alumnos, según Condición y nivel Salud Pública Nacional.

Nivel Salud Publica nacional	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
Docencia	0	0.0	4	7.8
Normativo	2	12.5	15	29.4
Operativo	3	18.8	18	35.4
Político	0	0.0	9	17.6
Otros	2	12.5	3	5.9
Ninguno	9	56.2	2	3.9
Total	16	100,0	51	100,0

De los no graduados, el 56% no ocupa cargo alguno en la Salud Pública Nacional, el 31% se ubica en nivel normativo y operativo, mientras que los graduados el 96% ocupa cargos, principalmente, en nivel normativo y operativo, el 65% y un 18% a nivel político. (Tabla 46)

Tabla 47. Distribución de egresados, según condición y Nivel de desempeño Salud Pública internacional.

Nivel Salud Pública internacional	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
Docencia	1	6.3	2	3.9
Investigación	3	18.8	9	17.6
Normativo	0	0.0	10	19.6
Político	0	0.0	4	7.8
Ninguno	12	75.0	26	51.0
Total	16	100,0	51	100,0

De los no graduados el 75% no ocupa cargo alguno en la Salud Pública Internacional, el 25% solamente se ubica en investigación y docencia, mientras que los graduados el 49% ocupa cargos, principalmente, en nivel normativo e investigación en 37% y un 8% a nivel político (Tabla 47).

Tabla 48. Distribución de egresados, según lugar donde imparten docencia

Lugar donde imparten docencia	Condición de egresados			
	No Graduados		Graduados	
	No.	%	No.	%
Centros internacionales	0	0,0	3	5,9
USAC en Maestría	2	12,5	10	19,6
USAC en otros programas	7	43,8	12	23,5
Otras universidades	1	6,3	5	9,8
Eventos diversos	1	6,3	6	11,8
Otros	2	12,5	3	5,9
Ningún lugar	3	18,8	12	23,5
Total	16	100,0	51	100,0

Los No graduados han ejercido la docencia en distintas instituciones, se ha dado en 91%, en la USAC el 56%, particularmente en la Maestría de Salud pública con el 12.5%, y 44% en otros programas de la USAC. El 19% no ha ejercido la docencia. En tanto los Graduados ejercen la docencia en distintas instituciones se ha dado en 76%, se ha hecho en la USAC en el 43%, particularmente, en la Maestría de Salud pública con el 20%, y en eventos diversos 12%. El restante 24% no ha ejercido la docencia. (Tabla 48),

Tabla 49. Formas de adquirir el conocimiento, según condición de los egresados de MSP.*

Formas de adquirir el conocimiento	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
Conferencias	No.	%	No.	%
Ninguna	6	37.5	37	72.5
1 a 2	1	6.3	6	11.8
3 a 4	4	25.0	3	5.9
5 y +	5	31.2	5	9.8
Talleres				
	No.	%	No.	%
Ninguna	6	37.5	19	37.3
1 a 2	2	12.5	24	47.0
3 a 4	2	12.5	3	5.9
5 y +	6	37.5	5	9.8
Congresos				
	No.	%	No.	%
Ninguna	7	43.8	27	52.9
1 a 2	5	31.3	22	43.1
3 a 4	0	0.0	2	3.9
5 y +	4	25.0	0	0.0
Cursos				
	No.	%	No.	%
Ninguna	4	25.0	24	47.1
1 a 2	5	31.3	22	43.1
3 a 4	2	12.4	3	5.9
5 y +	5	31.3	2	3.9
Seminarios				
	No.	%	No.	%
Ninguna	9	56.3	39	76.5
1 a 2	2	12.4	11	21.6
3 a 4	1	6.3	1	2.0
5 y +	4	25.0	0	0.0
Especializaciones				
	No.	%	No.	%
Ninguna	8	50.0	34	66.7
1 a 2	6	37.5	15	29.4
5 y +	2	12.5	2	3.9

* Cuadro resumen de conferencias, talleres, congresos, cursos, seminarios y especializaciones.

Los egresados no graduados han adquirido los conocimientos mediante conferencia, talleres, congresos, cursos, seminarios y especializaciones, en general lo han hecho más que los graduados, 2.3 veces más con conferencias, de igual cantidad en talleres, 1.2 veces más mediante congresos, 1.4 veces más con cursos, 1,9 veces más en seminarios y 1.5 veces más mediante asistir a especializaciones, pareciera incongruente, pues, haberse graduado obliga a mantenerse actualizado y en continuidad con los diversos eventos que contribuyen a adquirir conocimientos. Podría ser también que quienes no se han graduado busquen eventos para mejorar su nivel y actualidad (Tabla 49).

Tabla 50. Producción científica, según condición de los egresados de MSP.

Producción científica	Condición de egresados			
	No graduados		Graduados	
Investigaciones últimos 2 años	No.	%	No.	%
Ninguna	5	31.3	14	27.5
1 a 2	10	62.4	28	54.8
3 a 4	1	6.3	6	11.8
5 y +	0	0.0	3	5.9
Publicaciones	No.	%	No.	%
Ninguna	10	62.4	23	45.1
1 a 2	5	31.3	22	43.1
3 y +	1	6.3	6	11.8
Total	16	100.0	51	100.0

La producción científica de los egresados no graduados es de 69% de 1 a 2 investigaciones, en tanto, la de los graduados se da en el 72%, ligeramente 3% mayor, pero se diferencia en que el 18% de los graduados han producido más de 2 investigaciones. Las publicaciones no sobrepasan el 38% de no graduados, mientras que los graduados llegan al 55%, en no más de 2 publicaciones en los últimos 2 años, de hecho se ve que hay producción pero se publica cerca de la mitad, escasamente, se hace publicación de la poca que se produce. (Tabla 50)

Tabla 51. Distribución de los egresados, según lugares de ejercicio de asesoría o tutoría.

Lugares de ejercicio de tutoría	Graduados		No graduados	
	No.	%	No.	%
En la universidad de san Carlos especialmente Maestría	4	8	0	0
en la universidad de san Carlos en otros programas	14	27	8	47
en otras universidades nacionales	11	21	2	16
En eventos científicos	0	0	1	5
en centros internacionales	8	15	0	0
en ningún lugar	14	29	4	26
Otro	00	0	1	5
Total	51	100	16	100

En los graduados la función de tutores o asesores de tesis en instituciones se ha dado en el 71%, principalmente, en la USAC con 35%, con particularidad en la Maestría de Salud Pública con el 8% de este, en otras universidades nacionales con 21. Los No graduados se ha dado en el 69%, principalmente, en la USAC con 47%, en otras universidades nacionales con 16%. (Tabla 51).

Tabla 52. Distribución de los egresados, según las funciones esenciales de la Salud Pública ejercidas. MSP. 1996-2012.

Funciones esenciales	Graduados		No graduados	
	No.	%	No.	%
Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud	28	14	9	14
vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud	21	11	7	11
promoción de la salud	33	17	11	17
participación social en la salud	19	10	8	13
desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de salud	15	8	4	6
fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública	12	6	3	5
evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	12	6	4	6
desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública	27	14	7	11
garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	7	4	3	5
investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública	15	8	7	11
reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud	6	3	1	2
en ninguna función se ha dado contribución	2	1	0	0

La práctica de las 11 funciones esenciales, ha sido un ejercicio en casi todos los graduados, en más de alguna se han involucrado, pero principalmente se destaca la práctica de las funciones de promoción de la salud con 17%, monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud con 15%, desarrollo y capacitación de recursos humanos con 14%, vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud con 10% y participación social en salud con 10%. Otras con menos frecuencia son: investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública y las funciones en donde se ha dado menos involucramiento con garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectivo, y reducción del impacto de emergencias y desastres, solamente en el 1% se detecta que no ha dado contribución en ninguna. (Tabla 52)

Tabla 53. Distribución de los egresados, según la expectativa de desarrollo laboral futuro MSP.

Expectativa desarrollo laboral	Graduados		No graduados	
	No.	%	No.	%
ser consultores internacionales	14	26	2	10
ser autoridad política en salud	09	19	4	19
ejerger como investigador	08	17	4	19
practicar como consultor nacional	07	15	2	10
Otro	12	23	9	434

En los graduados las expectativa de desarrollo laboral, van en el siguiente orden: ser consultores internacionales con 26%, ser autoridad política en salud en 19%, ejercer como investigador con 17%, practicar como consultor nacional en 15%, en menor ubicación ser profesor o investigador universitario. En tanto en los No graduados van en el siguiente orden: ser autoridad política en salud en 19% y en ejercer como investigador con 17%, practicar como investigador universitario en 19%. (Tabla 53)

Tabla 54. Distribución de los egresados según expectativa de desarrollo académico futuro MSP.

Expectativa de desarrollo académico	Graduados		No graduados	
	No.	%	No.	%
realizar estudios de especialización post Maestría	14	18	4	19
hacer estudios de doctorado	30	39	9	43
preparar el camino para realizar estudios de postdoctorado	11	14	2	10
pertenecer a una sociedad científica internacional	14	18	2	10
Otro	7	9	4	19

La expectativa de crecimiento y desarrollo académico en el futuro en los graduados principalmente para hacer su doctorado con 39%, en tanto los No graduados llega al 43%. (Tabla 54)

Tabla 55. Distribución de las tesis de los graduados, según aplicación de los resultados de la tesis de MSP.

Aplicación de las tesis	Graduados	
	No.	%
Toma de decisiones en el MSPyAS	14	12
Toma de decisiones en instituciones nacionales como IGSS, municipalidades, ONGs,	5	4
Toma de decisiones en la FCM de la USAC	2	2
Reproducción de conocimientos en MSP de la USAC	8	7
En otros programas docentes de la USAC	5	4
En otras universidades nacionales y foráneas	4	3
Consultas en centros de documentación en salud, bibliotecas,	18	15
Como consulta de organismos internacionales en el país: OPS, AID, Etc.	5	4
Como referencia en informes técnicos, artículos,	16	14
Como materia de presentación en eventos científicos nacionales o internacionales	8	7
Como aporte en el desempeño de su trabajo en su institución o fuera de ella	23	19
No ha sido aplicada	7	6
Otro	3	3

Las aplicaciones a las tesis de Maestría de los graduados han sido en orden las siguientes: como un aporte al desempeño del trabajo en su institución o fuera de ella en 19%, para consultas en centros de documentación o bibliotecas en 18%, de referencia en informes técnicos y en artículos en 16%, para la toma de decisiones en el MSPyAS en 12%. (Tabla 55)

Tabla 56. Contribuciones de la MSP a las necesidades sociales desde la perspectiva de los graduados.

Principales Contribuciones de los graduados.
1. Diseñado investigaciones tendientes a la búsqueda de soluciones de problemas de salud pública en el país.
2. Desarrollando análisis crítico de la situación de salud y del sistema y produciendo información estratégica en salud pública.
3. Formando recursos humanos en salud pública, en distintos niveles y en áreas específicas para mejorar el desempeño en el sistema de salud, en cargos directivos, gerentes y líderes en Salud Pública.
4. Establecido un espacio de diálogo que permita la consolidación de procesos que generen cambios en el país,
5. Ejerciendo presión a través de la USAC para mejorar la legislación y el manejo eficiente de instituciones de Salud.
6. Generando relaciones estratégicas con entidades clave, nacionales e internacionales.
7. Promoviendo la participación de la comunidad en acciones de salud pública.

Las principales contribuciones a las necesidades sociales desde la perspectiva de los graduados se dan con referencia a generación de Investigación, formando investigadores, al sistema de información, a los análisis de la situación de salud, procesos de análisis y diálogo en salud y a la participación comunitaria. (Tabla 56)

Tabla 57. Principales razones por la que aún egresados no se han graduado.

Razones o causas de no graduación	No.	%
Por compromisos de trabajo individual, institucional o privado.	11	41
No tienen interés o motivación.	3	11
No tienen apoyo del tutor o asesor.	2	7
Dificultad para solventar los compromisos financieros y/o pagos finales.	4	15
Otros trabajos o compromisos que se adquieren.	4	15
Otros	3	11

Habiendo concluido sus estudios pero no han alcanzado la graduación en el tiempo que curricularmente estaba permitido, los NO graduados expresan que se ha debido, principalmente, a que no mantiene el interés y motivación propia con el 11%, por compromisos de trabajo 41%, dificultad para solventar los compromisos financieros y/o pagos finales 15 y otros trabajos o compromisos que se adquieren 15% (Tabla 57).

Tabla 58. Acciones para lograr la graduación de los egresados NO graduados de la MSP.

Diez acciones desde la perspectiva de los No graduados	
1.	Concretar el proyecto de tesis con la posibilidad de realizar el trabajo de tesis en grupos de estudiantes y con temas que proponga la Maestría.
2.	Acciones de apoyo a docentes de la Maestría y de graduados de MSP.
3.	Trámites administrativos-financieros y técnicos que apoyen y faciliten compromisos de pagos finales.
4.	Graduarse con un ensayo científico.
5.	Asignación del tutor o asesor de tesis de parte de la universidad y tener el apoyo de un tutor investigador competente.
6.	Disponer de tiempo para llegar a la búsqueda de la información.

Las acciones que pueden permitir la graduación desde la perspectiva de los aun no graduados se refieren a la coordinación académica y administrativa de la Maestría, en la base de ofrecerles propuestas que faciliten su etapa final, muy escasamente se menciona el papel activo de los egresados (Tabla 58).

Tabla 59. Relación entre procedencia de los graduados y ubicación actual por regiones.

Región actual	Región de procedencia										TOTAL	
	Central		Norte		Sur		Occidente		Oriente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Central	31	61	2	4	1	2	1	2	1	2	36	71
Norte			3	6	1	2					4	8
Sur	1	2			1	2					2	4
Occidente	3	6					4	8			7	14
Oriente	1	2							2	4	3	6
TOTAL	36	71	5	10	3	6	5	10	3	6	51	100

El 71% de graduados de MSP proceden de la región central y el 29% proviene de las regiones norte, sur, occidente y oriente. Actualmente, el 61% está ubicado en la región central y el 39% en el resto, distribuyéndose más en occidente y norte. El 10% procedente del norte, al momento hay en esa región 6%. Y del 10% que procede del occidente en esa región hay 8% de graduados. Se puede decir que en todas las regiones hay, al menos, un graduado de la MSP de la USAC, esto es útil para poder hacer su vínculo con acciones que se puedan realizar en esa región donde se quiera contar con un graduado para vincularlo a acciones propias de su especialidad (Tabla 59).

3.6 Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública

Se presentan los resultados del diseño de la estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, se contempla el diagnóstico, el análisis situacional condensado en la matriz de campos de fuerza FODA, se indican las distintas acciones propuestas, se describe la alternativa FODA, se formula la misión y la visión y, finalmente, se detalla el plan operativo y las acciones a desarrollar.

3.6.1. Momento explicativo

En el momento explicativo de la estrategia se realizó el diagnóstico de la situación de los estudios de postgrado en la USAC y en los cuatro Centros Regionales

➤ Diagnóstico

La Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC, 2003), aprobó el plan estratégico USAC-2022, en donde se destaca su Misión: “ser única universidad estatal, le corresponde con exclusividad dirigir, organizar y desarrollar la educación superior del estado y así como la difusión de la cultura en todas sus manifestaciones. Promoverá por todos los medios a su alcance la investigación en todas las esferas del saber humano y cooperará con el estudio y solución de los problemas nacionales”; su Visión expresa que “ es la institución de educación superior estatal, autónoma, con una cultura democrática, con

enfoque multi e intercultural, vinculada y comprometida con el desarrollo científico, social y humanista, con una gestión actualizada, dinámica, efectiva y con recursos óptimamente utilizados para alcanzar sus fines y objetivos, formadora de profesionales con principios éticos y excelencia académicas, pone de manifiesto las orientaciones estratégicas que han de guiar a la USAC.

En el plan se establecen ejes estratégicos de acción de las tres funciones básicas de la USAC: investigación, docencia y extensión, y, tres Áreas estratégicas de intervención: académicas, liderazgo institucional y, sistema de gobierno y administración, en las que se destacan las siguientes líneas estratégicas:

- la de vinculación de las actividades de investigación, docencia y extensión en las unidades académicas;
- fortalecimiento permanente de los sistemas de estudios en todos los niveles;
- fortalecimiento de los programas de post grado existentes en la USAC y;
- la descentralización y desconcentración universitaria.

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se carece de una estrategia para el desarrollo y desconcentración de los estudios de postgrado en Salud Pública, especialmente de la MSP dirigida a los Centros Universitarios Regionales. Las opiniones y valoraciones de los directivos, docentes, administrativos y profesionales que laboran en la sede central (con amplitud en anexo 11) y en los centros regionales, reconocieron la necesidad del desarrollo de estos estudios para los profesionales de la salud que trabajan en ellos y en las regiones donde se sitúan. Desde 2003 en la USAC se diseña y aprueba el plan estratégico de esta institución en el que se considera la implementación de diferentes estudios de postgrados de diversas facultades. La USAC, Facultad de Ciencias Médicas, desde 1974 desconcentra la carrera de Medicina en el CUNOC, en la actualidad estos estudios se realizan también en el CUNORI, CUNOR, CUNSUR y CUSAM, los que están contribuyendo a la formación de un gran número de futuros graduados en el campo de las Ciencias Médicas, que posteriormente requieren continuar estudios superiores de posgrado en

diferentes perfiles que les permitan un mejor desempeño profesional en las diversas áreas de las Ciencias Médicas y de la salud.

En cuatro Centros Regionales de la USAC: CUNOR, situado en Cobán, Alta Verapaz, CUNOC en Quetzaltenango, CONURI en Chiquimula y CONSUR en Escuintla, a pesar de la implementación del plan estratégico de la USAC, la Facultad de Ciencias Médicas sólo ha apoyado la desconcentración de la carrera de Medicina y algunos postgrados clínicos, no así la iniciación de estudios de postgrado en el área de la Salud Pública.

Es a partir del análisis realizado en cada uno de los cuatro centros mencionados como se identificó la necesidad de diseñar e implementar una estrategia de desconcentración para el desarrollo de los estudios de postgrado en Salud Pública, mediante un sistema integrado de acciones creadas por el autor y un equipo de trabajo, dirigidas a contribuir a la formación de especialistas, Maestros y/o Doctores en el área de conocimiento de la Salud Pública. La estrategia posibilitará la formación de niveles avanzados, con esto fortalecer la capacidad técnica del personal de los servicios de salud de las regiones que participan en la investigación y en la atención de la Salud Pública en sus respectivos territorios.

La etapa diagnóstica para formular la estrategia se desarrolló desde el 10 de mayo hasta 10 de agosto del 2014. Se realizó una caracterización de los estudios de postgrados en los cuatro centros regionales, los relacionados con el campo de la salud y, principalmente, con la Salud Pública.

➤ **Caracterización de la situación de los estudios de postgrados existentes en los cuatro Centros Universitarios Regionales seleccionados en relación con el área de conocimiento de la Salud Pública.**

En estos Centros no estaban identificados los estudios de postgrados relacionados con el área de la Salud Pública. En la documentación oficial y bibliografía revisadas por el autor no existen publicaciones, ni intervenciones previas para la desconcentración de estudios de postgrado. Los profesionales, especialmente, los que responden al campo de la

salud, y que laboran en estos Centros, reconocieron que son muy difíciles las posibilidades de realizar estudios de postgrado en el campo de la salud pública, siendo insuficiente disponibilidad de recursos humanos calificados para desarrollar estudios de postgrados.

3.6.2. Momento normativo

➤ Visión y Misión

Se definió lo que se quería alcanzar y cómo se pretendía hacerlo. Incluyó dos sub-momentos: la identificación de la visión, misión, objetivos, construcción de escenarios y el diseño de los planes y proyectos de intervención.

Ambas se plantearon en un espacio de reflexión y se construyeron para sociabilizarse con los diferentes directivos y profesionales de los cuatro centros universitarios de la USAC con el fin de lograr la desconcentración de la MSP.

• Visión

La Maestría en Salud Pública y otros postgrados desconcentrados se desarrollan en forma satisfactoria en los diferentes centros universitarios regionales que se vinculan a esta institución.

• Misión

La USAC procura brindar todos los recursos necesarios para el desarrollo de la Maestría en Salud Pública y otros estudios de postgrado en el campo de la Salud Pública de utilidad para la construcción de la salud de la población de los territorios sedes de los centros regionales y de Guatemala.

➤ Valores

Los centros universitarios se caracterizaran por su credibilidad, confianza, responsabilidad y excelencia académica.

➤ Objetivos

• General

- ✓ Diseñar una estrategia de acciones que garanticen la desconcentración de la Maestría en Salud Pública en cuatro centros regionales de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

- **Específicos**

- ✓ Determinar las acciones que integren los componentes del sistema para desconcentrar los estudios de MSP.
- ✓ Identificar las áreas de resultado clave y los factores críticos de éxito en la intervención.
- ✓ Valorar la efectividad del Plan Operativo para ofrecer en un futuro, programas de especialización, Maestría o Doctorado en Salud Pública en el área de influencia de los centros regionales.

- **Resultados esperados**

El funcionamiento de la MSP en los centros universitarios regionales de Cobán, Escuintla, Chiquimula y Quetzaltenango.

