Formación Gerencial de los Directivos del Sector Salud

Myriam Cardozo Brum

UAM - Xochimilco

Resumen: Apartir del perfil ideal que debe tener el directivo del sector salud, se establece la necesidad de actualizar las habilidades y la preparación académica de estos directivos, cuyas funciones se han ampliado de acuerdo con las políticas de descentralización implementadas por el gobierno. No obstante el autor argumenta que, dicha actualización va en contra de los programas de administración de la salud. También hace explícitos los obstáculos que enfrentan estos directivos para obtener una mayor preparación académica, y ofrece algunas propuestas para resolver este problema.

Abstract: The article analyses the features and performance of health managers that work at Health Ministry and the Mexican Social Security Institute, on the light of an ideal profile. As result of this survey, the author emphasized the need for update the skills of health managers, as a consequence of health sector decentralization policies, and shows the constrains that health managers face to improve their performance, also some measures are suggested to solve these.

Introducción

El enfoque de gerencia identifica dos dimensiones de gestión: la tradicional administración de recursos y la conducción integral de procesos. Esta última adquiere cada vez mayor relevancia y suele identificársele con las actividades que realiza la alta dirección. Es así que al hablar de formación gerencial se incluye también la formación administrativa.

Esta forma de acercarse a los problemas de gestión se ha desarrollado en el ambiente empresarial, razón por la cual será necesario diferenciar las características de la gerencia pública y privada y al interior de la primera, la especificidad de la gerencia social, más concretamente, la de salud.

Diversos autores (Falcao, 1997; Medellín, 1996) opinan que, dentro de los enfoques alternativos a la administración pública ortodoxa, se encuentran visiones neoliberales basadas en la lógica del mercado y la reducción del tamaño del Estado, que han ido

derivando hacia una visión que, si bien propone un Estado actuante, fundamenta su actividad en técnicas originalmente empresariales como la reingeniería o la calidad total, que no se adecuan a las reglas operacionales de una administración pública consecuente con sus fines y valores. Si bien los nuevos paradigmas de gerencia postulan la integralidad y complejidad de las organizaciones públicas, éstas últimas se muestran más interesadas en adoptar innovaciones empresariales que en producir las propias, con el riesgo de convertir a los gobernantes en gerentes de tipo privado y a los usuarios de los servicios públicos en clientes, en lugar de generar mecanismos de innovación social que permitan un funcionamiento coordinado de las instituciones del sector público y las comunidades sociales.

Paulo Motta (1985) afirma que el trabajo del gerente público es mucho más complejo que el que se desarrolla en la actividad privada, porque además de tener que lograr resultados que indiquen el cumplimiento de objetivos en un contexto de escasez de recursos, el gerente público carece de autonomía y control sobre los insumos que se le asignan; además debe rendir cuentas de su gestión, lo que lo enfrenta a un mayor formalismo burocrático. Para lograr lo anterior, el administrador debe combinar capacidad gerencial y compromiso social. La primera implica asumir una visión estratégica del futuro, desarrollar habilidades para conducir una organización mediante procesos de adaptación y transformación del ambiente, basadas en continuas innovaciones, actualización en conceptos y metodologías administrativas, habilidades interpersonales y grupales para la conducción del proceso psicosocial de la organización, en la búsqueda de un mayor impacto o efectividad en el contexto social amplio, que supere el enfoque microorganizacional de gestión guiada meramente por los criterios de eficacia y eficiencia. El compromiso social, por su parte, implica una formación en términos de valores culturales y desarrollo de sensibilidad para percibir demandas y, más aún, necesidades de la población, para poder formular y aplicar políticas efectivas.

En materia de gerencia social (salud, educación, vivienda, etc.) destacan también los trabajos de Kliksberg (1993 y 1997), quien considera que para lograr la participación social que en la actualidad se requiere, fundamentalmente a nivel municipal, resultan imprescindibles nuevos modelos organizacionales, no convencionales, de carácter descentralizado y con alta flexibilidad.

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

Por otro lado, Kliksberg (1997) sintetiza las direcciones en que ha avanzado el trabajo en el campo de la gerencia social: enfoque heurístico, adaptativo, análisis sistemático del medio ambiente gerencial, reemplazo del enfoque sectorial por el abordaje integral, desarrollo de capacidades para la gerencia interorganizacional, potenciación de la descentralización, modelos participativos, diseño de meta-redes y control social.

Complementariamente, Kliksberg y Sulbrandt (1993) especifican que los gerentes sociales deben estar preparados para moverse en contextos de alta turbulencia y complejidad, desarrollar habilidades para la coordinación de esfuerzos de múltiples instituciones y organismos sociales, para la negociación y concertación, practicar una gestión participativa, además controlar y evaluar permanentemente los procesos para hacer los ajustes pertinentes.

Oszlak (1997) agrega al perfil anterior nuevos rasgos implícitos en el enfoque de gerencia social, como el dominio de tecnologías de frontera que incluye organizaciones matriciales o por proyectos; actuación a través de redes; pensamiento estratégico en lugar de incrementación y trabajo interdisciplinario, participativo y flexible, o la formación orientada hacia el compromiso que implica valores democráticos, identificación con los beneficiarios, etcétera.

Mientras Kliksberg y Sulbrandt opinan que estas características presentan diferencias significativas frente a las del gerente público genérico, por lo que justifican la creación de una subdisciplina en gerencia social, con orientaciones, contenidos, metodologías y herramientas de gestión pública, Oszlak piensa que sólo se trata de énfasis diferentes y exigencias mayores en el campo social; por ello, postula su formación general conjunta con especial atención a sus especificidades.

En relación con el gerente público especializado en salud, Juan Manuel Sotelo (1990), entonces representante de Organización Panamericana de la Salud en México, coincide en plantear una actitud que favorezca la participación de la sociedad civil dentro del proceso de descentralización. Entre las críticas que plantea a las características del directivo-médico, destaca su formación bajo el paradigma flexneriano que le impone una visión mecanicista, biologicista e individualista, dirigiendo a estos profesionistas a valorar la especialización clínica, la tecnificación y el énfasis en los aspectos curativos, características éstas que están muy lejos de prepararlos como gerentes de la salud pública.

Enrique Ruelas y colaboradores (1990 y 1991) han investigado los problemas específicos de los administradores de hospitales, en este caso, tanto públicos como privados. Entre las dificultades detectadas están: la insuficiente formación administrativa de los médicos encargados de la dirección de hospitales, valoración de la preparación clínica como superior a la gerencial, rígidas características de su formación de pregrado y falta de tiempo de quienes ocupan las más altas jerarquías hospitalarias, lo que disminuye sus posibilidades de tener acceso a los cursos de actualización y capacitación gerencial y poca pertinencia de los programas ofrecidos.

Esta percepción de los autores mexicanos y latinoamericanos citados fue reforzada por el diagnóstico que el Banco Mundial (1993) hizo para todos los países en materia de políticas de recursos humanos y que muestra la existencia de varios especialistas y el descuido relativo de la formación en salud pública, política sanitaria y gestión de la salud. Para superar estos problemas el Banco Mundial propone la adecuación de planes de estudio y el énfasis de la capacitación en servicio.

Finalmente, una reflexión profunda y actualizada sobre el tema de gerencia en salud se encuentra en los trabajos de Marín (1995). Este autor insiste en resaltar que la gerencia en el campo debe enfatizar los aspectos de conducción integral de los procesos y actores sociales participantes en un contexto de gestión de políticas públicas, en general, y de salud, en particular, frente a los tradicionales problemas de administración de recursos. Reconoce que la gerencia pública ha ido incorporando conceptos y métodos propios de la empresa privada, lo que ha conducido a nuevos

conflictos, por lo que postula una recuperación del espacio estrictamente “público”, con un enfoque apropiado a la gestión de políticas públicas. Además, recoge los planteamientos generales formulados en el campo de la gerencia social y destaca para el gerente de la salud: capacidad para hacer política a través del juego de intereses, coaliciones y negociaciones; respeto a los principios de equidad, productividad y calidad; compromiso con un proyecto de desarrollo social que se concrete en programas y servicios que respeten y promuevan la dignidad de los ciudadanos; manejo estratégico de contextos complejos, caracterizados por la incertidumbre y la turbulencia, etcétera.

En resumen, el personal directivo de la salud requiere de un doble conocimiento: el específico de su sector y el de carácter gerencial, que le permitan un buen desempeño de las funciones de organización y dirección. Entendemos que dicha formación gerencial debe responder a los planteamientos presentados especialmente por Kliksberg, Sulbrandt, Oszlak y Marín, destacando las especificidades de la gerencia social dentro de la pública y de la gerencia en salud dentro de la social. Aun reconociendo que en el desempeño de los directivos juegan un papel importante algunos rasgos de personalidad (sensibilidad, comprensión, don de mando, liderazgo, etc.) que coadyuvan a lo que algunos autores consideran el “arte” de dirigir, el conocimiento de las técnicas gerenciales complementa y desarrolla, con profundidad, aquellas características. Por esta causa, llama la atención la poca importancia que en México se ha atribuido al desarrollo de dichas habilidades en el personal directivo, lo que, en mi opinión, se explica porque quienes ocupan esos puestos suelen obtenerlos más por vínculos políticos que por los conocimientos gerenciales que han sido analizados; lo que provoca drásticos recambios sexenales y, por ende, poca motivación de los directivos para capacitarse. Con esta introducción como marco se tratará de revisar, el grado de conocimiento que dentro del sector salud mexicano, se tiene del perfil de su personal directivo, en comparación con el ideal que plantean los autores antes identificados, la disposición de un diagnóstico de necesidades y la forma en que éste se recoge, así como los programas que se impulsan para formar y capacitar a estos gerentes sociales.

Perfil del personal directivo

En la SSA los investigadores no tienen acceso a información sobre este punto, desconociéndose si se le considera confidencial o si es porque realmente no existe. Ante esta situación, se realizó un trabajo de campo (Cardozo, 1994) mediante la aplicación de encuesta a una muestra aleatoria que cubrió 25.16% de los 914 mandos medios, en 13 de los 14 estados descentralizados en materia de servicios dirigidos a la población abierta, atendida por la SSA.

Complementariamente se aplicaron entrevistas a 81% de los funcionarios de mandos superiores y subdirectores, implicados directamente en el tema (recursos humanos y enseñanza).

El trabajo antes descrito arrojó como principales resultados los siguientes:

- * Solamente 77.8% de los directivos incluidos en el trabajo son de sexo masculino, lo que se explica por una tradición cultural que hace pocos años ha empezado lentamente a modificarse.
- * La antigüedad promedio en el cargo es de 3.5 años, lo que mostró bastante estabilidad en el empleo dentro del sexenio.
- * La antigüedad promedio dentro de los servicios que brinda la SSA en el estado alcanza casi 9.5 años, esto hace suponer un buen conocimiento de los mismos.
- * Son muy pocos los directivos que han tenido experiencias de trabajo fuera del Estado y en otras instituciones del sector, fundamentalmente de seguridad social o actividad privada.
- * En cuanto a su formación, a pesar de que no hay ninguna normatividad aplicable en cuanto a la carrera de origen del personal, 58.7% estudió medicina. La presencia de otras carreras sólo alcanza pequeños porcentajes, como en los casos de ingeniería (6.5%), contaduría (6.1%), derecho y ciencias sociales (5.2%) y administración (4.8%), concentrándose en los niveles jerárquicos más bajos de los mandos medios (jefes de departamento). La única exigencia es tener una licenciatura; sin embargo, 6.1% de los funcionarios que participaron en la investigación no la tenían.
- * Únicamente 39.8% de los directivos estudió un posgrado en especialización clínica (cirugía, ginecobstetricia, pediatría, etc.) que no incluye ningún conocimiento administrativo.