- Contribuir con otros estudios de postgrado de Doctorado en el campo de la Salud Pública.
- Incrementar la formación de recursos humanos con un nivel superior que puedan dedicarse al desarrollo de la docencia y la investigación.
- Contribuir a perfeccionar la MSP con la ejecución de la misma en los centros regionales.

- **Exigencias metodológicas que sustentan la estrategia**

- Abordar el problema planteado desde una perspectiva sistémica amplia y cohesionada basada en el análisis de los componentes de desconcentración, descentralización, regionalización, desarrollo curricular de postgrados y formación de recursos humanos en Salud Pública.
- Se toman en cuenta las necesidades y perspectivas de los centros universitarios regionales para su participación activa en la estrategia.

3.6.3. Momento estratégico

➤ Componentes claves de la estrategia

- El sistema integrado de acciones.
- El control sistemático para mejorar los procesos de intervención.
- La voluntad de directivos: Rector de la USAC, el SEP, Dirección de Docencia, Decano, Director de la escuela de Estudios de Posgrado y Coordinador de Maestrías y especialidades de la Facultad de Ciencias Médicas y Directores de los centros regionales de la USAC.
- Participación de profesores y profesionales de la USAC y de las regiones donde están los centros universitarios. Para esto se detecta las condiciones y capacidades actuales y las futuras que puedan ser necesarias para lograr la desconcentración de la maestría en Salud Pública, como se presentan en la siguiente tabla resumen:

TABLA RESUMEN. Coincidencia u opiniones comunes de autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas sobre las condiciones y capacidades para lograr la desconcentración de la MSP a cuatro centros regionales de la USAC.

ASPECTO	OPINIONES DE DECANO, DIRECTOR DE ESCUELA , COORDINADOR DE MAESTRIAS, COORDINADOR DE EDUCACION CONTINUA Y COODINADOR DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
Condiciones actuales	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de una maestría en Salud Pública, primer postgrado con esta categoría en la Facultad de Ciencias Médicas, • Se cuenta con un programa de maestría estructurado y vigente, • Experiencia de cerca de 20 años en formar maestros en Salud Pública, • Varias cohortes realizadas y buen número de maestros graduados, • Se ha egresado profesionales de distintas regiones del país.
Condiciones a futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Una escuela de posgrados con más futuro, • Intercambio de profesores, • Reclutamiento de recurso humano calificado a nivel local o regional, • Aprovechar el dinamismo de los actuales docentes en nuevos proyectos, • Incorporar profesores fuera del nivel central, • Traer a los centros algunos especialistas, • Dar facilidades en incorporar profesionales de las cabeceras, • El doctorado en Salud Pública puede extenderse y apoyar a los centros.
Disposición o voluntad política de autoridades	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura total para trasladar el programa de MSP, • Apertura y disposición total para apoyar docentes innovadores, búsqueda de recursos materiales y humanos para implementar el proyecto de desconcentración, • Las decisiones políticas son importantes y se debe tomar el rol protagónico ahora con la desconcentración, • La desconcentración depende de los centros, acá hay voluntad de hacerlo, esto hay que apoyarlo. Se puede lograr impacto con la desconcentración.

FUENTE: Anexo 11. Posición de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas sobre las condiciones y capacidades en recursos humanos, tecnológicos, instrumentales y programas para desconcentración de posgrados en salud pública a centros regionales: CUNOR, CUNORI, CUNSOR Y CUNOR.

➤ **Análisis del ambiente o campos de fuerzas**

Con el análisis externo e interno realizado en los cuatro centros regionales se pudo identificar los aspectos del ambiente que pueden ejercer influencia en el logro de los objetivos propuestos en la formulación de una estrategia de desconcentración, lo cual propició el desarrollo de relaciones colaborativas y de trabajo en equipo.

Se describe a continuación lo que en conjunto de cuatro centros universitarios se ha analizado e interpretado.

● **Análisis interno**

✓ **Fortalezas**

- F1. Se dispone de infraestructura de aulas tradicionales y virtuales, biblioteca, oficinas de administración, laboratorios de computación y otros.
- F2. Se cuenta con personal de administración y los procesos administrativos se realizan de manera técnica y eficiente
- F3. Funcionan departamentos de Postgrado que poseen experiencia en programas de este nivel.
- F4. Se cuenta con la carrera de medicina para el futuro de producción de más profesionales médicos y de optantes a postgrados.
- F5. Maestros en salud pública egresados USAC con interés en participar y realizar acciones en las Áreas de Salud.
- F6. Presencia de profesionales de diferentes disciplinas interesados en su desarrollo.

✓ **Debilidades**

- D1. Escasa presencia en la región de profesores nacionales o extranjeros con especialidad en salud pública
- D2. No hay suficientes docentes de postgrado en Salud Pública a nivel local.
- D3. No se cuenta con experiencias de maestrías en diferentes campos.
- D4. Escaso presupuesto de los centros regionales, limitado e insuficiente para el desarrollo de postgrados
- D5. Insuficiente desarrollo de los estudios de postgrado en el área de Salud Pública

- **Análisis externo**

- ✓ **Oportunidades**

- O1. Gran número de profesionales interesados en maestrías en el campo de la Salud Pública en las regiones.
- O2. Posibilidades de financiamiento de distintas organizaciones para ofrecer becas a estudiantes de postgrado.
- O3 Gran número de egresados de todas las carreras de diferentes instituciones docentes públicas y privadas hasta el momento y los que se están formando con marcado interés en continuar estudios de postgrados,
- O4.Conformación de un sistema integrado de salud con participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales
- O5. Identificación de Redes de Salud para un mejoramiento de la atención y el desempeño del programa de MSP.
- O6.Participación de instituciones internacionales en los Programas de Maestría.
- O7.Interés de instituciones y organismos de nivel público (IGSS) y privado en la oferta de estudios de postgrados.

- ✓ **Amenazas**

- A1. Presencia en el territorio de otros centros de Universidades privadas que implementen estudios de postgrados en el nivel de Maestría y Doctorado en SP. Competencia de universidades privadas en la región
- A2. Egresados de Maestrías en Salud Pública de Universidades Privadas cerraron una cohorte exitosamente, lo que atrae a otras opciones.
- A3. Cambios de los gobiernos regionales y locales, con injerencia en la política del gobierno de turno
- A4. Imposibilidad de contratar los profesionales nacionales o extranjeros por la universidad de forma permanente o temporal para la docencia de postgrado de Maestrías.
- A6. Cambio de Prioridades de país, con cambio de Gobierno
- A9. La orientación social de USAC vrs. Corriente neoliberal de otras universidades.

Con el análisis de las fuerzas actuantes se determinaron las alternativas de solución mediante la matriz DAFO y se elaboró el plan operativo que da salida a la estrategia que se diseñó con la participación de autoridades universitarias de los centros, facilitadores y, posteriormente, se realizó la validación por expertos.

➤ **Descripción de las alternativas**

• **Alternativa FO: F1-F3-O2-O3**

Crear un grupo de profesionales y personal administrativo de los departamentos de posgrados de las sedes para desarrollar la estrategia de desconcentración en las sedes regionales del programa MSP de la USAC.

• **Alternativa FA: F3-A2**

Aprovechar la experiencia de los departamentos de postgrados de las sedes seleccionadas y promover la MSP de la USAC en los Centros de Universidades privadas de las regiones.

• **Alternativa DO: D1-D2-D3-D5-O2-O4-O6**

Trazar un programa para la preparación de profesores de las sedes regionales en el área de la Salud Pública que contribuya al desarrollo de la estrategia, con participación de expertos profesores en el área de la Salud Pública nacionales y extranjeros y este deberá estar aprobado por la máxima autoridad de la FCM de la USAC.

• **Alternativa FA**

Establecer a través de un proceso de concertación e interrelación entre los centros Regionales, las áreas de salud y la facultad de Ciencias Médicas de la USAC una estrategia de desconcentración del programa de la Maestría de Salud Pública mediante un sistema integrado de acciones que posibilite el desarrollo de la Salud Pública y el mejoramiento de la salud de la población.

➤ **Áreas de resultados claves y factores críticos de éxito**

• **Áreas de resultados claves (ARC)**

- ✓ Infraestructura, logística y aseguramiento necesario para el desarrollo de la estrategia.

- ✓ Aplicación de los sistemas de control de la calidad del desarrollo de la estrategia.
- ✓ Preparación de los recursos humanos.
- **Factores críticos de éxito**
- ✓ Infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de las necesidades de los Centros regionales.
- ✓ Disponibilidad de los recursos materiales necesarios.
- ✓ Recursos humanos especializados.

3.6.4. Momento operacional

➤ Plan de acción

OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	METAS	ACCIONES
<p>1. General</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseñar una estrategia de acciones que garantice la desconcentración de los estudios de postgrado de Maestría en Salud Pública de Salud Pública en centros regionales de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Una estrategia elaborada, ➤ Una estrategia comunicada a los centros regionales. ➤ Una estrategia aceptada y adoptada en los centros regionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuatro centros regionales como máximo ➤ Un centro regional como mínimo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferir la propuesta del diseño de la estrategia de desconcentración a los centros regionales de la USAC en Cobán, Chiquimula, Escuintla y Quetzaltenango. 2. Aprobar la oferta educativa en los Centros Regionales. 3. Implementar la desconcentración de la MSP
<p>2. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar las acciones que integren los componentes del sistema para desconcentrar los estudios de MSP. ➤ Identificar las áreas de resultado clave y los factores críticos de éxito en la intervención. ➤ Valorar la efectividad del Plan Operativo para ofrecer en futuro programas de maestría 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ % de acciones estratégicas definidas, ➤ % Consejos directivos de los centros regionales aprobando la estrategia y las acciones, ➤ Cantidad de financiamiento o cofinanciamiento presupuestado ➤ % de acciones 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuatro centros regionales como máximo ➤ Un centro regional como mínimo ➤ dos entrevista con rector de USAC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar con la Facultad de Ciencias Médicas. 2. Realizar divulgación de los programas. 3. Hacer mercadeo para demanda. 4. Hacer alianzas con áreas de salud y organizaciones regionales o locales. 5. Presentar el proyecto a Rectoría de la USAC.

<p>o Doctorado de Salud Pública en el área de influencia de los centros regionales.</p>	<p>centros que participan,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cantidad de niveles de formación de postgrado aprobados, ➤ % de contactos con directores de centros regionales y coordinadores de postgrado. ➤ Número de Contactos con Rector de la USAC. 		<ol style="list-style-type: none"> 6. Buscar cooperación de financiamiento. 7. Capacitar en el desarrollo gerencial y administrativo. 8. Identificar profesionales con formación de académica. 9. Acordar sobre infraestructura física y tecnológica para la docencia. 10. Poner en marcha los programas.
<p>3. Resultados esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lograr en el término menor de cinco años el funcionamiento de la MSP en los centros universitarios regionales de Cobán, Escuintla, Chiquimula y Quetzaltenango. ➤ Contribuir con otros estudios de postgrado de Doctorado en el campo de la Salud Pública. ➤ Incrementar la formación de recursos humanos con un nivel superior que pueda dedicarse al desarrollo de la docencia y la investigación. ➤ Contribuir a perfeccionar la MSP con la ejecución de la misma en centros regionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ % de centros funcionando con programas de post grado en Salud Pública ➤ Número de postgrados autorizados en Maestría y doctorado. ➤ Número de optantes a programas de post grado en salud pública ➤ Número de centros regionales con postgrados de salud pública 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Máxima de 4 de 4. ➤ Mínima 2 de 4. ➤ 160 (40 en cada centro) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobar la propuesta del diseño de la estrategia a los centros regionales de la USAC en Cobán, Chiquimula, Escuintla y Quetzaltenango, 2. Acordar la coordinación y acompañamiento de la Facultad de Ciencias Médicas mediante cartas de compromiso, 3. Actualizar estudio de demanda en cada centros regional, 4. Gestionar con áreas de salud y organizaciones la cooperación, 5. Presentar el proyecto al nuevo rector de la USAC, 6. Poner en marcha las convocatorias para los programas de postgrado en Salud pública.

Capítulo 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se realiza la discusión de los resultados descritos previamente, según los objetivos propuestos en el orden de los siguientes acápite.

4.1. Desarrollo del Programa de la Maestría en Salud Pública de la USAC de Guatemala de 1996 a 2012

Durante la VII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de salud, celebrada en Granada, España en septiembre de 2005 fue creada la Red Iberoamericana Ministerial de aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS) y ratificada en la IX Conferencia en Iquique, Chile, en julio 2007. Todo esto con el fin de avanzar hacia el fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y la investigación en salud. (RIMAIS;2008)

En la FCMM de la USAC se inició la promoción de la enseñanza e investigación en salud pública en la década de los 80, esta institución docente se propuso la apertura de esta área de conocimiento desde el pregrado con un mayor impulso en el postgrado, una consecuencia es el surgimiento del programa de la Maestría de Salud Pública en 1996, en el que su componente de investigación está en las estrategias de aprendizaje, en su desarrollo y en el resultado al presentar y defender una tesis.

La disminución de alumnos que por abandono de los estudios y otros que no finalizan sus trabajos finales para ser graduados es una situación que ocurre en la MSP de la FCMM de la USAC, este es un fenómeno que se presenta en diversas maestrías del mundo, si bien, por la coordinación del programa se realizaron diferentes acciones para elevar el número de graduados, los resultados de esta investigación reflejan que la deserción y la eficiencia terminal global en las seis cohortes de egresados son hechos que estuvieron presentes durante el periodo 1996 al 2012, situación similar se presenta en la Maestría en Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina, donde se hace un análisis de la eficiencia terminal y se encontraron valores más bajos (Rodríguez, 2012) al hallado en la MSP de la USAC y las razones que explican este resultado son similares a los encontrados por el autor de esta investigación.

4.2. Caracterización de graduados y las tesis

La investigación, dentro de las Maestrías, se observa a partir de la producción de las tesis, éstas, deben responder a las líneas de investigación declaradas en el programa de estudio que, a su vez, son problemas identificados y con necesidad de darle solución.

Un campo particular de considerable importancia para el mejoramiento de la salud de la población es la Salud Pública, en la actualidad las 11 FESP agrupan necesidades de indagar y que de alguna forma puede resolverse con la práctica de competencias en el campo de la investigación, y, son los programas de Maestría con un eje de investigación donde se encuentra esta oportunidad.

En la actualidad son retos de las instituciones formadoras la revisión y el análisis de las áreas críticas del conocimiento basado en la práctica de competencias en Salud Pública. En la USAC, la MSP en la actualidad está desarrollando un diseño basado en el enfoque por competencias, de esto se deriva que los tipos de estudio realizados, los enfoques utilizados y las temáticas abordadas culminan con la presentación de la tesis de grado en áreas de la Epidemiología, Gestión de la salud, Salud ambiental, principalmente, que se realizan con la finalidad de mostrar las competencias adquiridas y estudiar los problemas que los cursantes consideran de interés, que están relacionados con las áreas programáticas mencionadas, con el énfasis o especialidad que han tomado y con las líneas de investigación establecidas. Esto es análogo con lo presentado en algunos estudios realizados desde la configuración de las tesis por Gálvez, Sanabria y Perdomo en Cuba, y, Goncalvez en Brazil, que exponen que las líneas de investigación de las maestrías están diseñadas en concordancia con las prioridades establecidas, los estudios de pertinencia local y los métodos y diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos.

Los resultados de esta investigación muestran que más de la mitad de los graduados han realizado la especialidad de Epidemiología y una tercera parte de Gestión en salud; estas dos disciplinas se mantienen en la actualidad como las de mayor importancia en la salud pública, puede ser explicado por el auge

que han cobrado ambas para los profesionales y no cabe duda que en Guatemala son las que más pueden introducir especialistas en los nuevos desempeños de los sistemas de salud por agrupar problemas que aún persisten.

Es interesante señalar que aparecen en las tesis presentadas, que los mayores resultados se agrupan en el campo de la Gestión en salud y en Epidemiología, sin duda se corresponde con los problemas de salud en Guatemala y que son, prioritariamente, visualizados desde estas disciplinas básicas de la salud pública y desde las funciones del trabajo que realizan los profesionales, principalmente, como epidemiólogos y docentes. El interés por investigar en la salud ambiental aún no se muestra de forma satisfactoria en los resultados de este estudio, lo que es conveniente que los profesores motiven a los cursantes en las próximas cohortes.

Es baja congruencia entre el énfasis o especialidades y la temática investigada; esta congruencia es relativamente mayor en epidemiología y menor relación en Gestión de salud y muy baja congruencia en Salud ambiental. Lo esperado en el modelo de la maestría es que los temas que se desarrollan como investigación para el tema de tesis correspondan al énfasis, buscando que exista correspondencia total en las tres áreas y sobre el cual se profundiza en los estudios, por tanto, este propósito se ha logrado parcialmente, no se ha hallado en las referencias revisadas por el autor estudios en que se trate esta relación en los programas de Maestrías u otros postgrados en Salud Pública.

En cuanto al tiempo que transcurre entre la conclusión de los cursos de la Maestría y la presentación y defensa de tesis, el menor tiempo requerido para realizar el examen privado ha sido de tres meses y para el examen de graduación, cuatro; se destaca que con el propósito de lograr la conclusión de sus estudios se han presentado y defendido en exámenes con un mayor tiempo requerido para examen privado ha sido de hasta 156 meses y, para la graduación de 160. Lo planificado en el programa de MSP da muestra de eficiencia y dedicación por estudiantes, profesores y tutores para lograrlo, mientras que lo segundo puede considerarse todo lo contrario y que este incumplimiento desfavorece la excelencia académica.

Aunque el programa vigente indica que dos años es un tiempo límite para realizar requisitos de exámenes privados y públicos, el promedio está en el tiempo esperado pero con varianzas amplias. Se puede especular que se ha dado legalidad a más tiempo de vigencia para la presentación de las tesis, independientemente de las normas establecidas posiblemente por algún tipo de dispensa o readecuación de la norma, lo cual debe revisarse en busca de calidad académica.

Los temas de participación social, calidad de la atención y la salud sexual y reproductiva, han sido los más investigados. Es parte de nuestra realidad que los problemas de salud más frecuentes, prioritarios y no atendidos, caen dentro de estos temas de interés para el epidemiólogo, para el gerente, el planificador y debiera serlo para el político. Cerca de la totalidad de temas se investigaron a nivel local, ya sea institucional, municipal o departamental, mínimo, menos de la décima parte se han investigado a nivel regional o nacional. Investigar a nivel local es importante pero debe dársele mayor extensión y profundidad, lo que no se ve, pues; en cuatro quintas partes se utilizó el enfoque cuantitativo, cerca de la mitad de estudios han sido de tipo descriptivo y la cuarta parte descriptivos transversales, esto revela claramente que se siguen midiendo los fenómenos o las variables que están alrededor de los fenómenos, pero no se avanza en la complejidad determinación social, en propuestas de estudios en búsqueda de las asociaciones o causalidad más profunda. La investigación realizada por Sanabría en Cuba en la Maestría en Promoción y Educación para la salud nos muestra que en más de la mitad de las tesis defendidas estaban en concordancia con las líneas de investigación establecidas. En otro estudio realizado, Gálvez en el mismo contexto sobre la producción científica en la maestría de economía de la salud se hace referencia a que las líneas de investigación de la maestría de Economía de la Salud están diseñadas en concordancia con las prioridades de este campo del saber en dicho país, esto es similar a la investigación de la MSP en el contexto de Guatemala.

Se observa la inclinación de los graduados de MSP por realizar estudios descriptivos, predomina el interés en medir, cuantitativamente, los fenómenos y los factores relacionados, las explicaciones son puramente derivadas de mediciones estadísticas de probabilidad. Está surgiendo apertura para otros

tipos de estudios cuantitativos más complejos, también los de intervención y aquellos basados en el estudio de los fenómenos donde se usa enfoque cualitativo. Se han realizado pocos estudios analíticos de casos y controles. Cerca de una quinta parte, los estudios son prospectivos y de intervención. Incursionar en la investigación más compleja sobre los temas estudiados podría aportar información relevante para tomar adecuadas decisiones dirigidas a las causas y a la medición del efecto de las intervenciones.

La Producción de tesis de la Maestría en Salud Pública, en la Universidad de San Carlos de Guatemala presentadas en el periodo de 2000 a 2012 aportan información de utilidad para la docencia, es pertinente su transferencia a los niveles locales, institucionales y de toma de decisiones. En la academia y la práctica de la Salud Pública, en la planificación e implementación de acciones. Es razonable retomar los temas estudiados a nivel local con enfoques descriptivos para desarrollarlos a nivel regional o nacional y con enfoques más complejos sean cuantitativos o cualitativos.

La transferencia de conocimiento generado se debiera de realizar a través de los mismos investigadores o de los profesores del programa de Maestría en Salud Pública. Se deben encaminar acciones para reducir el tiempo de graduación o acelerar la graduación de largo tiempo, sería una medida exitosa pero requiere más compromiso del estudiante investigador, del asesor y de la administración académica del programa de Maestría en Salud Pública de la USAC y, así, lograr en tiempo mínimo el recurso nuevo para la sociedad, direccionándolo en la desconcentración a distintas regiones del país para la formación de recurso humano especializado en Salud Pública, esto es una acción necesaria y puede desencadenar el logro del propósito de estos estudios, con impacto seguro en la Salud Pública nacional.