- * Solamente 3.6% de los funcionarios estudió una especialidad de un año de duración en administración de servicios de salud o de Hospitales y 2.6% obtuvo una maestría, de duración variable (entre 1 y 2 años), en administración de Hospitales o administración pública. De los restantes posgrados, el de salud pública es el que tiene mayores conocimientos administrativos (entre 15 y 20%, aproximadamente) y fue estudiado por 8.3% como especialidad de un año de duración y 17% como maestría, en la mayor parte de los casos en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), también con una duración de un año.
- * Sólo 0.9% de la muestra tenían estudios de doctorado, pero no en áreas administrativas, sino en psicología.
- * En cuanto a educación continua, el promedio de cursos tomados en el área administrativa durante su vida profesional fue de 6.96, pero sólo pudieron identificar la temática de aproximadamente tres. En orden de importancia fueron nombrados: administración en general, habilidades directivas, administración de servicios de salud, planeación (a veces con enfoque estratégico), calidad, Administración de sistemas locales de salud, programación y presupuestación y dirección de hospitales.

En conclusión, podemos decir que la formación administrativa de los directivos de la salud en la SSA es insuficiente en el nivel de grado y posgrado. En educación continua, el promedio de cursos tomados es bajo si lo comparamos con la antigüedad promedio en los servicios estatales de 9.5; años la cobertura de temáticas es parcial, pues se enfatizan conceptos y modelos generales de Administración y, específicamente, planeación y dirección en detrimento de aspectos relativos a administración de recursos, de proyectos, diseño organizacional, control y evaluación. Por otro lado, la distribución geográfica está muy concentrada en el centro del país, dificultando el acceso de las entidades distantes, resaltando entre las instituciones que brindan actualización y capacitación: la SSA (21.8% a nivel estatal y 19.8% en el Distrito Federal), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP con 18.2%) y las universidades estatales (10.4%). Esta dispersión de los cursos ofrecidos dificulta cuantificar su número total y el de sus participantes por año. Finalmente, el aprendizaje realizado por este medio sólo resultará eficaz si los cursos han sido correctamente planeados en términos de pertinencia a las necesidades detectadas,

buena cobertura de temas, secuencia y calidad adecuadas, de tal manera que permitan un crecimiento progresivo del conocimiento similar al planeado en un buen programa de grado o posgrado.

El IMSS, por su parte, recoge el perfil del trabajador por categoría-puesto y sus necesidades de capacitación a través del sistema IMSS-Capacitación de la Jefatura de Servicios de Personal y Desarrollo, Subdirección General Administrativa. El mecanismo es diferente del comentado para la SSA, pues parte del perfil deseado de conocimientos, habilidades y actitudes, que debiera tener cada trabajador, se solicita al responsable de la unidad que califique a sus colaboradores en una escala de 2 a 10, indicando así, en qué medida presentan los rasgos predefinidos. En lugar de informar el ocupante del puesto los grados y posgrados académicos que ha adquirido, los cursos de educación continua que ha tomado y las necesidades sentidas de capacitación, se confía en la opinión del funcionario superior, metodología que será comentada más adelante, pero que -anticipamos- puede llevar a resultados sesgados. También se mide la presencia de los rasgos ideales, sin importar si los adquirió a través de educación formal. Esto tiene la ventaja de ser más flexible, de brindar más oportunidades, ya que, por otro lado, los meros estudios formales constituyen indicadores que no garantizan el desarrollo de los rasgos ideales. Lamentablemente, no tuvimos acceso al concentrado de los resultados respecto a los puestos directivos.

Es importante destacar que el IMSS, desde 1943 en que se planeó la operación de los servicios médicos, ha considerado que los médicos representan el personal idóneo para dirigir las unidades de atención médica, debido a que reúnen aptitudes suficientes para planear, organizar y coordinar al personal de salud, así como manejar los recursos para el logro de los principales objetivos de la institución en materia de salud (IMSS, 1993). Como, —según mi opinión— esto no se logra en forma automática, se vuelven de particular relevancia los estudios de posgrado en administración y los cursos de capacitación.

El documento antes citado insiste, en su fundamentación, en caracterizar los fenómenos de salud-enfermedad como biológicos, pero también sociales, y en que el médico debe comprender el entorno del enfermo. Para lograrlo le resulta relevante la tarea de liderazgo, humanismo y calidad académica del directivo médico de la seguridad social.

Por otro lado, el diagnóstico del IMSS (1995) ofrece algunos datos muy generales como los siguientes:

- * El personal administrativo en 1994 estaba compuesto por 77,397 trabajadores (22.41% del total), pero no indica cuántos de ellos eran directivos.
- * La capacitación técnico-administrativa en desarrollo directivo evolucionó, entre 1989 y 1994, de 934 a 1,508 cursos y de 15,963 participantes a 35,878. En general, estos funcionarios se capacitan dentro de su propia institución, lo que facilita disponer de datos agregados, pero como desconocemos el número de veces que una misma persona aparece tomando distintos cursos, es imposible calcular el promedio correspondiente, por persona y por año.

Complementariamente, disponemos de la encuesta personal para directivos de servicios de salud aplicada en 1992 y 1993 por la subjefatura de capacitación y desarrollo de personal, jefatura de Servicios de Educación Médica, Subdirección General Médica, que arroja información relativamente similar a la recogida en la SSA en mayo de 1995:

- * La edad promedio de los directivos es de 43.31 años, con una desviación estándar de 7.63,
- * Pertenecen al sexo masculino 87.12%
- * La antigüedad promedio en el puesto es de 4.27 años.
- * La distribución por puestos de quienes voluntariamente respondieron el cuestionario es:

Jefe de Servicios Médicos	0.00%
Coordinador Delegacional de Programa	2.74%
Director	12.47%
Subdirector	19.59%
Jefe División Unidad Hospitalaria	1.78%
Jefe de Departamento Clínico	63.29%
Ayudante de Dirección	0.00%

- * La antigüedad promedio en el IMSS es de 24.80 años.
- * El tipo de contratación es de confianza A, en 2.19% (puestos políticos) y de confianza B, en 97.67% (de carrera).