4.3. Experiencias de la coordinación de MSP

En 2006 Martínez-Cruz, (2007) realizó estudio en 77 instituciones que desarrollaron programas Maestrías y Doctorados en Salud Pública, en Hispanoamérica: América del Norte (incluida Canadá), 31 institución; América del Sur 41 institución; América Central, 10 instituciones y Europa (España) 5

instituciones. Al respecto establece como características de los programas en estas regiones, las siguientes: En el área de Norteamérica incluida Canadá: van dirigidas a analizar, los enfoques y tendencias a tener en cuenta son los cambios demográficos y epidemiológicos que se están produciendo a nivel mundial, el papel de los profesionales en la elaboración de políticas de salud, la búsqueda de nuevas vías para fortalecer las capacidades nacionales e institucionales. La finalidad es preparar líderes en la práctica de la Salud Pública internacional. En Centroamérica: se observa un patrón similar al de América del Sur en cuanto a temáticas abordadas en los programas donde se hace énfasis en Gerencia de los Sistemas de Salud, Gestión de Recursos Humanos en Salud, Epidemiología, Estadística y Economía de la salud. En América del Sur, no exhibe uniformidad en las temáticas impartidas, tanto al nivel de país, como de región. No obstante existen temáticas que aparecen de forma permanente en los programas de estudio. En Centroamérica y América del Sur, se constata que el énfasis de las maestrías en Salud Pública radica fundamentalmente en las temáticas de Epidemiología, Bioestadística, Economía de la Salud y Gerencia en los Sistemas de Salud, en todas las instituciones analizadas.

En tanto el programa de MSP de la USA en Guatemala se inició en 1996, la mayoría de las seis cohortes han tenido un máximo de 30 cursantes inscritos cada una, con duración de dos años y se realiza una nueva cada vez que finaliza la anterior. La experiencia de la USAC muestra que en la medida que las cohortes avanzaron se fueron reduciendo por retiro voluntario o, bien, por los requisitos de promoción del programa, lo que contribuyó al porcentaje de deserción cercana a una tercera parte del total, debido a múltiples razones, entre algunas: el ritmo fuerte en los programas académicos, el tiempo se requiere para las múltiples compromisos dentro de las actividades presenciales y no presenciales, lo que se descuida, exigencias de los distintos profesores, exigencias de los integrantes de grupos de estudio, las pruebas o exámenes, la continuidad del programa, el tiempo para el traslado de las sedes de trabajo, las fechas límites de entrega de trabajos, situaciones inesperadas de salud y atrasos en los pagos de la escolarización y matriculación. Otras más como los compromisos extraordinarios en los centros de trabajos de los profesionales

como asistir a reuniones en el extranjero y, finalmente, el incumplimiento marcado por los requisitos de promoción. Estas situaciones son similares en múltiples programas de postgrado y deben considerarse en las convocatorias, en los procesos de selección y en el mismo desarrollo de los programas, porque, directamente, también se vinculan con el logro de una adecuada o aceptable tasa de graduación. En el caso particular de la MSP esta tasa está por encima de la mitad de los que ingresan, aunque no todos los graduados lo hacen en el tiempo límite programado, se ha dado prórroga para lograr la graduación. Realmente el porcentaje de la eficiencia terminal es más bajo que el porcentaje de graduación ya que este se refiere a los graduados que se registran, algunos mas allá del tiempo programado, este aspecto ya se discutió pero es pertinente resaltar que muchos programas de postgrado en Guatemala y fuera de Guatemala se tiene este problema.

Una fortaleza del programa de MSP es que siempre ha tenido profesores de tiempo completo; en la USAC es el único programa de postgrado que cuenta con profesionales destinados exclusivamente para desarrollar las funciones docentes y de coordinación. El programa se ha enriquecido con la participación de profesores invitados nacionales e internacionales de distintas instituciones como el Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud y USAC, principalmente, esto es importante porque amplía el panorama, transfiere diversas experiencias y permite el análisis crítico de las diversas situaciones de aprendizaje de la realidad nacional. Quedarse nada más con los puntos de vista e información de los docentes de planta limita el conocimiento y el aprendizaje.

Habiendo trascurrido las primeras cuatro cohortes, que corresponden a una década de experiencias realizadas. Fue en 2005 cuando se realizó una autoevaluación del programa con la finalidad de hacer una reestructuración y un plan de mejoramiento continuo, que se inició en 2007 con enfoque por competencias y metodología basada en el constructivismo. Esta base del constructivismo (Cardona Ossa, 2010) y el diseño de entornos de aprendizaje constructivista han suscitado considerable interés según lo plantea Bodner, Jonassen, Duffy y Jonassen, por ello se consideró pertinente para esta nueva

orientación del programa de MSP. Según Bodner, el modelo constructivista de conocimiento se puede resumir en la siguiente frase: el conocimiento es construido en la mente del aprendiz. Desde un punto de vista constructivista, los datos que percibimos con nuestros sentidos y los esquemas cognitivos que utilizamos para explorar esos datos existen en nuestra mente. De acuerdo con Kakn y Friedman el aprendizaje constructivista se caracteriza por los siguientes principios: de la instrucción a la construcción. Aprender significa transformar el conocimiento; del refuerzo al interés, en donde los estudiantes comprenden mejor cuando están envueltos en tareas y temas que cautivan su atención.

4.4. Labor y contribuciones de los profesores

En el claustro, hay profesores que están en el programa desde el inicio de la Maestría en Salud Pública, valoran haber participado en la formación de maestros en Salud Pública, le otorgan importancia a la Maestría en el desempeño profesional de los graduados, en su desempeño Intelectual y prestigio profesional. Su ejercicio ha estado en investigación, en epidemiología, en promoción de la salud, en gestión de salud y en ambiente y los principales lugares donde han ejercido la docencia son: La Universidad de San Carlos, especialmente, en la Maestría de Salud pública, en otros programas de la USAC y en eventos científicos y académicos de profesionales. Han publicado en promedio, al menos, un artículo por año y como función especial han realizado asesoría y revisión de tesis de grado. Todo lo que se constituye como una experiencia favorable para ampliar el panorama de acción de la MSP.

Los profesores consideran que son positivas las contribuciones de las tesis que han asesorado o revisado, para la reproducción de conocimiento en la Universidad de San Carlos, especialmente en la Maestría de Salud Pública, en la toma de decisiones en instituciones nacionales como el IGSS, municipalidades, ONGs en salud, MSP y AS, como consulta en centros de documentación y bibliotecas y en el trabajo de los graduados. Consideran que el propósito por el que se fundó la Maestría se ha logrado en buena medida.

Se han visto poco involucrados en la práctica de las once funciones esenciales de la salud pública, más en algunas como monitoreo, análisis y evaluación de

la situación de salud; vigilancia de la salud, Investigación y control de riesgos y daños a la salud pública; en promoción de la salud, participación social y desarrollo de políticas.

Las experiencias vividas por los profesores les permite resaltar que sus contribuciones a través del programa de MSP a las necesidades sociales y de salud pública en Guatemala, han sido: desarrollando la capacidad de los profesionales, haciendo investigación sobre problemas de salud prioritaria en Guatemala, proponiendo proyectos de desarrollo comunitario en salud pública, dando asesoría en proyectos de promoción y educación y de Salud Ambiental al Ministerio de Salud Pública.

Se rescata la opinión de los profesores quienes indican que las expectativas de desarrollo laboral de los graduados se encaminan, principalmente, a ejercer como investigadores, ejercer como profesores universitarios y practicar como asesor o consultor nacional. Las expectativas de desarrollo académico se encaminan hacia estudios de doctorado, pertenecer a una sociedad científica nacional, en menor intención hacer estudios de especialización post-Maestría y pertenecer a una sociedad científica internacional.

Las Estrategias que los profesores sugieren para fortalecer los estudios de MSP en la USAC son las siguientes: evaluación permanente del programa, definir un perfil de necesidades de formación y capacitación para los docentes, ampliar el campo de formación en diversas disciplinas de la salud pública, lograr la extensión de las funciones de formación y capacitación hacia sedes departamentales, realizar las cooperaciones a nivel nacional e internacional para intercambio en docencia, de investigación conjunta y publicación de los estudios, utilizar diversas opciones en la Administración y gestión del programa y concursar por fuentes de financiamiento para la formación y la investigación.

4.5. Evolución de los programas de Maestría en Salud Pública y desempeño de los graduados y no graduados

En la evolución que ha tenido el programa de Maestría en Salud Pública (MSP), a lo largo de 15 años, se ha dado bajo la existencia de dos programas curriculares diferentes, siendo el programa 1 de MSP el aplicado a los cursantes en las primeras cuatro cohortes que se realizaron de 1996 a 2004, y el programa 2 se realizó con las dos últimas cohortes en el periodo de 2007 a 2010. Los Graduados de la MSP son los cursantes que habiendo finalizado los dos años de estudios escolarizados o curriculares, presentan su tesis, aprueban el examen privado y el examen público para obtener el grado de Maestro. Por otra parte, los no graduados son los cursantes de la MSP que habiendo finalizado los dos años de estudios escolarizados o curriculares, también han presentado su trabajo de tesis pero no han realizado el examen privado ni el examen público, estando pendientes de obtener el grado de Maestro.

El representante de la OPS en Argentina, Juan Manuel Sotelo, (**Borrell y Rovere, 2004**) sobre la formación de recursos humanos en Salud Pública, sus paradigmas y desarrollo, señala que la formación de postgrado en Salud Pública es un proceso fundamental para el desarrollo de la salud, estos recursos humanos y su capacitación, son críticos y capaces de hacer una diferencia cuando se trata de mejorar la salud. En Argentina la formación sistemática en Salud Pública es una situación paradigmática, se inicia en la década de los 60, con cursos en el Ministerio y otros en la Universidades, a inicios del siglo XXI se ofrecían en Argentina 8 Maestrías en Salud Pública, más tarde 112 postgrados de larga tradición crearon la red de postgrados en Salud Pública. (**Borrel y Rovere, 2004**)

En la Universidad de San Carlos de Guatemala (**USAC, 2005**), los estudios de postgrado son aquellos que conducen a la obtención de grados académicos superiores a la licenciatura y que se realizan con el propósito de actualización de conocimientos, de estudios especiales y de obtención de grados académicos de Maestro y Doctor. Para la obtención del grado de Maestro se

debe presentar un trabajo de investigación que corresponde a una Tesis. En este sentido Hernández (2006) expresa que la tesis es el documento que expone los resultados científicos alcanzados por el aspirante en su trabajo de investigación. Las experiencias en diversos contextos o instituciones educativas superiores revelan dos momentos importantes: la escritura y la defensa de la tesis. La tesis además de los requisitos de orden metodológico debe cumplir con exigencias en cuanto a novedad, actualidad y originalidad en el tratamiento del tema, su fundamentación científica y las posibilidades de introducción en la práctica. Por su parte Cruz Cardona (2003) plantea que las maestrías son postgrados cuyo propósito es brindar conocimientos avanzados en un campo del saber académico o profesional, usualmente, de carácter interdisciplinario en las ciencias, las artes, las letras o la tecnología. El entrenamiento básico en investigación suele acompañar a este tipo de programas, particularmente, en aquellos conocidos como maestrías académicas.

Es oportuno señalar que la maestría en Salud Pública de la USAC fue creada con el propósito de contribuir con la formación de profesionales que se constituyan como agentes de cambio social y apoyen el desarrollo de la Salud Pública en Guatemala, con una sólida capacidad científico-tecnológica, epidemiológica, humanística, ética, moral y ambiental, altamente capacitado para promocionar y educar en salud, que se desempeñe, competentemente, en los ámbitos: comunitario, nacional y regional.(USAC, 2008) El programa ha estado abierto a profesionales de varios campos disciplinarios, sin limitaciones de género, etnia y edad. Ha evolucionado con dos programas durante 15 años, en ambos se ha identificado el predominio e incremento de mujeres en todas las seis cohortes de 1996 a 2010. Hoy las mujeres están incursionando más en diversos campos de formación profesional, el número sigue una tendencia creciente.

Las medianas de edad desde el inicio de la Maestría han ido en incremento. se puede proponer que profesionales ya mayores han incursionando, posiblemente en búsqueda de su realización personal después de haber laborado por buen tiempo, o bien, para actualizar sus conocimientos y

adquirir nuevas competencias. Las competencias se han definido como las funciones, tareas y roles de un profesional para desarrollar, adecuadamente, su puesto de trabajo, que son resultado de un proceso de capacitación y calificación. Las competencias construyen las capacidades de transferir habilidades, actitudes, conocimientos, emociones que se aplican en una situación a otras situaciones diversas y permiten la adaptación de lo anterior para responder a lo nuevo. La UNESCO las define como el conjunto de comportamientos socio afectivos y habilidades cognitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo, adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o una tarea. (Sandoval Moysen, 2012) La ALAESP ha estimulado el desarrollo de programas académicos renovadores basados en las competencias básicas para el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y la OPS ha realizado ingentes esfuerzos en apoyo al fortalecimiento de políticas, planes y programas que privilegien la formación de recursos humanos para la salud con incorporación de las FESP. (ALAESP) El autor considera que es ineludible formar recurso, el cual es indudable frente al déficit de recurso humano en salud en general y, especialmente en Salud Pública, este déficit debe reducirse a través de lograr el aporte de las universidades nacionales con producción continua de recurso humano, pero, sobre todo, lograr calidad para un desempeño excelente.

En tiempos del nuevo siglo XXI, expone Julio Frenk (Frenk y CoIs, 2011) se debe avanzar en una visión: todos los profesionales de la salud en todos los países deberán ser entrenados para movilizar el conocimiento y comprometerse al razonamiento crítico y a una conducta ética de modo que se hagan competentes para participar en los sistemas de salud. Está en marcha el llamado para un movimiento social global de todos aquellos participantes que pueden propulsar la acción sobre esta visión para promover un nuevo siglo de educación profesional transformativa.

Se entiende, entonces, la importancia elevada que ha tenido la MSP en ambos programas, con un desempeño adecuado de los graduados; sobre todo, su desempeño intelectual y el de su prestigio profesional. Se puede

pensar que hay satisfacción de los graduados por su proceso de formación, sobre todo, por su desempeño y su reconocimiento en los lugares de trabajo.

Los graduados del primer programa en las cohortes del periodo de 1996 a 2003 tienen una mediana de graduación 5 veces mayor que los graduados de las cohortes de 2007 a 2010. Ha habido una reducción notable en el tiempo para lograr la graduación, aunque es evidente que siempre es reducida la tasa de graduación aunque sobrepase el tiempo programado y más reducida es la eficiencia terminal. En los estudios de postgrado cobra relevancia observar el éxito del proceso desde que se inicia hasta que culmina con la graduación, esto es conocido como eficiencia terminal, en otros términos es la graduación que se alcanza al final de un programa y se expresa como un porcentaje. Son escasos los indicadores de éxito de graduación declarados en los programas en educación superior, Según Días de Cossío (Villa Soto, Pacheco 2006).

Los graduados del programa uno han estado más vinculados con cargos de coordinación, alta dirección y nivel técnico, puede atribuirse a lograr una ubicación mejor por el mayor tiempo de haber egresado y ser graduados, los del programa dos están más vinculados en la docencia, y al trabajo operativo, puede atribuirse a que haya sido su ocupación previa a optar a los estudios de MSP o, bien, que se han insertado en la docencia por su reciente egreso y graduación, con buen futuro por delante en otras funciones. Pero en el presente los graduados del programa uno están más vinculados en cargos de coordinación, dirección general y alta dirección, puede atribuirse al recorrido que han tenido después de haber egresado y lograr su graduación. Los graduados del programa dos también están vinculados estos cargos en menor proporción, se podría pensar que su reciente egreso y graduación les ha permitido ubicarse en dichos cargos.

Los graduados del programa uno están laborando principalmente, en MSP y AS, USAC y organizaciones internacionales, mientras que los graduados del programa dos están más vinculados en ese orden a USAC, MSP y AS e

IGSS. Este hecho se relaciona con la procedencia mayoritaria de cursantes de dichas instituciones en las distintas cohortes.

En el contexto latinoamericano según un estudio de Martínez Cruz y cols. (2007) sobre el estado actual en la formación académica de postgrado en salud pública en Hispanoamérica, se expone que en el plano académico, el desafío para superar las dificultades existentes sería planteado en términos de producir un nuevo profesional de salud mediante la introducción de nuevos contenidos, programas y métodos de formación en todas las áreas de salud, investigación de carácter más interdisciplinario y extensión y colaboración con los servicios para dar más relevancia práctica a las propuestas académicas. Los programas de formación no pueden estar ajenos a los cambios que se producen en la sociedad; ya sea a nivel nacional, como internacional, la salud es el resultado de la interacción de políticas públicas: educación, empleo, impuestos, comercio, protección ambiental, derechos humanos, protección social y seguridad humana. El estudio, principalmente, destaca que existen diferentes corrientes y tendencias de pensamiento a nivel internacional en la formación de postgrado en Salud Pública; esto implica que se debe profundizar en el vínculo de la teoría con la práctica y la realidad nacional e internacional, y, hacer énfasis en los cambios políticos y la influencia de éstos en el enfoque salubrista que garantice la verdadera transformación social.

En el presente estudio los graduados del programa uno, todos han fungido en la salud pública nacional, cerca de una tercera parte han tenido cargos operativos, normativos y políticos, respectivamente, en la salud pública nacional, el mayor tiempo de graduados. Del programa uno, más de la mitad de graduados ha fungido en la salud pública internacional. Cerca de la mitad de graduados del programa uno han ejercido en nivel de lo normativo e investigación.

Un componente esencial que se ha analizado en evolución de la MSP es la investigación, que como se discutió en el título uno se operacionaliza con la elaboración, presentación y defensa de la tesis bajo pauta de líneas de investigación de la maestría. En la primera reunión de enlaces de la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje de la Investigación en Salud Pública

(RIMAIS) se presentaron diversas ponencias sobre la situación de la investigación y enseñanza de la salud pública en: Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Republica Dominicana y Uruguay, **(RIMAIS, 2009)** Se definieron líneas de acción acerca del conocimiento a las prácticas en salud pública a través del desarrollo de competencias profesionales, se planteó que un desafío de la enseñanza de la investigación y de la Salud Pública incluya fomentar la investigación en salud en la región. El autor considera que estos espacios deben aprovecharse y seguirse, se pueden considerar de gran valor para fortalecer en las universidades y centros de investigación la práctica y enseñanza de la investigación. Se puede ver la vinculación de estas nuevas propuestas con una de las políticas generales vigentes en la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, denominada “Diversificación de carrera, en las acciones a mediano plazo en el nivel de postgrado que orienta a: 1. Crear y/o readecuar especialidades clínicas, diplomados y Doctorados. Dicha orientación se hace más amplia en la política de investigación sobre la “Enseñanza y práctica de la investigación”, que fortalece esta función académica. **(USAC, Políticas Generales, 1999)** Esta es una base del programa de MSP para haber considerado líneas particulares de investigación del programa, es en ellas donde se debe trabajar la tesis de grado, con esto se introduce la cultura de investigación que deben mantener los graduados y les motive a proponer, elaborar y publicar investigación.

En una investigación realizada por Solimano y Cols. (2009), se han considerado tres dimensiones: la situación institucional, las tendencias en los últimos 20 años y las oportunidades de desarrollo de la disciplina, se revelan las tendencias de diversidad en los tipos de investigación y en las condiciones de desarrollo. El desarrollo de la investigación en salud pública en Chile presenta tendencias opuestas, por una parte, se observa disminución en el financiamiento y, por otra, un aumento de la producción, especialmente de la investigación original. Se requiere mayor conocimiento de la relación entre la productividad, los temas prioritarios y las publicaciones generadas; es decir, entre las características de la institucionalidad y las tendencias en la investigación. La percepción de los investigadores respecto de la escasez de financiamiento para realizar investigación en salud pública es real, al igual que

el limitado acceso a fondos extranjeros o internacionales. En tanto en el estudio realizado se identifica que la producción científica total es ligeramente mayor para los graduados en el programa dos respecto del programa uno. En el caso de las publicaciones en ambos programas se ha publicado, ligeramente más, por los graduados del programa dos. En aspectos de producción de investigación, publicación y proyectos, probablemente el mayor tiempo de graduado ha contribuido a que la producción del programa uno sea también mayor. Según el autor es difícil lograr buena investigación, sobre todo, lo académico cuando los tiempos condicionan la finalización de las diferentes etapas de investigación y los limitados recursos, sobre todo, personales para lograr un adecuado financiamiento.

La capacitación o actualización total es mayor para los graduados en el programa uno, comparado con el programa dos en todas las modalidades: conferencias, talleres, congresos, cursos y seminarios. Sucede lo mismo con la producción de apoyo a la docencia, en libros, revistas, artículos, documentos de apoyo y páginas web, en general es mayor la producción de los graduados en el primer programa. Los graduados del programa uno laboran en universidades con mayor porcentaje en la Universidad de San Carlos que los del programa dos que son los graduados recientes.

Otra manera de ver el desempeño es comparando algunos resultados entre No graduados y graduados, las edades medianas son bastante similares al inicio de los estudios (41 y 42 años respectivamente). Los No graduados y los graduados según edad en la actualidad tienen una edad mediana relativamente similar (51 y 50 años respectivamente) El autor considera que por encima de 35 años para hacer estudios de Maestría ya es una edad avanzada, en términos de utilidad profesional e institucional será poca la vida laboral que pueda quedar. En la actualidad los profesionales están acercándose a una edad de retiro no mayor de 15 años. El autor ha realizado búsquedas con la finalidad de identificar estudios similares respecto de la edad de ingreso a los programas de Maestría, de graduación y tiempo de ejercicio como Maestro, con dificultad de su localización.

La importancia percibida por los NO graduados de su desempeño profesional va de alta a elevada, pero también en los graduados va en el mismo sentido pero ligeramente más elevada, en ambos se manifiestan casi igualmente beneficiados por haber realizado los estudios, independientemente de estar o no graduados, seguramente ambos han tenido satisfacciones en este campo. Similar situación se da con su desempeño intelectual y su prestigio, ambos se manifiestan igualmente beneficiados por haber realizado los estudios, independientemente de estar o no graduados

Más de la mitad de no graduados laboran en la USAC y de los graduados una tercera parte laboran actualmente en el MSPyAS y una cuarta parte en USAC. De hecho son los lugares principales de donde provenían los cursantes. Los cargos actuales de los no graduados corresponden a docencia la mitad de ellos, y una tercera parte se dedican a la coordinación. Estos mismos cargos en los graduados pero también ocupan cargo de alta dirección, es posible que estar graduado sea ya un mérito para haber ocupado otras posiciones de mayor nivel. De los no graduados alrededor de la mitad ocupan cargo alguno en la Salud Pública Nacional, mientras que los graduados casi todos ocupan cargos, principalmente, en nivel normativo y operativo. Solamente una cuarta parte de No graduados se ubica en la Salud Pública Internacional con cargos en investigación y docencia, mientras que los graduados la mitad en el nivel normativo, investigación y nivel político. Los No graduados casi en totalidad han ejercido la docencia en distintas instituciones, la mitad en la USAC, particularmente en la maestría de salud pública. En tanto los Graduados ejercen la docencia en distintas instituciones en tres cuartas partes y cerca de la mitad lo han hecho en la USAC, particularmente, en la Maestría de Salud pública.

La producción científica de los alumnos no graduados de 1 a 2 investigaciones por año es porcentualmente similar, cerca de dos tercios, pero se diferencia en que una quinta parte de graduados han producido más de 2 investigaciones. Las publicaciones de los no graduados son escasas, mientras que los graduados llegan por encima de la mitad de ellos. De hecho se ve que

hay producción pero se publica cerca de la mitad, escasamente se hace publicación de lo poco que se produce.

Los graduados han cumplido la función de tutores o asesores de tesis en instituciones, principalmente, en la USAC con particularidad en la Maestría de Salud pública, mientras que en los No graduados lo han hecho, principalmente, en la USAC y, en otras universidades nacionales, ligeramente en menor medida, no es apreciable la diferencia.

Las funciones antes comparadas, que en ambos programas, tanto los graduados como los No graduados de la MSP se han estado realizando, son: la investigación, la producción científica, la asesoría o tutoría, la capacitación en distintas modalidades, la producción de materiales, los diversos cargos en instituciones de Salud Pública, nacionales o internacionales y educacionales, estas en la actualidad marcan el quehacer actual de los especialistas de la Salud Pública, desde luego que no se da en la misma medida en todos los egresados, algunos han aportado más, ya sea por su tiempo de dedicación, sea por su cargo principal o, bien, por las oportunidades y responsabilidades y el tiempo de ejercicio en ellas. Esto no está lejos de lo que propone Borrel, (Borrel y Rovere, 2004) cuando expresa que los retos actuales de las instituciones formadoras de recursos humanos, principalmente, en el campo de la Salud Pública, son la revisión y el análisis de las áreas críticas del conocimiento basado en la práctica actual de la Salud Pública de la que se identifiquen y definan competencias necesarias para desarrollar las funciones esenciales en este campo.

Para Muñoz (2000) la reinserción de la Salud pública en la agenda de transformación del sector pasa por la definición clara de su papel y por la operacionalización de los conceptos, entre ellos el de las FESP. La OPS ha dado los pasos iniciales para poner en marcha una iniciativa continental denominada “La Salud pública en las Américas”, dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la Salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del

Estado, esta iniciativa puede resumirse de la siguiente manera: Promover un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en las Américas. El concepto de Salud Pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Las FESP se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Si las funciones son bien definidas para incluir todas las capacidades requeridas para una buena práctica de la Salud pública, estará asegurado el buen funcionamiento en cada uno de los campos de acción o áreas de trabajo de la Salud pública. (Muñoz, 2000). En un sentido amplio, son prácticas sociales del Estado y la sociedad. (Louro, 2011) Son dimensiones relevantes que abarcan prácticas sociales para el desarrollo integral de la salud de la población, son guía para la acción en salud pública y deben penetrar el campo de la formación de recursos humanos, conducir los procesos de cambio, perfeccionamiento curricular y renovar las estrategias docentes. (Borrell y Rovere, 2004) constituyen un conjunto de prácticas fundamentales de la sociedad para el desarrollo integral de la salud, son prácticas que el Estado debe asumir, para lograr niveles óptimos de salud y bienestar de la población.

En tanto, al analizar los resultados del estudio realizado vemos que la práctica de las 11 funciones esenciales ha sido un ejercicio en el desempeño de casi todos los graduados, pero es claro que en reducida medida, más de alguna se ha involucrado, no ha sido uniforme; algunas más, otras menos, pero principalmente en este orden se destaca la práctica de las funciones de promoción de la salud, monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud, desarrollo y capacitación de recursos humanos, vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud y participación social en salud y otras con menos frecuencia con investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud pública y las funciones en donde se ha dado menos involucramiento con garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva, y reducción del impacto de emergencias y desastres, es insignificante, es nulo que no se haya dado contribución en ninguna.

Por parte de los No graduados de MSP, la práctica de las 11 funciones esenciales ha sido parte de su accionar en casi todos, pero en reducida medida, principalmente se destaca la práctica de las funciones de promoción de la salud, monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud, desarrollo y capacitación de recursos humanos, vigilancia de la salud pública. En términos generales es relativamente similar el involucramiento en la práctica de las funciones esenciales de la Salud Pública al comparar los graduados con lo No graduados. En evaluaciones que se han hecho se ha visto que las funciones esenciales no todas se practican de la misma manera, se destaca más las de promoción de la salud, monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud, desarrollo y capacitación de recursos humanos, vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud y participación social en salud.

En los graduados se puede destacar la importancia que pueden tener las distintas investigaciones de tesis que a lo largo de 15 años se han presentado, dichas tesis deben encontrar una manera de comunicarse, de promoverse, y de encontrarles una aplicación, según los mismos graduados esta podrían ser un aporte en el desempeño del trabajo en la institución o fuera de ella, para consultas en centros de documentación o bibliotecas, de referencia en informes técnicos y en artículos y para la toma de decisiones en el MSPyAS, en la USAC podrían ser para uso en la docencia. Son las diversas instancias educativas en Salud Pública las que permiten considerar que cada día cobra más relevancia este campo de conocimiento y la contribución de ellas al desarrollo de la salud pública debe ser un resultado positivo en los distintos países de América Latina. Su vinculación directa o indirecta con los sistemas de salud y con las asociaciones de Salud Pública de cada país sería un hecho positivo.

Se ha identificado que en los graduados se han generado expectativa de desarrollo laboral, que van en el siguiente orden: ser consultores internacionales, ser autoridad política en salud, ejercer como investigador, practicar como consultor nacional, en menor ubicación, ser profesor o investigador universitario. En tanto en los No, van en el siguiente orden: ser autoridad política en salud, ejercer como investigador y practicar como

investigador universitario. La investigación realizada también nos muestra la expectativa de crecimiento y desarrollo académico, en el futuro en los graduados en el siguiente orden, principalmente para hacer su doctorado, realizar estudios de especialización postmaestría, pertenecer a una sociedad científica internacional y preparar el camino para hacer estudios de postdoctorado. En tanto lo No graduados, quieren incursionar en estudios de Doctorado y estudios de especialización. En este sentido Rosa María Borrell alude que la relevancia de la educación en Salud Pública se pone de manifiesto en cuando a: formar para qué? (**Borrell y Rovere, 2004**) y añade “Los actuales debates en diferentes foros sobre el desarrollo de los recursos en salud pública revelan una preocupación compartida en distintas regiones del mundo sobre las necesidades y la adecuación de la enseñanza-aprendizaje de esta disciplina. Se comprueba que emerge una responsabilidad social distinta a la del pasado en la misión de formar líderes en Salud Pública. Esta se expresa en un cuestionamiento del para qué y del cómo se forman los futuros profesionales de Salud Pública, rebasando las preocupaciones esenciales sobre los contenidos relevantes para abarcar también los principios, estrategias y metodologías de aprendizaje que aseguren la apropiación de una capacidad efectiva de intervención en contextos reales.

En todos los continentes existen programas de formación de recursos humanos en Salud Pública, muchos han surgido y se han desarrollado desde las Especializaciones, Especialidades, Maestrías y han llegado a Doctorados. (**Cruz y cols. 2007**). Estos programas están incluidos en la organización académica de Universidades o, bien, en las estructuras de Salud Pública, algunas son parte de departamentos o escuelas de salud pública, en otros casos, de los Institutos Nacionales de Salud. En Centro América existen Maestrías en Salud Pública en todos los países, se han fundado a partir del año 1994 con inicio en la Universidad de Costa Rica, le siguió Nicaragua con el Centro de investigaciones de la Universidad de Nicaragua; en la Universidad Nacional de Honduras, en la Universidad de El Salvador y en Guatemala, se fundó en 1996 en la Universidad de San Carlos. (**USAC, 1995**)

Una reciente experiencia es la creación del Instituto Mesoamericano de Salud Pública en 2009, (González, M, 2011) como un órgano técnico del Sistema mesoamericano de Salud Pública, que está constituido por varias instituciones, entre ellas, el Centro de Investigaciones y Estudios en Salud de la Universidad Autónoma de Nicaragua, Instituto Gorgas de Estudios de Salud de la Universidad de Panamá, Colegio de la Frontera Sur, Chiapas, México, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guatemala, el Instituto Nacional de Salud Pública de México, la Universidad de Costa Rica, la Universidad de El Salvador, el COMISCA, y el Proyecto Mesoamérica, siendo los principales objetivos: contribuir al desarrollo de la gobernanza del SMASP mediante el apoyo para el desarrollo de la agenda mesoamericana de salud; fortalecer la capacidad técnica de los programas nacionales de salud de los sistemas que formen parte del SMASP y apoyar la integración de los programas regionales de salud de los sistemas nacionales de salud. Para esto se ponen en marcha tres programas regionales: formación y actualización de profesionales en salud con programas de maestría y doctorado; programa de capacitación y desarrollo institucional y el programa de apoyo técnico y gestión del conocimiento. En opinión del autor esta instancia sí logra mantener la cohesión y la orientación servirá para dar soporte de alto nivel a los sistemas nacionales y contribuirá con el desarrollo académico y al desempeño adecuado de los especialistas en Salud Pública. Y, estando en esta finalidad la MSP de la USAC, No está lejos la perspectiva de los Graduados, que han destacado en las contribuciones de esta a las necesidades sociales, entre ellas se puede destacar: Las investigaciones tendientes a la búsqueda de soluciones de problemas de salud pública en el país, formando recurso humano en salud pública, en distintos niveles y en áreas específicas para mejorar el desempeño en el sistema de salud, en cargos directivos, gerentes y líderes en Salud Pública y ejerciendo presión a través de USAC para mejorar la legislación y el manejo eficiente de instituciones de Salud.

Por su parte los NO graduados, precisamente por NO estarlo, pero habiendo concluido sus estudios sin haber alcanzado su graduación en el tiempo que curricularmente estaba permitido, expresan que se ha debido, principalmente, a que han perdido el interés y motivación propia, por compromisos de trabajo,

dificultad para solventar los compromisos financieros y/o pagos finales, otros trabajos o compromisos que se adquieren. Las acciones que pueden permitir la graduación desde la perspectiva de los aun No graduados se refieren a la coordinación académica y administrativa de la Maestría, con la base de ofrecerles propuestas que faciliten su etapa final.

En términos de procedencia y ubicación actual, con la finalidad de tener un mapeo de la distribución de los graduados de MSP, se logra establecer que la mayoría de graduados de MSP procedían al ingresar a la maestría de la región central, una tercera parte de las regiones norte, sur, occidente y oriente, pero en la actualidad, en tres quintas partes están ubicados en la región central y dos quintas partes en las demás regiones, ha habido un ligero incremento en las regiones de tales graduados, distribuyéndose más en occidente y norte. Se puede decir que en todas las regiones hay, al menos, un graduado de la MSP de la USAC, esto es útil para poder hacer su vínculo con acciones que se puedan realizar en esa región donde se quiera contar con un graduado para vincularlo a acciones propias de su especialidad en las áreas de salud en donde están los centros universitarios de la USAC que como aparte del estudio se han considerado para iniciar la desconcentración de estudios de postgrado de Maestría, que serían: CUNOR en Cobán, Alta Verapaz, CUNORI en Chiquimula, CUNSR en Escuintla y CUNOC en Quetzaltenango.

4.6 La estrategia de desconcentración de la MSP

La Universidad de San Carlos de Guatemala, es la única universidad estatal y pública en la república. Es en la década de los 70 cuando se inicia la creación de los centros universitarios, siendo el primero el de Occidente. En la actualidad existen 20 centros universitarios, siendo la estrategia que autoridades centrales consideraron necesaria y útil para lograr la descentralización de los estudios universitarios en Guatemala, haciendo efectivo su lema de “Id Y Enseñad a Todos”.

En términos de la efectividad e impacto de una acción educativa transformadora se consideró pertinente ubicar cuatro puntos cardinales y en ellos desarrollar la idea de desconcentración de los estudios de postgrado en

Salud Pública, principalmente de maestría, por lo que se tomaron los cuatro centros regionales siguientes: El CUNOR, situado en Cobán, Alta Verapaz; CUNORI en Chiquimula; el CUNSUR en Escuintla y (CUNOC) en Quetzaltenango.

En estos centros, venciendo las dificultades de tiempo, apertura y autonomía, se obtuvieron las opiniones de diversos actores y se pudo realizar un análisis FODA de los centros universitarios mencionados. La información obtenida sirvió para hacer un relato sobre las condiciones de dichos centros regionales. Ambos aspectos, más la información de la caracterización de graduados y las tesis, las experiencias de la coordinación de MSP, las experiencias y aportes de los profesores, la evolución y desempeño de graduados y no graduados, y la de autoridades de la facultad de Ciencias Médicas se han considerado para el diseño la estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública. Las opiniones vertidas son diversas, pero dentro de cada centro universitario y aun entre los cuatro centros hay fuerte carga de coincidencias. Los centros universitarios están en la buena disposición de tener postgrados pero su infraestructura humana para el diseño de programas y de su ejecución es escasa o nula, hay voluntad de logro desde el nivel central en la Facultad de Ciencias Médicas con la incorporación de programas ya montados como el de Maestría y del Doctorado en Salud Pública. Esto es expresado por autoridades claves de Ciencias Médicas a nivel de postgrados, a favor de trabajar los procedimientos que permitan la pronta desconcentración.

En Guatemala existe una ley general de descentralización, (**Guatemala, 2002**) está indica que es el proceso mediante el cual se transfiere desde el Organismo Ejecutivo a las municipalidades y demás instituciones del Estado y a las comunidades organizadas legalmente, con participación de las municipalidades, el poder de decisión, la titularidad de la competencia, las funciones, los recursos de financiamiento para la aplicación de las políticas públicas nacionales. Para solidez de esta ley se vincula con la ley de regionalización. (**Guatemala, 1986**) En el mejor sentido, la desconcentración es un modo de distribución de funciones administrativas a organismos

encuadrados dentro de la administración y que no están en la cúspide de la jerarquía administrativa. En otros términos implica la traslación del centro burocrático para lograr una inmediatez con respecto al administrado. En la desconcentración se mantiene la jerarquía respecto del órgano central y los organismos desconcentrados actúan - jurídicamente hablando - sólo con facultades inherentes al mandato. (Jiménez, 1996)

El modelo del FODA es la base del diseño la Estrategia de desconcentración de los estudios de postgrado de Maestría en Salud Pública, que ha incluido los siguientes componentes:

1. Diagnóstico: Caracterización de la situación de los estudios de postgrados existentes en los cuatro Centros Universitarios Regionales en relación con el área de conocimiento de la Salud Pública;
2. Visión, misión y Valores;
3. Objetivos: General y Específicos;
4. Resultados esperados;
5. Componentes claves de la Estrategia;
6. Análisis del ambiente o campo de fuerzas: Análisis interno, Fortalezas y Debilidades; Análisis externo, Oportunidades y Amenazas;
7. Plan de acción: Objetivos, resultados esperados, indicadores, metas y acciones, procedimientos y actividades que se deben desarrollar para la aplicación, implementación y valoración de la estrategia.

Los resultados de esta investigación conducen a que es posible asegurar que la implementación de la desconcentración del postgrado de maestría en salud pública va a contribuir a responder a las necesidades de los centros regionales, es un hecho pronosticable que el impacto en la producción de profesionales de las regiones puede incidir en el tiempo en los determinantes de la salud de las regiones. La estrategia específica de desconcentración para los estudios de MSP podrá contribuir a fortalecer la misma desconcentración que se realiza la USAC en las distintas carreras intermedias, de licenciatura y de otros postgrados que ya están establecidos. Esta no es ninguna acción de tránsito hacia la descentralización. En los centros deben generarse decisiones sobre la implementación y ejecución de la estrategia.

CONCLUSIONES

1. El programa de Maestría en Salud Pública desde su inicio y en el lapso de 15 años ha tenido un desarrollo consecuente con las condiciones del contexto nacional y lo establecido por la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a pesar del tiempo transcurrido es escasa la magnitud de egresados, pero se ha contribuido con profesionales que muestran mejor dedicación a la investigación, la docencia y la solución de los problemas de salud de la sociedad Guatemalteca.
2. La percepción de los graduados y no graduados de la Maestría en Salud Pública es que han mejorado en su ejercicio y desempeño profesional, y que, este salto ha trascendido en su comportamiento como agentes de cambio para contribuir al desarrollo de la Salud Pública en Guatemala.
3. Se evidencia que la tasa de graduación y de eficiencia terminal son bajas, y que el propósito de lograr armonizar los temas de tesis y las áreas de especialización de la maestría no se ha logrado, se detecta una pobre concordancia en este sentido.
4. Se encontró suficiente y favorable opinión que había necesidad de diseñar una estrategia, científicamente fundamentada, para la desconcentración **de la Maestría de Salud Pública** hacia los Centros Regionales de la USAC, en este sentido se ha diseñado dicha estrategia para su implementación y ejecución en futuro inmediato.

RECOMEDACIONES

1. Lograr un espacio para comunicar a las autoridades administrativas y docentes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de Ciencias Médicas y los Centros universitarios regionales, los resultados de esta investigación, para que se ejecuten las acciones que requerirá la implementación de la estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública de sede central hacia cuatro centros regionales de la USAC con sedes en Cobán, Escuintla, Chiquimula y Quetzaltenango.
2. Promover la realización de investigaciones con el propósito que sea de utilidad para la evaluación curricular, la planificación futura y la docencia de los estudios de postgrado en Salud Pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón V. J. (2011) Propuesta de creación de la Escuela de Salud Pública en el marco del nuevo contexto nacional, Informe final, Lima, Perú. Recuperado 20 de febrero de 2014 de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/051078.pdf>

Aldereguía, H.J. (1990). La Medicina Social, la Salud Pública y el Siglo XX. Recuperado el 5 de junio de 2014 de: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge2.pdf>

Aldereguía H. J. (1995). La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. Revista Cubana de Salud Pública 21 (2), Recuperado el 5 de junio de 2014 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661995000200005&script=sci_arttext

Alger J. Becerra-posada, F., Kennedy A., Martinelli, E., y Cuervo L. G. (2009). Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. Revista Panamericana de Salud Pública 26 (5), 447-57.

Allison, M, Jude, K. (2005). Administración de servicios de salud (2da ed.) [s. l]: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Alonso, C., Arias, M.; Salazar, M. (1993). Informe de la Comisión para establecer el postgrado en salud pública. Guatemala: USAC, Ciencias Médicas.

Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado (2002). Gestión de la calidad del postgrado en Iberoamérica: experiencias nacionales. Salamanca: AUIP. Recuperado el 2 de junio de 2014 de http://www.clacso.net/documentos_aportes/23.pdf

- Banco Mundial de Desarrollo (2007). Programa de fortalecimiento de la Red hospitalaria (GU-L1009), Guatemala: BID.
- Blanco Restrepo, J. H.; Maya Mejía, J. M. (2006). Fundamentos de Salud Pública: Administración de servicios de salud. (2da. ed). Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Borrel, R. M.; Rovere, M. (2004). La formación de postgrado en salud pública: Nuevos desafíos, nuevos caminos. Buenos Aires: OPS/OMS. Recuperado el 20 de marzo de 2014 de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/FormPosg.pdf>
- Cardona Ossa, G. (2002). Tendencias educativas para el siglo XXI educación virtual, online y @learning: elementos para la discusión. Revista Electrónica de Tecnología Educativa. 15(2). Recuperado el 3 de septiembre de 2014 de <http://edutec.rediris.es/Revelec2/Revelec15/car.htm>
- Castro Vázquez, A.; Guillén Riquelme, A.; Quevedo Blasco, R.; Ramiro Sánchez, M. T.; Bermúdez Sánchez, M. Paz.; Buela Casal, G. (2010). Las escuelas doctorales: evolución histórica, características y aspectos relevantes para su consolidación en España. *Aula abierta*. Oviedo, 2010, 38(2),17-28. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/5122>
- Cazali, A. (2010) Historia de la Universidad de San Carlos de Guatemala: época republicana (1821-1994). Guatemala: USAC, Editorial universitaria. (Colección monografías).
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud-PARS, Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo. (2007). Los recursos humanos de la salud en Colombia: balance competencias y prospectiva. (2ª. ed.).

Colombia: Autor. Recuperado el 5 de abril de 2014 de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Cruz Cardona, V.C. (2003, junio). Modelos educativos de postgrado: Una visión internacional. En: 14° Congreso Nacional de Postgrados. México: AUIP.

Davini, M C. (2002). Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. Washington, DC. Recuperado el 20 junio de: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf

Davó, M C; Gil-González, D.; Vives-Cases, C.; Alvarez-Dardet, C.; Ronda, E.; Ortiz-Moncada, R.; Ruiz-Cantero, M T. (2009) ¿Quiénes y que pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el espacio europeo de educación superior. *Gaceta Sanitaria*. 23(1),5-12. Recuperado el 22 de julio de 2014 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112009000100002&lng=es.

Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 312-2002. Reglamento de la ley general de descentralización. 6 de septiembre de 2002. Recuperado el 5 de mayo de 2014 de <http://portalgl.minfin.gob.gt/Descargas/Documents/Reglamento%20de%20la%20Ley%20General%20de%20Descentralizaci%C3%B3n.pdf>

Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 70-86. Ley preliminar de regionalización. 9 de diciembre de 1986. Recuperado el 5 de mayo de 2014 de

<http://es.scribd.com/doc/42196291/Ley-Preliminar-de-Regionalizacion-Decreto-70-86#scribd>

De Fernández, A. (1991). Informe del curso de capacitación en epidemiología, Guatemala: MSPAS. INCAP.

Del Val, E. (2001) Educación superior, ciencia y tecnología en México. Tendencias, retos, prospectiva. Revista de la Universidad de México, nueva época. Mayo (87), 3-4. Recuperado el 22 de junio 2014 de <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/8711/delval/87delval03.html>

Díaz Llanes., Pérez Cárdenas, C. M. (2003). Las ciencias sociales en la formación de posgrado en salud pública. Educación Superior. 17(2) Recuperado el 20 de junio de 2014 de http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_2_03/ems03203.htm

Espacio europeo de educación superior, una gran oportunidad para la salud pública. (2006). *Gaceta Sanitaria*. 20(2), 89-90. Recuperado el 20 de junio de 2014 de <http://www.gacetasanitaria.org>

FAO. Descentralización de programas de apoyo al desarrollo agro-rural local. Clarificación de Conceptos. Recuperado el 20 de junio de 2014 de <http://www.fao.org/docrep/006/ad724s/ad724s01.htm>

Ferreira, J. El desarrollo de la formación en salud. (1987). Argentina: OPS/OMS. Recuperado el 10 de julio de 2014 de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub3.pdf

Franco G., A. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. Opinión Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 24 (.2), 119-130. Recuperado el 20 de junio de 2014 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2006000200012&script=sci_arttext

Frenk, J. La salud pública. (1992). La nueva salud pública, en: La crisis de la salud pública, Washington: OPS. (Publicación científica No. 540).

Frenk, J. (1988) La Salud Pública: campo de conocimiento y ámbito para la acción. Salud Pública de México. 30(2), 246-54.

Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, Z. A.; Cohen, J.; Crisp, N., Evans, T.; et al. (2011) Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública 28(2), 337-41. Recuperado el 2 de mayo de 2014 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf>

Gálvez G.; A. M; García Fariñas, A. Producción científica en la Maestría de economía de la salud desde la perspectiva de las tesis. (2008). Educación Médica Superior 25 (4), 389-97. Recuperado el 5 de septiembre de 2013 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412011000400001&script=sci_arttext

Gonçalves N.; Kiyomi Furuya, R.; Aparecida Rossi, L.; Partezani Rodrigues. R. A.; Do Carmo Cruz Robazzi, M.L. (2013). Evaluación de la producción científica de postgrado en enfermería, según los indicadores de salud. Ciencia y enfermería 19 (2), 47-56. Recuperado el 5 de septiembre de 2013 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200005

Gonzales, M.; Molina, J., Becerril, V.; Vargas E.; Consejo Directivo del IMSP. (2011). Instituto Mesoamericano de Salud Pública: órgano de apoyo técnico y fortalecimiento del sistema mesoamericano de salud

pública. *Salud pública de México*. 53, supl.3, s358-s367. Recuperado el 5 de septiembre de 2013 de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s3/a09v53s3.pdf>

Guatemala, (2012) INE proyecciones 2008-2020. Recuperado el 5 de abril de 2014 de www.ine.gob.gt

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012).

Diagnóstico nacional de salud. Guatemala: MSPAS. Recuperado el 5 de abril de http://sitios.usac.edu.gt/ipn_usac/wp-content/uploads/2011/08/Diagnostico-Salud-marzo-2012.pdf

Instituto Nacional de Salud del Perú. (2007). Prioridades de investigación en salud en el Perú: análisis del proceso. Lima: Instituto Nacional de Salud; Ministerio de Salud. Recuperado 5 de Abril de 2014 de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Prioridades%20de%20Investigaci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf>

Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A.; Merhy, E. E. (2002).

Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública* 12 (2), 128-136. Recuperado el 5 de abril de 2014 de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000800013&script=sci_arttext

Jaramillo Salazar, H. (2009). La formación del posgrado en Colombia:

maestrías y doctorados. *Revista CTS*. 5(13), 131-155. Recuperado 5 de abril de 2014 de http://www.revistacts.net/index.php?option=com_content&view=article&id=262:la-formacion-de-posgrado-en-colombia-maestrias-y-doctorados&catid=83:dossier

Jarrillo Soto, E.C y López-Arellano, O. (2007). Salud pública: Objeto de conocimiento, práctica y formación, *Revista de Salud Pública*. 9(1),140-154. Recuperado 5 de Abril de 2014 de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a14.pdf>

Jiménez Castro, W. (1996). Introducción al estudio de la teoría administrativa. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 5 de Abril de 2014 de http://books.google.com.gt/books/about/Introduccion_AI_Estudio_de_La_Teoria_Adm.html?id=75AoQAACAAJ&redir_esc=y

Landis JR, Koch GG (1977). *Biometrics* (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1) pags. 159-174. recuperado <http://scad.bireme.br/cgi-bin/will.exe/scad/>

Laplacette, G.; Vignau, L.; Suárez, N.; Da Representacao, N. (2009). Enseñando metodología de la investigación: análisis de experiencias. *Revista de Maestría de salud Pública*. Año 7(14),1-13 Recuperado 5 de abril de 2014 de <http://msp.rec.uba.ar/revista/docs/014laplacette.pdf>

Linstone H.A., Turrof, M., (eds) 1975) *The Delphi method, techniques and Applications*. [s.n], Addison wesley publishing.

Louro Bernal, I. (2001). Funciones esenciales de la salud pública en programas de maestrías de la escuela nacional de salud pública. Año 2001. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2002; 28(1), 46-53. Recuperado 5 de Abril de 2014 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_1_02/spu05102.htm

Luchilo, L. (2010). Formación de posgrado en América Latina: políticas de apoyo resultados e impactos. Buenos Aires: Eudeba. Recuperado 5 de abril de 2014 de http://www.observatoriocts.org/files/Archivo%20Documental/Libros%20del%20Observatorio/formacion_de_postgrado.PDF

Maldonado-Rojas, M. (2008) Valoración de la docencia en un módulo de salud pública basado en competencias. Educación Médica. 11 (4), 219-228. Recuperado 5 de Abril de 2014 de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v11n4/original2.pdf>

Marco regional de competencias esenciales en salud pública para recursos humanos de salud. (2011). Recuperado el 5 de abril de 2014 de <http://saludpublica4competencias.wordpress.com/>

Martínez Cruz, E.; Pérez Cárdenas, M.; Díaz LLanes, G. (2007). Estado actual en la formación académica de postgrado en salud pública en Hispanoamérica. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 6 (4). Recuperado el 5 de abril de 2014 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000400006&script=sci_arttext

Meda L.; R. M.; De Santos A. F.; Palomera Ch. A.; Del Toro, A. (2012). Educar para la salud en educación superior: tendencias y retos. Revista de Educación en Ciencias de la Salud 9(2), 86-94. Recuperado de Recuperado el 5 de abril de 2014 de <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol922012/esq92b.pdf>

Métodos del planeamiento estratégico. En: Schröder, P. (2004). Estrategias políticas. México: Fundación Friedrich Naumann/OEA. Recuperado el 20 mayo de 2014 de http://www.oas.org/sap/publications/2004/fiapp/estrategias_politicas/doc/pbl_estrategias_04_spa.pdf

Muñoz, Fernando; López- Acuña, Daniel; Halverson, Paul; Guerra de Macedo, Carlyle; Hanna, Wade; Larrieu, Mónica; Ubilla, Soledad; Zeballos, José Luis. (2000) Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Revista Panamericana de Salud Publica 8(1/2), 126-134. Recuperado el 5 de abril de 2014 de: http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Funciones_escenciales enSalud.pdf

Núñez Sellés, A. J. (2010). Introducción de resultados de la investigación- desarrollo en el sistema de salud cubano. Revista Cubana de Salud Pública. 36 (3), 215-222. Recuperado el 5 de abril de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300005

Organización Panamericana de la Salud (2008). El enfoque educativo: campus virtual de salud pública. Washington: OPS. Recuperado el 5 de abril de 2014 de http://www.campusvirtualsp.org/download/modelos/EducativoCVSP_08.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (2007). Estrategias para desarrollar las competencias para la salud pública en la fuerza de trabajo: basadas en políticas actuales y evidencias. Washington, D.C: OPS. (Serie Recursos Humanos para la Salud; 51) Recuperado el 5 de abril de 2014 de <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/165-documentos-sobre-la-fuerza-de-trabajo-en-salud-publica>

Organización Panamericana de la Salud. (2001) Educación en salud pública: Nuevas perspectivas para las Américas. Washington: ALAESP, OPS.

Organización Panamericana de Salud Pública. (2009). Situación de la investigación y enseñanza en salud pública en los países miembros de la RIMAIS. Costa Rica: Autor. Recuperado el 10 de abril de 2014 de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/investigacion-y-tecnologia-en-salud/gestores-salud-tecnologia-ciencia-documentos/doc_view/375-situacion-investigacion-y-ensenanza-en-sp-en-paises-rimais

PNUD (2010). Hacia un Estado para el desarrollo humano: Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010. Guatemala: PNUD.

Reigota, M. (2002). El estado del arte de la educación ambiental en Brasil. *Tópicos en Educación Ambiental* 4(11), 49-62. Recuperado 12 de junio de 2012 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1371646>

Reunión de responsables de formación en salud pública: áreas de conocimiento y contenido curricular. (2008). *Revista Española de Salud Pública* 82(2), 231-233. Recuperado el 10 de abril de 2014 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000200009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1135-5727.

Rojas Ochoa, F. (2009). Acerca de la historia de la protección social de la Salud. Parte I En: *Salud pública. Medicina social. La Habana: Ciencias Médicas*. Recuperado el 10 de abril de 2014 de: <http://www.alames.org/documentos/saludpubmedsocial.pdf>

- Rojas Ochoa, F. (2003). La enseñanza de la salud pública a estudiantes de medicina en Cuba. *Educación Médica Superior*. 17 (2), 1-12. Recuperado el 10 de abril de 2014 de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_2_03/emssu203.htm
- Rovere, M. (2003). Gestión de calidad de los postgrados en salud pública: adecuación crítica en un mundo en cambio. Washington: OPS/OMS.
- Salazar, M. (1995). Identificación de necesidades de actualización y perfil de egreso en postgrado de salud pública y epidemiología. Guatemala: USAC, Facultad de Ciencias Médicas.
- Salvador Moysén, J., Sánchez Anguiano, L. F., Martínez López, Y. (2012). Investigación y educación en salud pública. México: Universidad Juárez del Estado de Durango. Recuperado el 10 de abril de 2014 de http://cvsp.cucs.udg.mx/drupal6/documentos/Otros_libros/Invyedusaludpublica.pdf
- Sanabria, G. (2013) Investigaciones en salud sexual y reproductiva en la Maestría en promoción y educación para la salud Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado el 20 mayo de 2014 de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_sup_13/spu050913.htm
- Segura, B. A. (1998). Las escuelas de salud pública: entre la nostalgia y el futuro. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*. 2(6), 109-124 Recuperado el 20 de mayo de 2014 de: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7034&revistaid=261
- Solimano C., Giorgio, Alarcón H., A., Sepúlveda K., N. (2010). Estado del arte de la investigación en salud publica en chile 1989-2009.

Recuperado el 20 de mayo de 2014 de http://www.saludpublica.uchile.cl/home/images/publicaciones/investigacion_en_salud_publica/Estado_del_arte_de_la_Investigacion_en_s.p.pdf

Suárez Conejero, J., Godue, C., García Gutiérrez, J.F., Magaña Valladares, L., Rabionet, S., Concha, J., et al. (2013). Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública.*; 34(1),47–53. Recuperado el 20 de mayo de 2014 de <http://www.paho.org/journal/index.php...>

Tendencias actuales de la salud pública de las Américas (1992). En: Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública*. Washington: OPS. (Publicación científica No. 540).

Terris, M. (1992). *Tendencias actuales de la salud pública de las Américas* En: Organización panamericana de la salud. *La crisis de la Salud Pública: Salud Pública*, Washington D.C. OPS. (Publicación científica No. 540).

Torres Tovar, M. *Presente y futuro de la salud pública*. (2006) Una mirada crítica desde la medicina social. Rio de Janeiro. Disponible en: http://www.unilibrecali.edu.co/facultad-salud/images/stories/PDF_SaludPublica/Articulos/3_Presente_y_Futuro_de_la_Salud_Publica.pdf

Universidad Rafael Landívar, Organización Panamericana de la Salud. Estudio. (2009) *Información sobre recursos humanos de salud en Guatemala*, Guatemala

Universidad de San Carlos de Guatemala. (2015) *Catálogo de estudios de postgrado*. Guatemala: USAC. Sistema de estudios de postgrado.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
(1993). Informe de la comisión para el postgrado en Salud Pública y Epidemiología. Guatemala: USAC. FCCMM.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
(2000). Registros de exámenes privados, públicos y graduaciones de la Maestría en Salud pública. Guatemala: USAC. FCCMM.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
(1995). Programa de salud pública, Guatemala: USAC, FCCMM, Maestría en Salud Pública, OPS/OMS.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
(2006). Propuesta de restructuración curricular, programa de Maestría en Salud Pública. Guatemala: USAC, FCCMM.

Universidad de San Carlos De Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
(2006). Programa de Maestría en Salud Pública. Guatemala: USAC, FCCMM.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
(2008). Programa de Maestría en Ciencias en Salud Pública. Guatemala: USAC, FCCMM.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.
(2011). Programa de Doctorado en Salud Pública. Guatemala: USAC, FCCMM.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas
(1993). Curso de actualización, Tendencias actuales en salud pública y epidemiología. Guatemala: USAC, FCCMM.

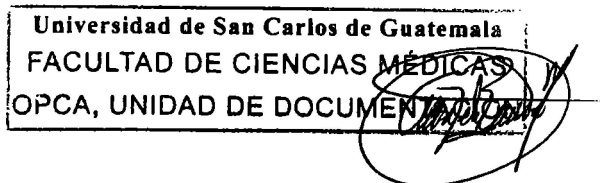
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
(1999). Políticas generales USAC. Guatemala: USAC.

Universidad de San Carlos de Guatemala. (2012). Plan Estratégico, dirección de planificación. Guatemala: USAC.

Vásquez Navarrete, M. L. (2013). Noticias SESPAS: 5º Congreso europeo de salud pública: una salud pública incluyente. *Gac Sanit.* 27(3), 286. Recuperado el 20 de junio de 2014 de <http://www.gacetasanitaria.org>

Villalbí, J., Pérez, G., Delgado, M. (2011). La formación en España de médicos especialistas en medicina preventiva y salud pública. *Revista española de salud pública.* 84, 507-512

Villa Soto J. C. Virginia Pacheco Chávez V. Articulación y reorientación del Sistema de educación superior para la formación de nuevos investigadores en México. *Revista Iberoamericana de Educación.* 1-10. Recuperado 10 de nov de 2014 de <http://www.rieoei.org/deloslectores/685Villa107.PDF> 2006



ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala”

Información básica de la investigación

Estimado colega

Como parte de una investigación que sobre la formación de recursos humanos en Salud Pública se está realizando en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, le solicitamos como participante de una de las seis promociones realizadas de 1996 a 2010 en la condición de: graduado____, egresado no graduado____, o, profesor____ del programa, información referente a la evolución y desempeño en el campo de la Salud Pública, para esto se adjunta un instrumento de consentimiento, y ya firmado lo devolverá junto con el instrumento

La investigación tiene como objetivo lograr evidencias científicas sobre el desarrollo y el desempeño realizado por ustedes una vez egresados de la Maestría, la información que solicitamos favorecerá a tener un mejor conocimiento de la situación y contribuirá a sustentar el diseño de estrategia de formación en esta área de conocimiento en reciprocidad a las necesidades actuales y reales del sistema de salud.

Consentimiento informado

Como miembro del programa de Maestría en Salud Pública en mi calidad de graduado, expreso mi aceptación en participar en la investigación “**Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala**” que está siendo ejecutada por el Dr. Mario R. Salazar Morales, como cursante del Doctorado en Salud Pública, con la finalidad de presentar su tesis Doctoral. He recibido la información referente a la investigación y la utilidad de la misma por lo que estoy en la disposición de colaborar. Remitiré la información que solicita el investigador por la vía indicada u otra vía directa.

Atentamente:

Nombre y firma, lugar y fecha.

Anexo 2

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

**“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala”**

**Instrumento : Guía de recolección de información documental de
graduados, 1996 a 2012**

Con esta guía se recopila la información por cada graduado de las fuentes al final indicadas, en la secretaria de la Maestría en Salud Pública.

Estudiantes matriculados ()
Estudiantes retirados ()
Estudiante que finalizó escolaridad ()
Estudiantes No graduados ()

Estudiante graduado ()
Nombre completo

No. de cohorte ()

Periodo de estudios ()

Énfasis o Especialidad

Título de la
tesis

Fecha de cierre de Currículum (día, mes, año:)
Fecha de examen privado (día, mes, año:)
Fecha de examen público de graduación (día, mes, año:)

FUENTES:

1. Libro de registro de exámenes privados de maestría en Salud Pública,
2. Libro de registro de exámenes públicos de maestría en Salud Pública,
3. Libro de registro de graduados de Maestría en Salud Pública.

Anexo 3

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

**“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala”**

**Instrumento: Entrevista estructurada a coordinador de la Maestría
en Salud Pública**

Se ha propuesto la realización de la investigación **“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala”** que realiza el Dr. Mario R. Salazar Morales para optar al grado de Doctor en Salud Pública. Con este instrumento se recolecta información directamente del Coordinador actual del programa de Maestría en Salud Pública, por ser conocedor directo o indirecto de algún (as) de las promociones que se han realizado de 1996 a 2010 y por la responsabilidad de manejar la documentación de archivo del programa de Maestría.

Instrucción

Para llenar este instrumento, se solicita al Coordinador actual de la Maestría, que para cada una de las siguientes preguntas, escoja y consigne la opción de respuesta que mejor responda por su conocimiento y experiencia, y, además, se pueda apoyar con la documentación necesaria para dar respuesta a todas las preguntas, por lo que debe anotar el número del código de dentro del paréntesis correspondiente.

Informante:

Cargo y
periodo _____

Enumerar los documentos de consulta.