En relación con su formación y capacitación, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- * La totalidad de los funcionarios tiene licenciatura y de ellos 1.92% cuenta, además, con una formación técnica. La encuesta solicita información sobre su distribución por carreras, pero no dispusimos de estos datos.
- * De estos directivos 84.25% estudió una especialización, la que se supone de carácter clínico en una amplia proporción. Por otro lado, 6.58% ha cursado una maestría, casi seguramente en salud pública y en menor grado en administración. Finalmente, 0.55% ha estudiado un doctorado, pero se desconoce en qué área.
- * En relación con la educación continua, el promedio de cursos tomados en el área administrativa fue reportado como de 0.77%, apenas mayor a los de docencia (0.57%) e investigación (0.66%), que, en general, constituyen para los directivos actividades marginales.

Resulta difícil extraer conclusiones contundentes con base en la información proporcionada por el IMSS. Ante todo, desconocemos el número total de los funcionarios directivos y de los que respondieron, lo cual, agravado por una respuesta voluntaria, no nos asegura que exista representatividad por niveles jerárquicos, pero propicia la presencia de otros posibles riesgos. Aún aceptando los resultados que nos proponen, no tenemos información del porcentaje de funcionarios cuya licenciatura corresponde al área de administración.

En cuanto a los posgrados se han planteado algunas hipótesis a partir de la información general de la forma en que los médicos se distribuyen entre ellos. Si no nos equivocamos, en ellas podríamos aventurar que no debe haber más de 6% con especializaciones, maestrías y doctorados en nuestra área de interés, lo cual es muy poco para todos aquéllos que hayan estudiado medicina como licenciatura. Por su parte, los cursos de educación continua reportados constituyen un porcentaje tan insignificante que nos induce a pensar que muchos hayan respondido su promedio anual más que el total en su vida profesional. Aún así, no alcanzarían a

tomar un curso por año. Al respecto, resulta interesante regresar a los datos del diagnóstico que nos muestran una importante disminución en la cantidad de cursos ofrecidos por la institución en 1993 y 1994 y del número de participantes, cuya fuerte reducción comienza en 1992. Finalmente, la amplia antigüedad promedio en la institución, unida al muy significativo porcentaje de personal de confianza B que accedió al cargo por haber hecho carrera dentro de la organización, nos hace suponer un conocimiento importante de la misma por los ocupantes de cargos directivos.

Un intento por comparar los perfiles de los funcionarios del IMSS y la SSA, antes analizados, nos mostraría que de acuerdo con los supuestos introducidos en los niveles de formación del IMSS, las dos instituciones mostrarían una insuficiente formación administrativa de los médicos que han alcanzado un nivel directivo, debido a que ésta solamente pudo ser obtenida a nivel de posgrados o de educación continua. Los médicos son considerados como el personal idóneo para dirigir los servicios en el caso del IMSS; mientras que en la SSA se requiere, en teoría, tener una licenciatura no especificada, con el agravante de que en la práctica cuenta con personal directivo sin ningún tipo de licenciatura en un porcentaje significativo.

En el caso de los funcionarios en nivel de dirección con formación de licenciatura en Administración, el peligro es el opuesto, pues carecen de conocimientos biológicos, sociales y de servicio público. Estos aspectos, en particular los sociales, aparecen más considerados en los planteos del IMSS, con lo que se estaría menos alejado del perfil de gerencia social planteado en la introducción. Por su lado, los cursos que han tomado los directivos, fundamentalmente habilidades directivas, dirección de hospitales y planeación, podrían incluir el desarrollo de muchos de los rasgos planteados en el perfil ideal, pero sólo si han tenido el enfoque propuesto, lo que en mi opinión resulta difícil.

La distribución geográfico-institucional de los cursos de actualización y capacitación parece haber una mayor preocupación por parte del IMSS en el sentido de reproducir, a nivel regional, los cursos que se dictan en el centro del país, para hacerlos más accesibles. Por otro lado, frente a la dispersión institucional en la oferta de cursos para los directivos de la SSA, el IMSS muestra una

mayor concentración en la propia institución, ayudada por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Finalmente, la antigüedad, tanto en la institución como en el puesto, del personal directivo, muestra mayor estabilidad en el caso del IMSS, lo que puede explicarse por la menor presencia de cargos políticos y la mayor remuneración recibida por sus trabajadores, en comparación con los de la SSA.

Diagnóstico de necesidades

Conocer las necesidades de formación y capacitación parece un punto indiscutible para diseñar los programas que pretendan mejorar el desempeño de cualquier funcionario. Sin embargo, resulta mucho menos obvia tanto la forma de obtener la información (censo, muestra, informantes-clave, etc.) como el universo mismo de los informantes (autodiagnóstico del ocupante del puesto, diagnóstico de su superior inmediato, de otras autoridades, de sus colaboradores, etcétera).

A menudo, los programas se diseñan con una idea muy vaga respecto de las necesidades de formación y capacitación; en otros casos únicamente se consideran algunos informantes y la metodología empleada no garantiza la representatividad de los resultados alcanzados. Así, lo más común, por rápido y económico, es limitarse a recoger las opiniones de las autoridades en tanto informantes-clave. Esto tiene la gran desventaja de que nos deja sin conocer el sentir del propio ocupante del puesto, su angustia e inseguridad para desarrollar tareas para las que carece de los conocimientos necesarios, con los correspondientes riesgos de errores, retrasos, etc., en los casos en que él mismo realiza el trabajo de manera responsable, ya que nunca faltan otros en que su ineficiencia les preocupa muy poco, ya sea porque pasan fugazmente por el sector o porque carecen de conciencia de sus reales limitaciones. Excluye también la opinión de los colaboradores, rara vez consultados, pero que tienen una posibilidad de percibir distinta de los anteriores, fundamentalmente en cuanto a sus habilidades directivas como interrelaciones personales, toma de decisiones, claridad en la comunicación de mensajes, etc., y que pueden complementar la opinión de las autoridades respecto del manejo insuficiente de algunos conocimientos.

En los casos en que se intenta recoger el autodiagnóstico del funcionario sería ideal proceder a censarlos a todos; pero, como en cualquier trabajo de campo, esto puede ser muy costoso o imposible de realizar en el tiempo disponible. En esta situación, lo correcto es definir un tamaño muestral adecuado a los objetivos perseguidos y a las características del universo en estudio y proceder a una selección aleatoria de los funcionarios que habrán de responder el cuestionario de diagnóstico. Este procedimiento se aplica en muy pocos casos, prefiriéndose enviar el cuestionario a todos los funcionarios y obteniendo las respuestas de aquéllos que voluntariamente las entregan, con todos los sesgos que esto puede implicar (que respondan los más motivados, los que tienen más tiempo libre, etc.) y, por lo tanto, el riesgo de llegar a resultados no representativos para el conjunto.

A continuación, analizaremos los contenidos de los diagnósticos de necesidades disponibles en la SSA y el IMSS, previo comentario sobre la metodología empleada para su conformación.

El caso de la SSA

En 1988 el Centro de Capacitación y Desarrollo (CECADE) de la SSA diseñó un sistema de diagnóstico de necesidades de capacitación y actualización que empezó a aplicarse en 1990, manteniéndose hasta la fecha. Se trata de un cuestionario que se aplica anualmente a todos los trabajadores del nivel estatal y central, que no prevé la posibilidad de recoger opiniones de otras instancias jerárquicas diferentes a las del ocupante del puesto y que es respondido en forma voluntaria, con los posibles sesgos que ya hemos comentado. El resultado que se obtiene es un concentrado con los cinco cursos más solicitados para cada puesto y el número de demandas recibidas para cada uno de ellos. Esta información se envía a los jefes estatales de Enseñanza con una recomendación de los cursos que debieran desarrollar. Estos jefes informan trimestralmente sobre las actividades que han llevado a cabo. En cuanto al nivel central, concentrado en el Distrito Federal, el CECADE se encarga de organizar el programa de capacitación. Lamentablemente, este centro no tiene a disposición de los investigadores la información detallada de su diagnóstico. Con base en los resultados parciales de 1992, puede decirse que a nivel nacional, los temas de administración general y relaciones humanas

fueron los más requeridos; a nivel de los catorce estados descentralizados, el tema de toma de decisiones fue el único solicitado por los tres niveles jerárquicos en que se presentan distribuidos los resultados (directores y subdirectores, directores de área y jefes de departamento), seguido de los dos ya nombrados a nivel nacional y de administración del tiempo. Probablemente un mayor desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y un empleo más eficiente del tiempo sean parte de las necesidades provocadas por las funciones descentralizadas. Finalmente, el CECADE no contempla en su cuestionario la realización de estudios formales, fundamentalmente de posgrado (Cardozo, 1993).

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

Para responder al planteamiento anterior, el trabajo de campo ya citado (Cardozo, 1994) indagó también sobre los nuevos conocimientos administrativos en los estados descentralizados. Los resultados obtenidos se resumen a continuación:

- * Las autoridades entrevistadas en todos los estados estudiados, así como 59.6% de los encuestados, coincidieron en que el proceso descentralizador amplió sus actividades en forma significativa. Tres de los once secretarios de salud (o nombramiento equivalente) entrevistados, opinaron que los mandos medios a su cargo no tienen la formación administrativa suficiente para asumir sus funciones; lo mismo respondieron dos de los once subsecretarios de recursos humanos y 25.45% de los funcionarios encuestados que tienen mandos medios a su cargo.
- * El 44.3% (102 funcionarios: 77 hombres y 25 mujeres) de los encuestados consideró que no tiene la formación necesaria para su cargo, siendo los directores de hospitales los más conscientes del problema. Su antigüedad promedio en el cargo supera apenas los tres años y muchos tienen más de diez trabajando en la

institución, por lo que la escasa preparación no se debe a que sea personal recientemente contratado. Son médicos 64.7% de ellos; y 6.9% no tienen licenciatura, sólo 14.7% estudió una especialidad no clínica y 12.7% una maestría. Han estudiado en promedio 4.9 cursos en temas administrativos.

- * Otros funcionarios manifestaron que, aunque tienen la formación necesaria, desean actualizarse; 8.3% se atrevió a opinar que su jefe inmediato carece de la formación adecuada, a pesar de los riesgos que esto pudiera significarle. Seguramente este porcentaje hubiera sido más alto de haber podido brindar mayores garantías de anonimato en sus respuestas. Otro sesgo que se pudo detectar es que en aquellos estados en que a corto plazo se produciría un cambio político, aumentaba el miedo de perder el trabajo y esto los inducía a opinar que su formación era suficiente.
- * Los que informaron que necesitaban mayores conocimientos administrativos enfatizaron en orden de prioridad los siguientes temas: paquetes de cómputo (para apoyar a diversas áreas, no estrictamente de carácter administrativo), planeación, presupuestación, gestión financiera, evaluación de proyectos, evaluación de resultados y toma de decisiones; mismas que muestran grandes coincidencias con las principales funciones ampliadas por la descentralización.
- * El 74.5% de los funcionarios anteriores opinó que a través de la educación continua tendrían oportunidad de adquirir los conocimientos que necesitan; 32.4% se propone cursar una maestría; 9.8%, una especialidad; 8.8%, un diplomado; 5.9%, un doctorado y 2.0%, una licenciatura. Esto muestra que el deseo de los funcionarios está muy por encima de los porcentajes reportados en los perfiles de quienes realmente han tenido la posibilidad de concretar su intención.
- * Lo anterior nos llevó también a indagar sobre las principales restricciones que limitan el acceso a los programas disponibles; así encontramos que la falta de tiempo disponible estaba presente en 62.7% de los casos; las limitantes financieras en 36.3% y la carencia de información sobre los programas ofrecidos, en 34.3%. Además, 19.2% opinó que los cursos que necesitan no son brindados a ningún nivel (local, regional o nacional), cuestionando así la pertinencia y cobertura de los programas que

se ofrecen. Por otro lado, de los cursos que sí satisfacen sus necesidades, sólo un poco menos de la mitad puede tomarse dentro del estado, que serían los más accesibles en términos financieros, de tiempo e información disponible, etcétera. Sería de esperar que les siguieran los programas regionales, pero se pudo constatar que éstos son poco considerados por los funcionarios (5.9%), los que en caso de salir de su entidad prefieren trasladarse al centro del país, ya sea al Distrito Federal (14.7%) o participando en los cursos programados por el INSP en el estado de Morelos (34.3%), con el consiguiente incremento de costos de todo tipo.