1. _____

2. _____

3. _____

No. de cuestionario ()

(Esto es para el investigador, al contar con el instrumento)

Objetivo 1: Información sobre el desarrollo del Programa de Maestría

Preguntas	Códigos y opciones	Respuesta
1. ¿Cuántos cursantes de inicio se han inscrito en cada una de las siguientes promociones de Maestría?	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	() () () () () ()
2. ¿Cuántos cursantes con cierre de curriculum se han logrado en cada una de las siguientes promociones?	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	() () () () () ()
3. ¿Cuántos cursantes graduados al finalizar el 2012, se han tenido en cada una de las siguientes promociones?	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	() () () () () ()
4. ¿Cuántos cursantes no se graduaron al finalizar el 2012, en cada una de las siguientes promociones?	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002, 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008, 6. 6ta. 2009-2010.	() () () () () ()
5. ¿Cuántos profesores según sexo , ha tenido la maestría en su inicio en 1996 y hasta 2012?	1. Hombres 2. Mujeres	() ()
6. ¿Cuántos profesores de la Maestría poseen los siguientes niveles de formación en 2012?	1. Licenciatura 2. Especialidad 3. Maestría 4. Doctorado 5. Otro: _____	() () () () ()
7. ¿Se ha realizado autoevaluación del Programa de la Maestría?	1. SI 2. NO	()
8. Si la respuesta a la pregunta anterior es SI, en qué momento se realizó la autoevaluación ?	1. Anotar el año	()

9. Si la respuesta es SI, con qué finalidad fue realizada la autoevaluación ?	1. _____ 2. _____	-----
10. ¿Se ha realizado evaluación externa o de pares en la Maestría?	1. SI 2. NO	()
11. Si la respuesta es SI, en qué momento la evaluación externa o de pares ?	1. Anotar el año	()
12. Si la respuesta es SI, con qué finalidad se realizó la evaluación externa o de pares ?	1. _____ 2. _____	-----
13. ¿Ha contado o cuenta la Maestría en este momento con acreditación o certificación sobre su calidad?	1. SI 2. NO	()
14. ¿Siendo la respuesta anterior SI, se han dado acreditaciones , de qué origen en la institución certificadora? Marque cuál de ellas	1. Nacional, 2. Latinoamericana 3. USA 4. Europea 5. Otra: _____ 6. No hay acreditación	()
15. ¿Se ha otorgado a la maestría algún Reconocimiento académico?	1. SI 2. NO	()
16. ¿Si la respuesta es SI, qué tipo de reconocimiento le ha otorgado?	1. _____	-----
17. ¿En cuál (es) de las promociones se otorgó reconocimiento ?	1. 1ra. 1996-1997, 2. 2da. 1997-1999, 3. 3ra. 2001-2002 4. 4ta. 2003-2004, 5. 5ta. 2007-2008 6. 6ta. 2009-2010	() () () () () ()
18. ¿Se ha trabajado la reestructura de categoría académica de la Maestría para elevar su nivel curricular?	1. SI 2. NO 3. Parcialmente	()

19. ¿Si la respuesta a la anterior es SI, cuál (es) han sido las reestructuras principales?	1. _____ 2. _____ 3. _____	-----
20. ¿Como producto de la evolución de la maestría se ha trabajado el desarrollo de otros niveles de formación avanzados y superiores?	1 SI 2 NO	()
21. ¿Si la respuesta anterior es SI, cuales son los niveles?	1 Doctorados 2 Post doctorados 3 Escuela de Salud Pública 4 Otro: _____	() () () ()
22. ¿En términos concretos, cuáles son las líneas de trabajo y de desarrollo de futuro de la Maestría en Salud Pública?	1. _____ 2. _____ 3. _____	-----

Anexo 4
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

**“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala”**

**Instrumento: Entrevista estructurada a profesores de la Maestría en
Salud Pública**

Instrucción

Habiendo usted participado como profesor titular o interino en una o más de las 6 promociones de maestría en Salud Pública que se han realizado de 1996 a 2010, le requerimos su colaboración aportando datos o información referente a su persona, su evolución, desempeño y contribuciones en el campo de la Salud Pública.

Para cada una de las preguntas del cuestionario que será anónimo y autoaplicado, se le plantea escoger o proponer la respuesta que mejor corresponda a su percepción, conocimiento o experiencia como profesor de la Maestría. Deberá anotar el **número** del código de la (s) opción (es) que escoja dentro del paréntesis de respuesta, habrá algunas preguntas que requieren más de una respuesta y en otras habrá que escribir en el espacio una respuesta muy corta.

No. de cuestionario ()
(Esto es para el investigador, al regresar el instrumento)

Objetivo 1: Información sobre el desarrollo del Programa de Maestría

	Códigos y opciones	Respuesta
1. ¿Cuánto tiempo de labor prestó o ha prestado como profesor de maestría?	1. En años y meses cumplidos.	()
2. ¿En cuál (es) promoción (es) ejerció como profesor de la Maestría?	1. 1996-1997, 2. 1997-1999, 3. 2001-2002 4. 2003-2004, 5. 2007-2008 6. 2009-2010	()

3. ¿Cuál es el nivel de formación más alto, en el momento final que ejerció (o actual) en la Maestría?	1. Licenciatura, 2. Especialidad, 3. Maestría, 4. Doctorado, 5. Posdoctorado, 6. Otro: _____ —	
4. Valore la importancia que para usted ha tenido participar en la formación de maestros , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
5. Valore la importancia que para usted ha tenido participar la formación de maestría en el desempeño profesional de los graduados , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
6. Valore la importancia que para usted ha tenido participar en la formación de maestría en el desempeño intelectual de los graduados, de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
7. Valore la importancia que para usted ha tenido participar la formación de maestría en el prestigio profesional de los graduados , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
8. ¿Qué cargos ha desempeñado en su tiempo de laborar en la Maestría?	1. Coordinación, 2. Docencia o profesor, 3. Investigador, 4. Asesor/consultor 5. Otro: _____	() () () () ()

<p>9. ¿Como profesor, en que áreas se ha desempeñado?</p>	<p>1. Investigación 2. Epidemiología 3. Ambiente 4. Promoción de la Salud 5. Administración o gestión en salud 6. Otra:_____</p> <p>—</p>	<p>() () () () () ()</p>
<p>10. ¿Cuántas investigaciones ha realizado en promedio anual, durante el tiempo que laboró en la Maestría?</p>	<p>1. Cero 2. Una, 3. dos, 4. tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más.</p>	<p>()</p>
<p>11. ¿Cuántas publicaciones en promedio ha realizado anualmente en diversos medios: (Revistas, Internet, seminarios, congresos), en el término del tiempo que ha ejercido como profesor de la Maestría?</p>	<p>1. Cero 2. Una, 3. Dos, 4. Tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más.</p>	<p>()</p>
<p>12. ¿En qué instancias ha aportado su conocimiento y experiencia en Salud Pública al ejercicio de la docencia?</p>	<p>1. En la Universidad de San Carlos, especialmente, a la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos, en otros programas, 3. En otras universidades nacionales, 4. En eventos científicos y académicos diversos, 5. En centros internacionales, 6. Otros:_____</p> <p>—</p> <p>7. En ningún lugar.</p>	<p>() () () () () () () ()</p>

<p>13. ¿Dónde ha participado como asesor o tutor tesis de universitarias?</p>	<p>1. En la Universidad de San Carlos, especialmente, en la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos, en otros programas, 3. En otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros: _____ — 6. En ningún lugar.</p>	<p>() () () () () () ()</p>
<p>14. ¿Dónde ha participado como revisor o examinador de tesis universitarias?</p>	<p>1. En la Universidad de San Carlos especialmente a la maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros: _____ — 6. En ningún lugar.</p>	<p>() () () () () () ()</p>
<p>15. ¿Cuántas Capacitaciones y actualizaciones ha realizado en las siguientes modalidades, en promedio en sus últimos dos años de ejercicio en la Maestría?</p>	<p>1. Conferencias, 2. Talleres, 3. Congresos 4. Foros. 5. Cursos 6. Seminarios 7. Especializaciones, 8. Otros: _____</p>	<p>() () () () () () () ()</p>

<p>16. ¿En su práctica efectiva de la salud pública, en cuál de las siguientes funciones esenciales se ha involucrado más, en su tiempo de profesor de Maestría, como investigador o tutor?</p> <p>(Marque no más de cinco en donde se ha desempeñado.)</p> <p>“Además de su conocimiento puede consultar sobre estas funciones para compararse”.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud; 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación social en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en Salud pública; 9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud. 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>17. Mencione, como puede contribuir la maestría en forma efectiva a las necesidades sociales y de Salud pública en Guatemala?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.. 2.. 3.. 	<p>-----</p>
<p>18. ¿Qué expectativa de desarrollo laboral de futuro tienen los graduados?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercer como Investigador, 	<p>()</p>

	2. Ser profesor o investigador universitario, 3. Practicar como Asesor o consultor nacional, 4. Ser Consultor internacional, 5. Otro_____	() () () ()
19. ¿Qué expectativa de desarrollo académico futuro pueden o tienen los graduados?	1. Realizar estudios de especialización postmaestría, 2. Hacer estudios de doctorado, 3. Prepararse para hacer un postdoctorado, 4. Pertenecer a una sociedad científica internacional, 5. Otro_____	() () () ()

Anexo 5

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

**“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala”**

**Instrumento: Entrevista a egresados graduados de la Maestría en
Salud Pública**

Instrucción: Siendo usted miembro de una de las seis promociones de la maestría en Salud Pública que se han servido de 1996 a 2010, y graduado de la Maestría, le requerimos su participación aportando información referente a su desempeño y contribuciones en el campo de la Salud Pública.

En cada una de las preguntas del siguiente cuestionario autoaplicado, se le pide escoger o proponer la respuesta que mejor corresponda a su percepción, conocimiento o experiencia como graduado de la maestría. Deberá anotar el **número** del código de la (s) opción (es) que escoja dentro del paréntesis de respuesta, habrá algunas preguntas que requiere más de una respuesta y en otras habrá que escribir en el espacio una respuesta muy corta.

Su nombre completo (optativo) _____

No. de cuestionario ()

(Esto es para el investigador, al regresar el instrumento)

Objetivo 2: Información sobre los graduados de la Maestría

Preguntas	Códigos y opciones	Respuesta
1. ¿En qué sexo se ubica?	1 masculino 2 femenino	()
2. ¿Cuántos años tenía cuando cursó la Maestría?	Anotar los años cumplidos.	()
3. ¿Cuál es su edad actualmente?	Anotar número de años cumplidos.	()
4. ¿En cuál promoción usted curso la Maestría?	1 1996-1997, 2 1997-1999, 3 2001-2002 4 2003-2004, 5 2007-2008	()

	6 2009-2010	
5. Valore la importancia que para usted ha tenido la formación de Maestría, en su desempeño profesional , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
6. Valore la importancia que para usted ha tenido la formación de Maestría, en su desempeño Intelectual , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
7. Valore la importancia que para usted ha tenido la formación de Maestría, en su prestigio profesional , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
8. ¿Cuánto tiempo de labor o servicio ha prestado como graduado de Maestría en Salud Pública?	En años y meses cumplidos	()
9. ¿Donde trabaja en la actualidad?	1. MSPyAS, 2. USAC, 3. IGSS, 4. ONG internacional 5. ONG nacional, 6. Privado Individual, 7. Municipalidad, 8. Otro: _____	() () () () () () () ()
10. ¿Dónde puede ubicar su principal cargo actual ?	1. En Alta dirección, 2. Dirección general, 3. Coordinación, 4. Técnico, 5. Operativo 6. Docencia, 7. Como Investigador, 8. Otro: _____	()

11. ¿En qué nivel sitúa los dos últimos Cargos ocupados en la Salud Pública Nacional , en últimos dos años, 2011-2012?	1. Político, 2. Técnico normativo, 3. Técnico operativo, 4. Operativo 5. Otro:_____	() () () () ()
12. ¿En qué nivel sitúa algún cargo ocupado en la Salud Pública internacional como graduado de Maestría?	1. Nivel Político, 2. Nivel Técnico normativo, 3. Docencia 4. Investigación 5. Otro:_____ 6. Ninguno	()
13. ¿Cuántas investigaciones ha realizado en promedio anual, desde que egresó hasta la actualidad?	1. Cero 2. Una, 3. dos, 4. tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más.	()
14. ¿Cuál es el número promedio de investigaciones publicadas anualmente en diversos medios: Revistas, Internet, seminarios, congresos, en el término de tiempo que ha estado graduado de maestría?	1. Cero 2. Una, 3. Dos, 4. Tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a más.	()
15. ¿En qué lugar(es) ha aportado su conocimiento y experiencia de maestría al ejercicio de la docencia ?	1. En la Universidad de San Carlos especialmente en la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En eventos científicos y académicos diversos, 5. En centros internacionales, 6. Otros:_____	() () () () () () ()

<p>16. ¿Dónde ha participado como asesor o tutor tesis universitarias?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos especialmente a la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos, en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros: _____ 6. En ningún lugar. 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>17. ¿Dónde ha participado como revisor o examinador de tesis universitarias?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos especialmente en la maestría, 2. En la Universidad de San Carlos, en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros: _____ 6. En ningún lugar. 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>18. ¿Qué cantidad de Capacitaciones y actualizaciones ha realizado en las siguientes modalidades, en promedio en los últimos dos años, 2011-2012?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferencias, 2. Talleres, 3. Congresos 4. Foros. 5. Cursos 6. Seminarios 7. Especializaciones, 8. Otros: _____ 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>19. ¿Qué cantidad de producción escrita ha realizado en promedio por año, en los últimos dos años, 2011-2012, en las siguientes formas?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Libros, 2. Revistas, 3. Artículos, 4. Documentos de apoyo 5. Pagina Web 6. Otros: _____ 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>

<p>20. ¿En su práctica efectiva de la salud pública en cuál de las siguientes funciones esenciales se ha involucrado más, en su tiempo de graduado de Maestría? Marque solamente tres.</p> <p>(Además de su conocimiento puede consultar sobre estas funciones para compararse).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud; 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación social en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en Salud pública; 9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva; 10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud. 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>21. Mencione como puede contribuir de la maestría en forma efectiva a la necesidades sociales que la salud en Guatemala?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.. 2.. 3.. 	<p>()</p> <p>-----</p>
<p>22. ¿Qué expectativa de desarrollo laboral de futuro tiene usted actualmente?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercer como Investigador, 2. Ser profesor o investigador universitario, 3. Practicar como Asesor o consultor nacional, 4. Ser Consultor internacional, 5. Otro_____ 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>

<p>23. ¿Que expectativa de desarrollo Académico futuro tiene usted actualmente?</p>	<p>1. Realizar estudios de especialización postmaestría, 2. Hacer estudios de doctorado, 3. Realizar estudios de postdoctorado. 4. Pertenecer a una sociedad científica internacional. 5. Otros:_____</p>	<p>() () () () ()</p>
--	---	--

Anexo 6

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

**“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala”**

**Instrumento: Entrevista a egresados no graduados de la Maestría
en Salud Pública**

Instrucción: Siendo usted miembro de alguna de las seis promociones de maestría en Salud Pública (**en adelante la Maestría**) que se han realizado de 1996 a 2010 y en su calidad de egresado (no graduado) le requerimos su participación aportando datos o información referente a su evolución, desempeño y contribuciones en el campo de la Salud Pública.

En cada una de las preguntas del siguiente cuestionario autoaplicado, se le pide escoger o proponer la respuesta que mejor corresponda a su percepción, conocimiento o experiencia como egresado de la Maestría. Deberá anotar el **número** del código de la (s) opción (es) que escoja dentro del paréntesis de respuesta, habrá algunas preguntas que requieren más de una respuesta y en otras habrá que escribir en el espacio una respuesta muy corta.

Su nombre completo (optativo) _____

No. de cuestionario ()

(Esto es para el investigador, al regresar el instrumento)

Objetivo 2: Información sobre los no graduados de la Maestría

Preguntas	Códigos y opciones	Respuesta
1. ¿En qué sexo se ubica?	1. masculino , 2. femenino,	()
2. ¿Cuántos años tenía cuando cursó la Maestría?	Anotar los años cumplidos.	()
3. 2. ¿Cuál es su edad actualmente?	Anotar número de años cumplidos.	()
4. ¿En cuál promoción usted cursó la Maestría?	1. 1996-1997, 2. 1997-1999, 3. 2001-2002	()

	4. 2003-2004, 5. 2007-2008 6. 2009-2010	
5. Valore la importancia que para usted ha tenido la formación de Maestría, en su desempeño profesional , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
6. Valore la importancia que para usted ha tenido la formación de maestría, en su desempeño Intelectual , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
7. Valore la importancia que para usted ha tenido la formación de Maestría, en su prestigio profesional , de menor a mayor valor.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	()
8. ¿Cuánto tiempo de labor o servicio ha prestado como egresado de Maestría en Salud Pública?	En años.	()
9. ¿Donde labora o trabaja en la actualidad?	1. MSPyAS, 2. USAC, 3. IGSS, 4. ONG internacional 5. ONG nacional, 6. Privado Individual, 7. Municipalidad, 8. Otro:_____	() () () () () () () ()
10. ¿Dónde puede ubicar su principal cargo actual ?	1. En Alta dirección, 2. Dirección general, 3. Coordinación, 4. Técnico, 5. Operativo 6. Docencia, 7. Como Investigador, 8. Otro:_____	()

<p>11. ¿En qué nivel sitúa los dos últimos Cargos ocupados en la Salud Pública Nacional, en últimos dos años, 2011-2012?</p>	<p>1. Político, 2. Técnico normativo, 3. Técnico operativo, 4. Operativo 5. Otro:_____</p>	<p>() () () () ()</p>
<p>12. En qué nivel sitúa algún Cargo ocupado en la Salud Pública internacional como egresado de la Maestría?</p>	<p>1. Nivel Político, 2. Nivel Técnico normativo, 3. Docencia 4. Investigación 5. Otro:_____ 6. Ninguno</p>	<p>()</p>
<p>13. ¿Cuántas investigaciones ha realizado en promedio anual, desde que egresó hasta el día?</p>	<p>1 Cero 2 Una, 3 dos, 4 tres, 5 Cuatro, 6 Cinco a más.</p>	<p>()</p>
<p>14. ¿Cuántas investigaciones como promedio ha publicado anualmente en diversos medios: Revistas, Internet, seminarios, congresos, Etc., en el término de tiempo que ha estado egresado de la Maestría?</p>	<p>1. Cero 2. Una, 3. Dos, 4. Tres, 5. Cuatro, 6. Cinco a mas.</p>	<p>()</p>
<p>15. ¿En qué lugar(es) ha aportado su conocimiento y experiencia de Maestría al ejercicio de la docencia?</p>	<p>1. En la Universidad de San Carlos especialmente en la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos, en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En eventos científicos y académicos diversos, 5. En centros internacionales, 6. Otros:_____ 7. En ningún lugar.</p>	<p>() () () () () () ()</p>

<p>16. ¿Dónde ha participado como asesor o tutor tesis universitarias?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos especialmente en la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos, en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros: _____ 6. En ningún lugar. 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>17. ¿Dónde ha participado como revisor o examinador de tesis universitarias?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la Universidad de San Carlos especialmente, en la Maestría, 2. En la Universidad de San Carlos en otros programas, 3. En Otras universidades nacionales, 4. En centros internacionales, 5. Otros: _____ 6. En ningún lugar. 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>18. ¿Qué cantidad de Capacitaciones y actualizaciones ha realizado en las siguientes modalidades, en promedio en los últimos dos años, 2011-2012?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conferencias, 2. Talleres, 3. Congresos 4. Foros. 5. Cursos 6. Seminarios 7. Especializaciones, 8. Otros: _____ 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>19. ¿En su práctica efectiva de la salud pública en cuál de las siguientes funciones esenciales se ha involucrado más, en su tiempo de egresado de Maestría? Marque solamente tres.</p> <p>a. Además de su conocimiento puede consultar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud; 2. Vigilancia de Salud pública, investigación y control de los riesgos y daños de la Salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación social en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la Salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>

<p>sobre estas funciones para compararse.</p>	<p>y su cumplimiento en materia de salud pública;</p> <p>7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;</p> <p>8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en Salud pública;</p> <p>9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos;</p> <p>10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;</p> <p>11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.</p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>20. ¿A qué atribuye NO haber logrado su graduación en el menor tiempo establecido o que aún lo se haya graduado?</p>	<p>1. No estaba preparado al terminar,</p> <p>2. Por compromisos de trabajo individual, institucional o privado.</p> <p>3. No tiene interés o motivación,</p> <p>4. No tiene apoyo del tutor o asesor,</p> <p>5. Dificultades para solventar los compromisos financieros y/o pagos finales</p> <p>6. Otros trabajos o compromisos</p> <p>7. Otro: _____</p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>21. Que se propone para lograr aún su graduación? Escriba tres posibilidades.</p>	<p>1..</p> <p>2..</p> <p>3.</p>	<p>-----</p>
<p>22. ¿Qué expectativa de desarrollo laboral de futuro tiene usted actualmente?</p>	<p>1. Ejercer como Investigador,</p> <p>2. Ser profesor o investigador universitario,</p> <p>3. Practicar como Asesor o consultor nacional,</p> <p>4. Ser Consultor internacional,</p> <p>5. Otro _____</p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>

<p>23. ¿Qué expectativa de desarrollo Académico futuro tiene usted actualmente?.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar estudios de especialización postmaestría, 2. Hacer Estudios de doctorado, 3. Preparar el camino para estudios de postdoctorado. 4. Pertenecer a una sociedad científica internacional. 5. Otros: _____ 	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
---	--	---

Anexo 7

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

**“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala”**

Instrumento: INFORMANTES CLAVE, CENTRO UNIVERSITARIO

1. **Problema:** ¿Qué debe incluir una estrategia para el desarrollo de regionalización de los estudios de postgrado en Salud Pública en la USAC de Guatemala?
2. **Objetivo:** Diseñar una estrategia para el desarrollo de la regionalización de los estudios de postgrado en Salud pública de la USAC de Guatemala.
3. **Investigador:** Mario Rodolfo Salazar Morales, correo electrónico spdoctorado@gmail.com, tesisdoctoralusac@gmail.com Teléfono celular 55190225. (para remitir sus opiniones o consultar al respecto de estos instrumentos)
4. **Instrucción:** En el cuadro o matriz que se le presenta en la hoja siguiente, realice un análisis FODA (**fortalezas-y debilidades:** análisis interno de la institución o instancia o programa y **oportunidades –amenazas,** análisis externo de la institución, instancia, o programa) en este caso sobre: El centro regional de la USAC al que pertenece, programa académico que dirige o del área de salud; considerando el problema y objetivo, antes indicados. Al menos, escriba 5 en cada una de los componentes del FODA.

LUGAR:

ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE:

- Director (a) del centro regional centro regional de la USAC:
- Coordinador de los estudios de post grado:
- Coordinador de medicina:
- Coordinador, profesor, investigador u otro cargo profesional:
- Director del Área de Salud:
- Director (a) de Escuela de enfermería:

➤ Otro

informante:

Cargo: _____

MATRIZ DE ANÁLISIS FODA

Fortalezas	Debilidades
1. 2. 3. 4. 5. . .	1. 2. 3. 4. 5. . .
Oportunidades	Amenazas
1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.

Anexo. 8

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)”

Objetivo: Diseñar una estrategia para el desarrollo de la regionalización de los estudios de postgrado en salud pública en la USAC de Guatemala.

Instrumento: Entrevista a profundidad

Se utiliza esta como guía del investigador para realizar entrevista en profundidad a actores claves en el proceso administrativo, académico y curricular de los Centros Universitarios de la USAC ubicados en Cobán, Chiquimula, Quetzaltenango, San Marcos y Escuintla. Los actores serán quienes ocupan los siguientes cargos: Director de Centro Universitario, Coordinador de los postgrados, coordinador de la carrera de medicina, coordinador de planificación educativa, coordinador del área de Salud Pública o investigación y director del área de salud (Directora de Escuela de enfermería).

La entrevista será gravada, escrita por entrevistador o escrita por el entrevistado, según sea más cómodo.

Preguntas generadoras: (Opinión o posición con la máxima amplitud, sobre las siguientes preguntas):

1. ¿Qué necesidades de formación en Salud pública se presentan en la región o área que cubre el Centro universitario de la USAC?
2. ¿Qué factibilidad existe o se puede construir para responder a los problemas o necesidades de salud de la región o área, para realizar la formación de posgraduados en Salud Pública?
3. ¿Cómo se comporta en la actualidad en esta región o Centro universitario la oferta educativa para cubrir estas necesidades de postgrado?

4. ¿Cuánta disponibilidad de recursos humanos formado en Salud Pública existe en la actualidad en el Centro universitario o en el Área de Salud para desarrollar programas educativos de postgrados en distintos niveles: especialización, Maestría o Doctorado?
5. ¿Qué características o condiciones debe presentar una estrategia para desarrollar programas de postgrado en Salud Pública en su Centro regional o áreas de salud que cubre?

MUCHA GRACIAS POR SUS APORTES

Anexo 9

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

**“Estrategia de desconcentración de la Maestría en Salud Pública,
Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)”**

Instrumento: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD, CUM

5. **Problema:** ¿Qué debe incluir una estrategia para la desconcentración y desarrollo de los estudios de postgrado en Salud Pública en la USAC de Guatemala?
6. **Objetivo:** Diseñar una estrategia para la desconcentración y desarrollo de los estudios de postgrado en salud pública en la USAC.
7. **Investigador:** Mario Rodolfo Salazar Morales, Email: tesisdoctoralusac@gmail.com cel. 55190225.
8. **Institución:** Facultad de Ciencias Médicas, USAC. **Entrevista a informante clave**
 - Decano de Ciencias Médicas
 - Director (a) de la Escuela de Estudios de Postgrado
 - Coordinador de Maestrías y Especialidades
 - Coordinador de Doctorado en Salud Pública
 - Coordinador de Educación Continua en Salud
 - Coordinador Maestría en Salud Pública
 - Coordinador de especialización en Epidemiología

La guía permite realizar entrevista en profundidad a actores claves. La entrevista será gravada, escrita por entrevistador o escrita por el entrevistado si es más cómodo y se solicita el consentimiento informado. El objetivo es lograr la opinión o posición de autoridades en el proceso administrativo, académico y curricular de los estudios de postgrado y de la Facultad de

Ciencias Médicas sobre pertinencia de la desconcentración y regionalización de estudios en el campo de formación en Salud Pública de Guatemala.

Preguntas generadoras: Respuesta con la mayor amplitud, sobre las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las condiciones o capacidades reales (recursos humanos, tecnologías, instrumentales, programas, Etc) **que en éste momento** se tienen en el programa a su cargo para desconcentrar y regionalizar los estudios de postgrado en **Salud Pública** en diversos niveles de formación, y llevarlos, al menos, a 1 de cuatro centros universitarios de la USAC: CUNOR, CUNORI, CUNSUR, CUNOC?
2. ¿Cuáles son las capacidades potenciales (humanas, tecnológicas, instrumentales, programas, Etc) que **se necesitarían a futuro** en la instancia a su cargo (Facultad, Escuela, programa) para desconcentrar y regionalizar los estudios de postgrado en Salud Pública con diversos niveles de formación y llevarlos, al menos, a 1 de cuatro centros universitarios de la USAC: CUNOR, CUNORI, CUNSUR, CUNOC?.
3. En la situación actual, ¿qué disposición tiene usted para apoyar e impulsar este tipo de propuestas como un aporte social de la USAC?

Anexo 10

Interpretaciones: Condiciones y características de los centros universitarios regional y el análisis FODA de centros universitarios de la USAC

El centro universitario del norte, CUNOR, está ubicado en la entrada a la ciudad de Cobán, Alta Verapaz, fue fundado en noviembre del 1976. Los departamentos de influencia a este centro son: Alta Verapaz, Baja Verapaz y el Progreso, principalmente.

En el presente funcionan los postgrados con cuatro siguientes:

- Educación con orientación en medio ambiente;
- Desarrollo rural;
- Derecho civil y procesal civil derecho notarial.

Actualmente, se está elaborando el proyecto para la maestría en docencia universitaria.

El número de estudiantes inscritos en pregrado en 2014 es de 4,791 y 80 en postgrado. El número de profesores en pregrado es de 39 titulares y 160 interinos. En post grado 7 interinos.

En los siguientes cuadros se presentan los principales resultados de las opiniones expuestas en las entrevistas y reuniones realizadas en CUNOR.

Condiciones y características del Centro Universitario Regional del Norte.

Necesidades de formación de postgrados en Salud Pública	Factibilidad de responder a necesidades	Oferta educativa de postgrados en Salud Pública	Disponibilidad de recursos humanos	Características o condiciones para diseñar la estrategia
<ul style="list-style-type: none">• Formación en salud pública.• No existen profesores con esa especialidad en la región.	<ul style="list-style-type: none">• Se cuenta con infraestructura física, personal administrativo, departamento de	<ul style="list-style-type: none">• Un departamento de postgrados y actualmente imparte Maestría en educación con orientación en medio ambiente, en	<ul style="list-style-type: none">• Hay una profesional con Maestría y una docente que ha cerrado su	<ul style="list-style-type: none">• El horario compatible con el horario de las personas interesadas.• Contextualizado en la región.

<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples intentos por establecer en la región un postgrado desde la USAC. • Cursos de epidemiología básica, maestría en salud pública, Maestría en epidemiología, especialidad en estadística y otras. • Son pocas las personas con especialización, por eso la Maestría en Salud Pública brindaría una oportunidad de especializar médicos y otros profesionales. 	<p>posgrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varios profesionales interesados a cargo de centros y puestos de salud. • Hay algunos profesionales con maestría y mejor desempeño profesional. • Se percibe el deseo de prepararse en un postgrado, es necesario contactar los interesados. • Se ha contado con la anuencia y apoyo del director de área de salud, en cuanto a financiamiento. • Se puede lograr apoyo de algunas organizaciones no gubernamentales. • Realizar alguna investigación específica para conocer el interés de profesionales y si pueden financiar la Maestría. • En el área existen especialistas en epidemiología, que estarían interesados en seguir preparándose más. 	<p>desarrollo rural, derecho civil y derecho notarial; se está elaborando el proyecto de docencia universitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay rezago de programas se mantiene la centralización en la Ciudad de Guatemala. • Actualmente no se cuenta con promoción de ninguna clase de postgrados. • La región cuenta con algunas universidades, la oferta de postgrados es muy baja. • Actualmente, la URL oferta la Maestría en salud pública, el costo es muy elevado. • La oferta de educación universitaria en salud ha aumentado en 3 universidades de la región (USAC, URL, UMG) ahí habría optantes locales. • Para el diseño o implementación del programa de post grado se cuenta con la unidad de postgrados, avalada por el SEP. 	<p>doctorado en Salud Pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay varios profesionales con formación en salud pública que laboran en Alta Verapaz se tendría que realizar un listado real. • Hay 2 profesionales con Maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología, uno en administración en salud pública, que trabaja en el área de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Docentes con experiencia. • Administración por parte del centro regional. • Participación de docentes de la ciudad capital. • Factibilidad de estudiar en fines de semana presencial, en forma virtual o combinado. • Estudios deben estar enfocados con las necesidades del área. • Firmar compromiso para realizar los estudios de post-grado. • Proceso sistemático para seguridad de terminar , • Apoyo de autoridades de la universidad y del área de salud. • Vincular a la organización de médicos como un comité de educación continua. • Plan fin de semana y vía internet para fortalecer, diariamente, conocimientos. • Dirigido a personal que labora en los servicios de salud.
---	--	---	---	--

El centro universitario del norte CUNORI, está ubicado en Finca Zapotillo, Chiquimula. Departamento de Chiquimula. Los departamentos de influencia Chiquimula, Zacapa, Jutiapa, Jalapa, El Progreso y Puerto Barrios.

Tipo y número de programas de postgrado

- Maestría en Derecho Penal.
- Maestría en Gerencia de Recursos Humanos.
- Maestría en Derecho Mercantil y Competitividad.
- Maestría en Gestión Tributaria.
- Maestría en Gerencia en los Servicios de Salud.
- Doctorado en Derecho.

El número de estudiantes inscritos en el presente año en pregrado ha llegado a 4,546 estudiantes y el número de estudiantes inscritos en el presente año en postgrado se sitúa en 116.

El número de profesores titulares en Pregrado es de 40, interinos 197 y 5 profesores por contrato, en Post grado hay 30 afiliados, Catedráticos fuera de carrera renglón 022 hay 15 profesores.

Condiciones y características del Centro Universitario Regional de Oriente.

Necesidades de formación de postgrados en Salud Pública	Factibilidad de responder a necesidades	Oferta educativa de postgrados en Salud Pública	Disponibilidad de recursos humanos	Características o condiciones para diseñar la estrategia
<ul style="list-style-type: none"> • Falta formar a personal en Salud pública, Epidemiología, investigación u otras disciplinas relacionadas. • Fortalecer el liderazgo en el personal de salud y mejorar la Coordinación interinstitucional. • Se debe apoyar un 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede contar con las Municipalidades, ONG's, etc, • Contar con un buen sistema de vigilancia. • Promoción sobre las ofertas de formación existentes que respondan a las necesidades de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe ningún postgrado dirigido a la salud pública. • Diversos programas académicos tanto de Licenciatura, Maestría y Doctorado. • Algunos proyectos de 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal con nivel de maestría en ciencias y artes; • Docentes locales. • Existe en el Área de Salud hay algunos profesionales con pensum cerrado de Maestría en Salud Pública, 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser accesibles los cursos o programas, tanto en horario como en costo monetario, • Considerar ingresos de los profesionales para que les permita financiarse un postgrado. • La formación de postgrado en Salud Pública debe contemplar referentes a las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). • El plan de estudios debe integrar una orientación filosófica, fundamentos históricos,

<p>doctorado y la Maestría de gerencia en servicios de salud que se viene realizando; se cuenta con 20 alumnos inscritos quienes podrían cursar un doctorado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formación en Salud Pública. • La formación en promoción y educación para la salud, y en el conocimiento de la situación de salud. • La formación en Salud Pública con competencias de gestión • Formación y entrenamiento en docencia y la capacidad de enseñar. • No existe personal preparado con nivel de doctorado en salud pública, pero si interesado en seguir esos estudios. 		<p>maestría,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se inició la Maestría de Gerencia en Servicios de Salud. • No existe información sobre la oferta educativa. 	<p>pero sin graduarse.</p>	<p>epistemológicos, éticos, políticos y socioeconómicos de la Salud Pública,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deben considerar principios de dirección, gerencia e investigación. • Un profesional con vocación humanista, valores éticos y capacidad de liderazgo. • Perfil individual profesional, también dependerán de la estructura docente, debe consolidar un espacio académico de alta calidad y eficiencia, • Una metodología de enseñanza específica y adecuada. requisitos de ingreso que se correspondan con las exigencias a este nivel proceso riguroso de investigación, • Seguimiento de los egresados. En esencia la investigación, su planificación, ejecución y publicación.
---	--	---	----------------------------	---

El centro universitario, (CUNSUR) Colonia Popular Escuintla, fue fundado 28 de septiembre de 1977, según Punto Quinto del Acta 33-77. Los departamentos de influencia a este centro son: Santa Rosa, Mazatenango, Suchitepéquez, Sacatepéquez, Ciudad Capital y Chimaltenango.

Tipo y número de programas de postgrado.

- Maestría de Gerencia en Empresas Agroindustriales.
- Maestría en Docencia Universitaria.
- Maestría en Derecho Procesal Penal.

El número de estudiantes inscritos en el presente año en pregrado es de 1,524 estudiantes, el número de estudiantes inscritos en el presente año en Maestría es de 12 estudiantes. El número de profesores titulares e interinos en pregrado es de 17 titulares y 75 interinos, en postgrado es 4 docentes interinos.

Condiciones y características del Centro Universitario Regional de Oriente.

Necesidades de formación de postgrados en Salud Pública	Factibilidad de responder a necesidades	Oferta educativa de postgrados en Salud Pública	Disponibilidad de recursos humanos	Características o condiciones para diseñar la estrategia
<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con personal especializado y capacitado en salud pública. • La formación de gestores en servicios de salud, epidemiología descriptiva y analítica, en Sistemas de Información, en economía de la salud y en Evaluación de servicios de salud. • Manejo de 	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con el Departamento de Postgrado, • Existe infraestructura en el IGSS, Salud Pública (Hospital, Centros y puestos de salud). • Es factible la creación de la Maestría en salud pública porque se da el enlace entre las áreas de salud, CUNSUR y Hospital Regional. • Se cuenta con estudios de post- 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe ni en lo público ni en lo privado. • Las enfermeras a través de las universidades privadas, obtienen su licenciatura, y posteriormente su título de Maestría. • Las otras profesiones afines, no cuentan en el departamento con ninguna opción al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal capacitado para esta especialización. • En el IGSS, si hay personal con Maestría en Salud pública. • Existen 4 Maestros en Salud Pública y 6 más con cierre de pensum en la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la demanda a través de un estudio, • Masiva promoción en el departamento de Escuintla y lugares de influencia de la Región. • Estar dirigida a estudiantes nativos del área y hacer una proyección para la vida media de esta maestría y los cambios futuros, • Jornada Sabatina o en horario vespertino uno o dos días a la semana

<p>desastres desde la perspectiva de salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> Egresados de la carrera de medicina dispuestos a estudiar una especialización. 	<p>grados (Residencia) y así cerrar el círculo en los 3 niveles de atención en salud, con personal nativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dependerá de la calidad de profesionales que se quieran formar. 			<ul style="list-style-type: none"> Debe contar con algún tipo de patrocinio financiero para que las cuotas no excedan las posibilidades de pago. Contar con docentes con experiencia en el sector público, no solo académicos.
---	--	--	--	--

El Centro Universitario de Occidente (CUNOC), con dirección en Calle Rodolfo Robles, Quetzaltenango fue fundado el 5 de diciembre de 1970. Los departamentos de influencia a este centro son: Quetzaltenango, San Marcos, Totonicapán, Sololá, Huehuetenango, Quiché, Retalhuleu, Suchitepéquez.

El tipo y número de carreras de licenciatura u otras es de 18 licenciaturas y 4 profesorados, el tipo y número de programas de postgrado es de 15 Maestrías y un doctorado.

- Maestría en Derecho civil y procesal civil.
- Maestría en Derecho Penal.
- Maestría en Derecho Tributario.
- Maestría en Derecho Mercantil y competitividad.
- Maestría en Derecho Notarial y Registral.
- Maestría en Derecho Constitucional.
- Maestría en Educación con orientación en medio ambiente.
- Maestría en Tecnología en Recursos Hídricos.
- Maestría en Antropología Social.
- Maestría en Formulación y Evaluación de Proyectos.
- Maestría en Administración de Recursos Humanos.
- Maestría Administración Financiera.
- Maestría en Docencia Universitaria.
- Maestría en Consultoría Tributaria.
- Maestría en Administración de Servicios de Salud.
- Maestría de Descentralización, Gestión y poder local.
- Doctorado en Derecho.

El número de estudiantes inscritos el presente año en pregrado asciende a un ingreso de unos 3 mil nuevos estudiantes al CUNOC, tiene actualmente alrededor de 15, 000 estudiantes en todas las facultades en jornada matutina y vespertina. El número de estudiantes inscritos en presente año en postgrado alrededor de 1000 estudiantes. El número de profesores titulares e interinos, en pregrado y postgrado es de 150.

Condiciones y características del Centro Universitario de Occidente

Necesidades de formación de postgrados en Salud Pública	Factibilidad de responder a necesidades	Oferta educativa de postgrados en Salud Pública	Disponibilidad de recursos humanos	Características o condiciones para diseñar la estrategia
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de Maestrías en salud y/o especialidades hace que los profesionales no estudien este campo. • Demanda de la Maestría en Administración de servicios de salud, • La formación en salud pública es indispensable • En la actualidad no contamos con profesores formados en salud pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • La universidad tiene una gran oportunidad para lograr incidir en la salud pública, por lo tanto la universidad debe establecer compromisos de responsabilidad institucional y nacional para hacer sustantiva su formación académica. • Se cuenta con un programa de postgrados, en donde se podría desarrollar dicha especialidad y existe una extensa área de práctica con fines formativos. • Para responder a los problemas de salud de la región se debe preparar a todos los profesionales de los servicios de salud y profesores que forman el recurso humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay oferta educativa en salud pública, es en la USAC central, • Existen la actual Maestría Administración de servicios de salud • Solamente se realizan diplomados o cursos individuales como Investigación aplicada, medicina tradicional o alternativa, investigación operacional, atención primaria,, • Existe la Maestría en Administración de servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe suficiente, pues, no es una Maestría que se haya desarrollado en el centro • Se tienen los graduados de la actual Maestría Administración de servicios de salud. • Existe RH con otras maestrías o especialidades y con mucha experiencia, algunos han estudiado Maestría en Salud Pública, • Se pueden encontrar profesionales de San Marcos, Huehuetenango, Sololá o Totonicapán que tiene Maestría. • Hay profesionales graduados de maestría en Salud pública U RL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía, libertad de cátedra, pluralismo teórico, metodológico e ideológico. • Con personal multidisciplinario e inter disciplinario, • Búsqueda de excelencia y pertinencia cultural, • Reconociendo el contexto de las regiones desde su local. • Voluntad política y compromiso para transformar los procesos de salud pública en Guatemala en las regiones. • Determinar perfiles académicos y docentes de los centros universitarios. • Una estructura metodológica y funcional bajo el concepto de la Atención Primaria Renovada. • Orientación a los equipos formados regionalmente. • Un enfoque nuevo de salud pública renovada y contextualizada. • Incluir en la formación, Seminarios, congresos, investigación, • Propiciar el instituto de investigación en Salud Pública en Guatemala en asociación con el MSPAS • Horarios accesibles y financiamiento adecuado tomando en cuenta que los aspirantes son trabajadores.