- * En una parte sustantiva de 55.7% de los encuestados que manifestó tener formación administrativa suficiente para el puesto que ocupa, sería muy difícil demostrarlo objetivamente. El 14% estudió administración o contaduría en su licenciatura (en estos casos el riesgo se invierte y lo que es muy común es que sus conocimientos gerenciales no puedan calificarse como propios de un gerente social); 2.3% tiene una especialización en administración de hospitales y 34.4% ha dedicado un año a formarse en salud pública, cuyo contenido de conocimientos administrativos varía entre 15 y 20%; mientras 5.5% no posee estudios de licenciatura, 75.8% no tiene una especialidad, y 64.8% carece de una maestría. Su antigüedad en el cargo es de 3.5 años en promedio, apenas superior a la de aquéllos que manifestaron tener insuficiente formación para el cargo.

En conclusión, el médico directivo de la SSA carece de conciencia del problema y, por lo tanto, de motivación para continuar estudiando. Esto puede deberse al carácter fuertemente político de su designación o a la cultura médica predominante que valoriza mucho más una especialidad clínica que un posgrado en áreas administrativas. A esto se suman las restricciones ya comentadas para el acceso al conocimiento de quienes manifiestan que desearían continuar formándose o capacitándose (Cardozo, en prensa).

El caso del IMSS

En la Jefatura de Servicios de Educación Médica de la Subdirección General Médica del IMSS se comenzó a trabajar aproximadamente en 1982, y en 1992-1993 se aplicó una encuesta de diagnóstico de

necesidades, dirigida a directivos. Se trató de que fuera contestada por todos al mismo tiempo, pero a la fecha aún se siguen recibiendo respuestas; esto representa uno de los problemas ya comentados en el caso de intento de censo contestado voluntariamente. Con la información que se iba recibiendo, ordenada por niveles de operación (1ro., 2do. y 3er. nivel de atención médica), turnos, niveles jerárquicos, puestos y tipos de contratación, se fueron programando los cursos. Los doce módulos de conocimientos previstos en la encuesta (dirección, diseño organizacional, desarrollo organizacional, desempeño organizacional, técnicas gerenciales, técnicas de análisis, administración pública, entorno socio-económico, salud, planeación estratégica, docencia e investigación) permiten deducir las necesidades más importantes a partir de los casos en que se informa que el tema es considerado relevante y que no se ha recibido capacitación en torno a él. Como ya se comentó, no se dispuso de esta información.

También son de utilidad los profesiogramas diseñados y contrastados con los perfiles reales que, se reconoce, no coinciden. En el caso del directivo se le describe como un profesional de la medicina con estudios de posgrado, que deberá poseer conocimientos generales del entorno socioeconómico del país y de la economía de la salud, además de conocimientos profundos del proceso salud-enfermedad y de los condicionantes que afectan la calidad de la atención a la salud. Asimismo, deberá ser capaz de desarrollar planes y programas; ejecutar con efectividad las funciones de dirección; utilizar y aplicar eficazmente los métodos, tácticas, técnicas y los instrumentos de diseño, desarrollo y desempeño organizacional para incrementar el nivel de salud; disminuir los riesgos, prevenir y otorgar atención médica integral. También será responsable de facilitar las actividades de formación, capacitación y desarrollo de su personal, así como estimular la realización de investigación médica con la finalidad de dar respuesta a los problemas que surjan en las diversas etapas del proceso de atención a la salud. Deberá, además, demostrar una actitud de compromiso como funcionario médico de la seguridad social y de la sociedad en general. Se comprometerá con la misión institucional y tendrá gran disposición para el trabajo en equipo. Será respetuoso de los valores humanos, consciente de la ética médica, y actuará en beneficio del desarrollo y el logro de los objetivos institucionales.

La amplia descripción anterior, realizada para cada puesto y nivel jerárquico, es la que la Jefatura de Desarrollo de Recursos Humanos de la Subdirección General Administrativa controla mediante el sistema IMSS-Capacitación, reseñado al analizar el perfil del directivo. Se parte de un diagnóstico organizacional elaborado anualmente mediante una reunión de trabajo o taller, en que se define la misión de cada delegación, se identifican fortalezas y debilidades o problemas a resolver y se proponen acciones a nivel de diseño organizacional o de capacitación, con el propósito de apoyar la planeación estratégica y diseñar el programa correspondiente a las últimas acciones citadas. Las necesidades de capacitación quedan identificadas de manera muy general; posteriormente, se trabaja de manera individual a través de un formulario muy similar al comentado en la evaluación del perfil y llenado por el jefe inmediato, en el que se describe la función realizada, los conocimientos y habilidades necesarios para cumplirla satisfactoriamente, mismos que se califican en una escala de 0 a 100, indicando los cursos o eventos en que el funcionario debería participar para satisfacer el déficit, si obtuvo un total inferior a 75 puntos. En caso contrario, es susceptible de recibir una constancia de habilidades laborales, previa aplicación del examen de suficiencia y participación en los módulos de integración a la misión institucional, sindical y de seguridad e higiene en el trabajo. Lo mismo sucede con las actitudes calificadas de 2 a 10 en el formulario comentado en el análisis del perfil. En este caso se capacitará si obtuvo una calificación inferior a 6 puntos.

Al realizarse el diagnóstico organizacional, es notable la importancia atribuida a la planeación estratégica y a la responsabilidad social. La primera complementa el diagnóstico organizacional con otro dirigido al macroambiente: se construyen escenarios alternativos, se definen los objetivos, las estrategias para alcanzarlos, el control de gestión a aplicar, la dirección asumida, y finalmente se diseña el plan estratégico en acción. En cuanto a la responsabilidad social ante grupos de interés, se comienza por definir a éstos como grupos o individuos a quienes afecta directa o indirectamente la obtención de las metas de una organización. Éstos se clasifican, a su vez, en internos (dueños, accionistas, consejos de administración y empleados) y externos (sindicatos, proveedores, competidores, asociaciones públicas, grupos de protesta y organismos gubernamentales). Por último, se concibe la

responsabilidad social como la convicción de la obligación de buscar el bien social, aunque al hacerlo mermen las utilidades.

Con el diagnóstico descrito en el caso del IMSS y el que realiza el CECADE para la SSA, se observó que estas instituciones proceden a definir los programas que brindarán, así como los apoyos que ofrecerán para realizar estudios en otras organizaciones.

Programas de formación y capacitación

Tanto la SSA como el IMSS ofrecen oportunidades mediante el otorgamiento de becas o el mantenimiento del salario, para que sus trabajadores continúen su proceso de formación. En el caso de nuestro interés se trata de la formación del directivo médico como gerente social. Para ello, ambas instituciones recurren principalmente a los programas de posgrado que dictan las instituciones educativas.

Aunque no es posible realizar aquí un análisis exhaustivo de los mismos, intentaremos resumir la información y conclusiones obtenidas en un trabajo anterior (Cardozo, 1994).

Existen en el país nueve posgrados relativos a administración de la salud o temas afines: tres están a cargo del INSP, ubicado en el estado de Morelos (Especialidad en Administración de Hospitales, Maestría en Administración de Servicios de Salud y Maestría en Sistemas de Salud); uno en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, Maestría en Sistemas de Salud) y otro en la Universidad La Salle (Maestría en Administración de Sistemas de Salud), ambos en el Distrito Federal; uno en la Universidad Autónoma del Estado de México (Maestría en Administración en Sistemas de Salud); uno en la Benemérita Universidad de Puebla (Maestría en Administración de Servicios de Salud); otro en el Colegio de la Frontera Norte en Baja California (Especialidad en Desarrollo de Sistemas de Salud); y finalmente, uno en el Colegio de la Frontera Sur en Chiapas (Maestría en Salud y Desarrollo).

Los programas correspondientes a los seis primeros (no fue posible obtener los otros tres) se caracterizan por una tendencia hacia la estructuración de los mapas curriculares con base en asignaturas aisladas, sin referencia a los problemas reales de la práctica o con una integración forzada en aparentes sistemas matriciales, nula importancia atribuida al enfoque didáctico con que se fundamentan y desarrollan los planes de estudio; poca atención a la dedicación y

formación pedagógica de los docentes; ausencia de prácticas de campo en varios de ellos; falta de consistencia entre objetivos, contenidos y perfil del egresado; nula referencia al compromiso social del último, observándose la necesidad de cambiar secuencias y complementar contenidos, fundamentalmente relativos al desarrollo de habilidades gerenciales. Dichas características hacen dudar del éxito de los programas en estudio para formar al gerente social. A esto debe agregarse el alto costo de colegiaturas, lo que aumenta las barreras de acceso a la formación, provocando pocos participantes y bajas eficiencias terminales en cada posgrado.

Existen otros programas que, aunque no se proponen formar personal directivo, tienen algunos contenidos administrativos. Es el caso principalmente de la licenciatura y las especialidades y maestrías en Salud Pública, que tienen muchos estudiantes, debido a que sólo suelen durar un año. Como ya se había comentado, sus contenidos administrativos fluctúan entre 15 y 20% del total, impartiendo, así, una enseñanza realmente mínima. Dichos programas se encuentran bastante concentrados geográficamente, pero menos que los antes analizados (se trata de 13 programas que se imparten en 8 entidades, más el que el INSP desarrolla bajo el sistema semipresencial en casi todos los estados del país) y, en general, comparten las restantes características señaladas.

Una idea de la utilización que los directivos de la SSA hacen de estos cursos, la podemos encontrar a través de la información que al respecto brindaron los subdirectores de enseñanza de siete estados descentralizados, relativa a 1993. Se trata de un promedio de 3.25% funcionarios en formación, que si descartamos los relacionados con enfermería y salud pública, por los argumentos ya presentados para ambos casos, se reducen a sólo dos estudiantes que realizaron una especialización, procedentes de Nuevo León y Tabasco, dos de los estados más ricos del país y con menos problemas de formación de su personal. Esto nos habla de una formación insuficiente en Administración y su inequitativa distribución frente a las necesidades regionales del país.

En lo relativo a cursos de educación continua encontramos, por un lado, los de capacitación, dirigidos a quienes ocupan un cargo ajeno a su formación previa (es el caso de los médicos que acceden a puestos directivos), cuando éste no puede someterse a un proceso formal que le permita una profundización como la que debería

ofrecerle un posgrado y, por otro, los de actualización, orientados a quienes sí tienen formación previa en cierta disciplina, pero que desean analizar problemas, conocer enfoques o metodologías nuevas. Dadas las características señaladas para los estudios de posgrado y las fuertes restricciones que limitan su acceso, la educación continua adquiere una importancia estratégica como medio para alcanzar los conocimientos necesarios al gerente social. En estos casos, las dos instituciones acuden también a los cursos abiertos por varios centros educativos, lo que en conjunto muestra una gran dispersión de acciones, consecuencia de una planeación no coordinada entre las organizaciones que las realizan, falta de una verdadera continuidad en la adquisición de conocimientos, consecuencia de un diseño desarticulado de cursos, falta de acercamiento al lugar donde el funcionario presta sus servicios y, también, a sus necesidades de capacitación y actualización.

Ejemplos de cursos abiertos a todos los directivos los podemos encontrar en las universidades o en la Asociación Mexicana de Hospitales (AMH). En el INSP, aunque recibe estudiantes de ambas instituciones, la mayoría proviene de la SSA. Algo similar sucede con el CIESS, pero en este caso la demanda predominante es la del IMSS. También el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) ha organizado cursos dirigidos a funcionarios de la SSA. Finalmente, entre los cursos específicos de cada institución tenemos los impartidos por el CECADE para la SSA, y los que el IMSS ofrece para el personal directivo, especialmente médico, a través de la Jefatura de Servicios de Educación Médica de la Subdirección General Médica y, para todos los funcionarios independientemente de su profesión, en la Jefatura de Programas de Capacitación de Funcionarios, así como los que ambas instituciones reproducen en el interior del país.