FODA DE LOS CUATRO CENTOS UNIVERSITARIOS

Centro Regional del Norte en Cobán, área de salud de Alta Verapaz.. CUNOR	Centro Regional del Nor Oriente, Chiquimula, área de salud de Chiquimula. CUNORI	Centro Regional del Sur, Escuintla, área de salud de Escuintla. CUNSUR	Centro Regional del Occidente, Quetzaltenango, área de salud de Quetzaltenango. CUNOC
Campo de Fuerzas Internas Comunes y Diferentes			
<p>Fortalezas (F)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con infraestructura: aulas tradicionales, aula virtual, biblioteca, oficinas administración, servicios. 2. Se cuenta con departamento de administración y tiene personal que realiza los procesos de manera técnica y eficiente. 3. Existe coordinación con diferentes niveles e instancias en la región. 4. Se cuenta con carrera de Medicina, en el futuro saldrán los primeros graduados. 5. Se cuenta con el departamento de Postgrado donde se posee experiencia en programas de este nivel. Los postgrados están disponibles en Alta Verapaz 6. Hay interés del área de salud por la superación del personal, se proporciona permiso para estudiar. 7. Existe buena voluntad del director del área de salud para fortalecer la capacidad del personal profesional. 8. En el área residen profesionales de diferentes disciplinas, al menos se cuenta con dos maestros en salud pública egresados de la USAC. 9. Hay profesores con compromiso social y alto nivel académico 10. El acceso hacia el centro regional es fácil. 11. Se tiene visión de enfrentar los problemas de salud 	<p>Fortalezas (F)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En Infraestructura física, se cuenta con oficinas y el edificio ubicado en lugar específico para que los alumnos puedan tener acceso a ellos. Ayudas Audiovisuales, equipo técnico de tecnología útil para el desarrollo de las actividades. 2. Infraestructura Administrativa, se cuenta con personal, con secretarías y mantenimiento. Existencia de una estructura de los servicios. 3. Un profesor en la Coordinación de post grado. 4. Apoyo de las Autoridades del CUNORI en general, de quienes siempre hemos tenido el mismo de forma permanente e incondicional. 5. Existe personal calificado con nivel de Maestría en las diferentes especialidades. 6. Existencia de normativa de atención mediante protocolos. 7. Conocimiento de la situación de Salud del Área de intervención o trabajo. 	<p>Fortalezas (F)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de profesionales egresados de USAC, en los distintos niveles de atención en salud. 2. Contar con autonomía para implementar programas, según las necesidades culturales de la región. 3. Interés manifiesto de parte de RRHH de seguir aprendiendo. 4. Accesibilidad como área de convergencia en la costa sur (carreteras amplias, transporte abundante). 	<p>Fortalezas (F)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo de la Dirección y del Departamento de Estudios de Postgrado CUNOC. 2. RH con las competencias y perfiles adecuados. 3. Infraestructura apropiada. 4. Programa de pos-grados existente en el CUSAM. 5. Presencia de la carrera de medicina en el CUSAM.
Debilidades (D)	Debilidades (D)	Debilidades (D)	Debilidades (D)
<ol style="list-style-type: none"> 1. No existen abundantes profesores con especialidad en salud pública, hacen falta docentes de postgrado a nivel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de recurso humano con dedicación y competencias para la enseñanza e 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escases de Recursos 2. Carece de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit de equipo audiovisual y biblioteca para

<p>local y en la región.</p> <p>2. Poco personal profesional capacitado en Epidemiología.</p> <p>3. Dificultad para viajar a Guatemala a realizar estudios de especialización, distancias grandes de los municipios a la ciudad capital para asistir a los estudios.</p> <p>4. No se cuenta con maestrías en diferentes campos, no existe la maestrías en salud pública en la región.</p> <p>5. No existe promoción de las posibles carrera de post grado</p> <p>6. El Área física del CUNOR es limitada.</p> <p>7. Horarios vespertinos, nocturnos y en fin de semana saturados de cursantes de carreras de licenciaturas.</p> <p>8. Médicos que laboran en el área de Salud con horarios rígidos</p> <p>9. Se ha fallado en intentos previos de implementar la maestría en salud pública.</p> <p>10. No se han logrado el apoyo de instituciones cooperantes o estatales para el financiamiento de las maestrías en salud pública.</p> <p>11. Que de las autoridades de la USAC no dispongan de presupuesto para destinarlo al postgrado.</p> <p>12. Acomodamiento de los profesionales a un desempeño mínimo de sus funciones asistenciales.</p> <p>13. Centralización de postgrados en la ciudad capital.</p>	<p>investigación en Salud Pública.</p> <p>2. No existe presupuesto propio del CUNORI para postgrados. Todas las carreras son autofinanciables. Presupuesto limitado o insuficiente</p>	<p>infraestructura</p> <p>3. Presupuesto insuficiente para cubrir las necesidades.</p> <p>4. No hay estímulos.</p> <p>5. Acomodamiento del recurso humano</p>	<p>la docencia</p>
---	--	---	--------------------

Campo de Fuerzas Externas, Comunes y Diferentes			
Oportunidades (O)	Oportunidades (O)	Oportunidades (O)	Oportunidades (O)
<p>1. Mucha necesidad de capacitación en salud pública, muchos profesionales interesados en la región.</p> <p>2. Se ofrecen becas por ONGs (OPS,FUDEN) para estudiar post grados</p> <p>3. El interés de muchos profesionales de estudiar una especialización</p> <p>4. Deseo de los profesionales de superación y de servicio</p> <p>5. Iniciar la oferta académica al sector profesional de salud de la región.</p> <p>6. Inclusión de profesionales de salud de toda el área norte por facilidad de traslado.</p> <p>7. mejorar la capacitación profesional para la región que lo necesita.</p> <p>8. Nuevas generaciones de profesionales de la salud por las carreras de medicina de la USAC y Universidades Privadas.</p> <p>9. Requerimiento por parte de las políticas del Estado, de que los profesionales que dirigen los Centros y Puestos de Salud, tienen que acreditar capacidades en Gestión y Administración.</p> <p>10. No existen maestrías en el campo de la salud pública en la región</p> <p>11. Muchos profesionales interesados en esa área.</p> <p>12. Que los post grados estén disponibles en Alta Verapaz</p>	<p>1. Gran número de egresados de todas las carreras de diferentes instituciones docentes públicas y privadas hasta el momento y los que se están formando con marcado interés en continuar estudios de posgrados,</p> <p>2. Integración interinstitucional y mejoramiento en la Gestión de Recursos Humanos</p> <p>3. Conformación de un sistema integrado de salud con participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales</p> <p>4. Conformación de Redes de Salud para un mejoramiento de la atención</p> <p>5. Posibilidad de obtener becas (Financiamiento parcial/total) para estudios de postgrado.</p> <p>6. Participación de instituciones internacionales en los Programas de Maestría.</p> <p>Los estudiantes de la Maestría (CUNORI) generalmente laboran en las áreas pertinentes a los estudios.</p>	<p>1. Presencia de otras universidades interesadas en la enseñanza de la Salud Pública</p> <p>2. Voluntad institucional de las autoridades administrativas y docentes.</p> <p>3. Interés de instituciones y organismos de nivel público (IGSS), y privados en la oferta de estudios de posgrados.</p> <p>4. Accesibilidad geográfica de los distintos municipios del departamento al CUNSUR</p>	<p>1. Convenios con MSPAS para generar un requisito de puestos gerenciales estudiar Maestría en Salud Pública o Administración en SS.</p> <p>2. Realizar alianzas con universidades internacionales y agencias de cooperación para realizar investigación para mejorar los servicios de salud.</p>

Amenazas (A)	Amenazas (A)	Amenazas (A)	Amenazas (A)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Que otra universidad pueda implementar esa maestría u otros estudios superiores. 2. Maestrías en Salud Pública brindada por Universidades Privadas, con cohortes finalizadas exitosamente. 3. Injerencia política que varía, según gobierno de turno. 4. Cambio del director de área, con personal que no le dé importancia a la especialización. 5. Presencia de brotes de enfermedades infecciosas que afecten la población. 6. No contar con presupuesto para estudiar. 7. Que no haya interés de superación. 8. Los horarios en que se implementen los estudios de postgrado coinciden con los horarios de trabajo de los interesados. 9. Desastres naturales imprevistos. 10. Presencia de brotes de enfermedades infecciosas que afecten la población. 11. Que las autoridades de la USAC no tenga presupuesto previsto para el apoyo de los estudios de posgrado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades en la coordinación interinstitucional (Municipalidades). 2. Desconfianza en los ofrecimientos de apoyo financiero por autoridades administrativas locales. 3. Ausencia de profesionales nacionales o extranjeros con la condición de catedrático contratado por la universidad de forma permanente o temporal para la docencia de postgrado de Maestrías. 4. Ausencia por autoridades locales de perspectivas de preparación de profesionales en estudios de posgrado para enfrentar los cambios Políticos con oportunidades de empleo. 5. Cambio de Prioridades de país, con cambio de Gobierno. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Competencia de universidades privadas en la región. 2. Amplios recursos de la competencia. 3. Competencia con otras universidades. 4. Influencia política en la USAC. 5. Divorcio institucional entre USAC y seguro social. 6. La orientación social de USAC vrs. Corriente neoliberal de otras universidades 7. Política partidista voraz. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso dificultoso de financiamiento para investigaciones en organismos como DIGI /USAC. 2. Universidad privada que apertura maestrías de salud pública y administración. 3. El trabajo está condicionado a vinculaciones políticas. 4. Y no existe el campo para poner en práctica los conocimientos.

Anexo 11

Opiniones e interpretaciones sobre las condiciones o capacidades en recursos humanos, tecnológicas, instrumentales, programas, etc. desde la posición de autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas para desconcentrar postgrados de Salud Pública a centros regionales.

Informantes-actores	Decano	Director postgrado y Coordinador de doctorado salud pública	Coordinador de maestrías y especialidades	Coordinador educación continua	Coordinador Maestría en salud pública
<p>1. Condiciones (recursos humanos, tecnológicas, instrumentales, programas, Etc) que en éste momento se tienen para desconcentra.</p>	<p>1</p> <p>a. Las diversas experiencias docentes en pre y postgrados, La existencia de una maestría en Salud Pública de mas de 15 años y que número de egresados.</p> <p>c. Profesores e investigadores, Experiencias en planificación docente de programas diversos,</p> <p>e. Formas de docencia a distancia.</p>	<p>2</p> <p>a. Para desconcentración de los estudios de postgrado salud pública hay que tomar en consideración que realmente es trasladarlos a otras áreas del país con diferentes métodos, ya sea de forma presencial o virtual, no debieran desde el inicio de descentralizarse de la matriz central, que seríamos nosotros,</p> <p>b. La desconcentración inicial conduce a posteriormente a la descentralización, debería darse en las áreas que alguna manera apuntan la mayor morbimortalidad en el grupo materno infantil, con el nivel de maestría, estudios de especialización y actualización en salud pública.</p> <p>c. Hoy la escuela desde la fase IV ha crecido, se ve en</p>	<p>3</p> <p>a. La experiencia de 20 años de formar maestros en salud pública, ha aportado al país valioso recurso humano capacitado en este campo, esto ha traído que a nivel del interior del país se pueda tener un médico con grado de maestría capacitado en el campo de la salud pública lo que ha sido aprovechado por instituciones del estado, instituciones privadas o tipo ONG.</p> <p>b. El recurso humano del programa de Maestría y la experiencia de un programa local o con sede central (CUM),</p> <p>c. experiencias de cursos</p>	<p>4</p> <p>a. En cuanto al recurso humano se tiene debidamente capacitado para poder dar los estudios de especialización en epidemiología, esa es una fortaleza que se ve, en cuanto a la situación tecnológica, se tiene algo pero con deficiencias, todas las actividades de educación continua deberían estar desconcentradas y regionalizadas porque siempre se tiene la desventaja que se hace a nivel central, para tener éxito debería desconcentrarse y regionalizarse.</p> <p>b. Se deberían hacer alianzas estratégicas con los centros regionales para que se institucionalicen los</p>	<p>5</p> <p>a. Se dispones profesores de tiempo completo,</p> <p>b. Contar con una buena plataforma y equipos de computación.</p> <p>c. Tenemos un programa bien estructurado y hemos egresados profesionales de las regiones.</p> <p>d. Existen lineamientos de postgrado dictados por el SEP.</p> <p>e. Existen los programas de las diversas áreas.</p> <p>f. Varias cohortes realizadas y con egresados y graduados.</p> <p>g. Identificación de materiales de apoyo académico.</p>

		<p>contratación de personal, estructura, organización y el número de maestrías que tenemos y médicas y no médicas, diversas estrategias virtuales.</p> <p>d. ya hemos tenido una experiencia de la Maestría materno neonatal en región central, norte en Cobán y accidente en Quetzaltenango, el futuro es bueno, la diferencia es del apoyo político actual del Decano Oliva, de seguir igual se apunta a positivo.</p> <p>e. En desarrollo de los postgrados el primer postgrado que tenía el grado de Maestría fue el de Maestría en salud pública, en nuestro medio a la salud pública se le ha visto como un estudio de segunda categoría, no se le ha dado la importancia que tiene, y en el país se necesitan muchos salubristas.</p> <p>f. La base es tener en el momento experiencia que iniciamos hace cerca de 20 años, principalmente, con la Maestría en salud pública, que fue la primera de este tipo y ha egresado buen número de maestros salubristas.</p>	<p>o programas con tutoría de postgrados a distancia, se debe contactar con más de estos profesionales, (MSP) para concienciar, motivar o participar en la docencia a nivel local.</p> <p>e. En los últimos años se ha logrado la apertura de centros universitarios formadores de Médicos Generales, lo que ha abierto las posibilidades a la implementación de estudios de postgrado: CUNORI, CUNOC, CUNOR, CUNSUR, CUSAM,</p> <p>f. La institucionalidad de la MSP puede, ser a la vez, una fortaleza, se ha despertado el interés por parte de estos centros universitarios de apertura el postgrado de Salud Pública,</p> <p>g. Se cuenta con una plataforma ideal para fortalecer objetivos comunes en la formación de recurso humano en salud.</p> <p>h. Se requiere un proceso de acreditación en los</p>	<p>programas se deben tener convenios o cartas de entendimiento con los centros regionales aunque sea la misma universidad pero la historia demuestra en otros programas que al tener la carta de entendimiento si se puede lograr el traslado de recursos.</p>	
--	--	---	---	---	--

<p>2. capacidades potenciales (humanas, tecnológicas, instrumentales, programas, etc) que se necesitarían a</p>	<p>a. Interés de los centros que lo manifiesten mediante instrumentos de cooperación. b. Contar con una plataforma virtual de buena</p>	<p>a. Los contenidos programáticos de los diferentes estudios de post que se den a nivel central con la desconcentración deben revisarse en coordinación estrecha con MSPyAS, IGSS y otras organizaciones que prestan</p>	<p>a. Las capacidades son altas, únicamente debe presentarse una propuesta de reclutamiento de recurso humano calificado con grado para que localmente,</p>	<p>c. Para viabilizar este tipo de proyectos se debe de buscar la ayuda de la cooperación internacional a través de las políticas que genera el propio ministerio. d. Uno de los pilares</p>	<p>a. Capacitar o formar con mucha profundidad en promoción de salud y salud ambiental, fortalecer profesores de la MSP. b. Enviar profesores al doctorado en salud pública. c. Una buena plataforma virtual y con internet de alta capacidad.</p>
			<p>i. se debe ver dar el apoyo y tutoría inicial de los Docentes con experiencia en la sede central, para acompañamiento de las primeras cohortes, j. lograr que los programas deban ser autofinanciables, por lo que deberá establecerse un mínimo de estudiantes para poder iniciar un nuevo programa, que podría llegar a tener más gastos comparativamente hablando con el que se desarrolla en la sede central.</p>		

<p>futuro para desconcentrar post grado en Salud Pública cuatro centros universitarios de la USAC: CUNOR, CUNORI, CUNSUR, CUNOC.</p>	<p>y cobertura capacidad. Coordinar programas. Intercambio profesores.</p>	<p>servicios de salud. Debemos enfocarnos en agenda de nación post 2015, y, es clave la enseñanza de las FESP y atención primaria, es fundamental, con esto el sistema de salud se fortalecería, todo esto debiera de ir de la mano con verdaderas políticas de salud, el país debe desarrollar políticas que vallan en concordancia con la formación de recurso humano.</p> <p>c. Creo que no hay que pensar en muchas áreas, pensar en la regionalización, donde se conjuguen varios departamentos, la escuela ha crecido se ha desarrollado y tiene experiencia, en el futuro es más halagüeño, es futuro de desarrollo, de contribución de diversos aspecto de construir integralmente salud y lo que en el sistema de salud debe darse.</p>	<p>puede echarse a andar un proyecto de magnitud.</p> <p>b. Si olvidar la potencialidad de una maestría virtual o semi presencial.</p> <p>c. Se cuenta con el interés institucional, no solo de autoridades centrales sino regionales.</p> <p>d. Y pienso que el dinamismo de los Docentes puede acoplarse fácilmente a nuevos proyectos.</p>	<p>fundamentales para poder tomar decisiones en políticas de salud pública es que tengan conocimiento en salud pública, sin ese conocimiento siempre se va a ir al fracaso.</p> <p>e. En cuanto a la tecnología y medios audiovisuales en todos los centros regionales tendrían que tener los recursos correspondientes.</p> <p>f. Hay necesidad de formación, hoy debe de ofertarse y darse facilidades, son pocos los profesionales que se les ubica, unos a nivel central y otros en las cabeceras.</p>	<p>d. Incorporar a las actividades los profesores que están relacionados y fuera del nivel central.</p> <p>e. Incorpora a las bibliotecas en informar uso y existencia de materiales, y bibliotecas virtuales.</p> <p>f. Debería de haber más apoyo, vos has conseguido muchos recursos para el doctorado.,</p> <p>g. Una política clara de apoyo a los postgrados en salud pública.</p> <p>h. Con recurso formado se abarata la ejecución y traer algunos especialistas.</p> <p>i. Fortalecer la búsqueda de recursos financieros para diversas actividades.</p> <p>j. La calidad del nivel central debe ser competitiva y transferirse a los centros.</p> <p>k. Los centros como CUNOR dispone de recursos humanos, algunos egresados del nivel central, igual en CUNOR.</p> <p>l. Utilizar bien la información hospitalaria para hacer investigaciones y pueden desarrollar los postgrados clínicos.</p> <p>m. El doctorado se puede extender y apoyar a nivel central y en las centros. Estos serían los profesores del futuro, el cuadro base, si no, no tiene sentido el esfuerzo.</p>
<p>3. En situación actual, que disposición para apoyar e impulsar la desconcentración como un aporte social de la USAC a los centros universitarios?</p>	<p>a. Apertura total para trasladar programas o para acompañar.</p> <p>b. Es parte de nuestros objetivos y planes futuro.</p> <p>c. Disponemos de</p>	<p>a. En primero del postgrado que hemos tenido de salud pública se dieron fuertes cambios, una nueva visión, y hay que darle la importancia para formar médicos, técnicos y salubristas.</p> <p>b. Si antes se apoyó la Maestría, ahora ha surgido el doctorado, esto no es casualidad, es el esfuerzo de mucha gente,</p>	<p>a. Mi disposición es total, de apoyar a Docentes innovadores, y de búsqueda de recursos materiales y humanos, necesarios para poder implementar este tipo de proyecto.</p> <p>b. Recientemente, se ha finalizado la primera cohorte de la Maestría</p>	<p>a. Tenemos disposición de hacer postgrados de salud pública, epidemiología e investigación a nivel regional, si existen condiciones para lo presencial o lo virtual, se debe hacer una red de egresados o graduados, para actualizar los egresados y más profesionales.</p>	<p>a. Estamos hablando con Cobán y Xela para ejecutar el programa,</p> <p>b. Creo que si, la junta directiva eso quiere, la desconcentración, la descentralización depende de los centros.</p> <p>c. Luis Ruiz debe opinar si eso también quiere.</p> <p>d. Que la escuela tenga control al ser desconcentrada.</p> <p>e. En algunos centros tienen post grados.</p> <p>f. Que los centros contraten personal y se</p>

	<p>convenios y contactos con otras instituciones internacionales.</p>	<p>acciones que han tomado con gente atrás y el Decano Oliva, las decisiones políticas son importantes y con mi función debemos tomar este rol protagónico ahora con la desconcentración.</p>	<p>en artes en Enfermería Materno Neonatal con resultados altamente satisfactorios, con intervenciones de valor en las comunidades de influencia.</p> <p>c. Es por ello que se considera que el implementar esta Maestría en poblaciones como las Verapaces o en Oriente se que sería de mucho beneficio para la población y que con una buena publicidad se lograría excelente demanda por parte de colegas interesados en aplicar este campo en sus instituciones.</p>	<p>b. El coordinador de Cobán ha manifestado que ellos necesitan hacer una carta de entendimiento y que la firme el director de postgrados, nosotros la apoyaremos.</p> <p>c. Se podría lograr impacto al desarrollar capacidad con infraestructura física y humana en los diversos centros universitarios, se ha hecho pruebas con la persona encargada y por aparte de ellos como una forma de colaboración se implementarán las plataformas, gente capacitada hay en los 4 puntos cardinales.</p>	<p>les puede apoyar desde acá, con los profesores contratados en nivel central.</p> <p>Si se está en voluntad de hacerlo.</p> <p>g. Hay que apoyarlos, que desarrollen sus maestrías, con esto se tendrá recurso para desconcentrarse.</p> <p>h. Si nosotros lo apoyamos, el nuevo ministro que no es médico, puede no ser reacio, está abierto a que de permisos y tiempo para tareas y formar cuadros desconcentrados.</p>
--	---	---	--	--	--