El conjunto integrado por el INSP, la AMH y el INAP, ofreció en 1992, 37 cursos administrativos y dos en áreas afines, con la participación de 19; 29 y 135 alumnos y costos aproximados de 185; 50 y 0 dólares, respectivamente. En el último caso resulta dudoso el aprovechamiento del alumno en grupos de tamaño tan grande. En 1993, estas instituciones ofrecieron sólo 14 cursos en áreas administrativas, con un promedio de 15 alumnos para el INSP y 190 para la AMH, y costos aproximados de 200 y 85 dólares, respectivamente. El último caso incluye un curso de 18 horas de

duración con 500 participantes, que parece más bien un ciclo de conferencias. En 1994 el INSP programó únicamente cinco cursos administrativos, pertinentes a nuestro interés de investigación, varios de ellos vinculados a aspectos gerenciales relativos a la descentralización de servicios y el desarrollo de sistemas locales de salud (SILOS). No fue posible obtener la correspondiente información de la AMH; pero a pesar de esto, la tendencia general, y del INSP en particular, parece ir hacia la disminución en el número de cursos de nuestro interés y de sus participantes.

La SSA, a través del CECADE, impartió en 1992 cuatro cursos administrativos con un promedio de 23 alumnos; en 1993, 15 cursos con 25 estudiantes y programó 16 para 1994. En este caso, todos gratuitos. Su oferta ha ido claramente en aumento y su esfuerzo permitió, en el último año, brindar más cursos de los programados. En cuanto a la actividad desarrollada por las subdirecciones de enseñanza en los estados, con los datos obtenidos sólo en seis de ellos (Aguascalientes, Colima, Guerrero, Sonora Tabasco y Tlaxcala), se calculó un promedio de casi 24 cursos por entidad. Las principales áreas de interés resultaron: Administración en general, Administración Pública, Administración de Sistemas de Salud, Gerencia, Salud Pública e Investigación. Los temas específicos demandados incluyeron: planeación estratégica, habilidades directivas (toma de decisiones, comunicación, relaciones humanas, liderazgo, motivación, etc.), desarrollo organizacional, programación y presupuesto, supervisión, control y evaluación, análisis de calidad, de costos, coordinación, administración de personal, auditoría y computación como apoyo a las funciones anteriores.

Los cursos específicos organizados por el IMSS, y los dirigidos fundamentalmente a sus funcionarios del CIESS, se resumen a continuación:

En el primer caso, entre 1972 y 1973, se planearon y desarrollaron los primeros cursos formales para directivos: Formación de Directivos en Unidades de Atención Médica, Jefe de Departamento Clínico, y Coordinadores del Sistema Médico Familiar, que concluyeron en 1977 con 700 egresados. Su duración variaba entre una semana y seis meses, los cursos cortos incluían nociones básicas de Administración, los extensos profundizaban en el proceso

administrativo, toma de decisiones, liderazgo y manejo del conflicto.

Entre 1978 y 1980 se impartieron cursos de oposición para ocupar puestos de confianza, de corta duración, en que se suponía que el mejor elemento del curso ocuparía la plaza vacante, lo cual en la práctica no sucedió.

En 1983 se diseñó e impartió el curso de Administración Básica para directivos de la Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación, antecedente del implantado en 1984-1986 sobre Formación Básica del Personal Aspirante a desempeñar Funciones Directivas en el IMSS, con una duración de un mes, y en el que participaron 382 personas. Entre sus temas incluía: procesos psicosociales de los grupos, comunicación, administración básica, manejo de conflictos, educación del adulto, teoría general de sistemas, desarrollo organizacional, grupos operativos y motivación.

Como consecuencia de la política de desconcentración aplicada y ante la necesidad de preparar más directivos para el sistema, en 1986 se capacitaron 100 instructores para reproducir el programa en los diez centros médicos del país, con una duración de un mes, versando sobre didáctica general y aspectos específicos vinculados a dirección. Las tres delegaciones más productivas lograron capacitar a 712 personas.

Una evaluación realizada en 1988 mostró que los egresados de estos cursos conservaban sus puestos directivos, muchos habían tenido ascensos, pues en el IMSS se valoran los esfuerzos individuales de formación y capacitación para las promociones, habían ocurrido cuatro defunciones y sólo 3% desertó de la carrera administrativa.

En 1990 se elaboró el Plan para Capacitación del Personal Directivo, con la participación de 19 directores de unidades de atención médica del Distrito Federal y el estado de México de los tres niveles de atención. El plan incluyó tres subprogramas: Formación, Capacitación (actualización para el directivo en funciones) y Cambio de Nivel Jerárquico (casos de ascensos). En el último subprograma se brindaría adiestramiento en servicio en las áreas que fuera necesario por parte de su jefe inmediato. En cuanto a formación, se trataba de un curso formal de cuatro meses de duración. En él se sustituyeron algunos temas considerados

obsoletos, incluyendo conceptos modernos como trabajo en equipo, administración participativa y con enfoque a calidad. Originalmente estaba dirigido a médicos, pero luego se incluyeron otras profesiones, aumentando su enfoque multidisciplinario. El segundo tenía duración y contenidos variables, según las necesidades de actualización del directivo en funciones.

Las experiencias anteriores han permitido generar un programa integral incluyendo las esferas cognoscitiva, psicomotora y afectiva, de orientación más formativa que informativa, dirigido a la solución de problemas de salud, con vinculación de teoría y práctica, y utilizando metodología didáctica que facilita el análisis crítico de conocimientos.

En 1992-1993 se aplicó la encuesta sobre formación y capacitación del directivo y se elaboró un programa dirigido exclusivamente a directores de unidades de atención médica, tanto para preparar nuevos directivos como para capacitar a distancia a los ya existentes. El programa de formación terminó en 1994 e incluyó cuatro cursos brindados en Nuevo León, Jalisco, Puebla y el Distrito Federal; pero el de capacitación aún está en proceso en algunas delegaciones. El primero formó a 298 directivos médicos y el segundo capacitó a 882 personas, sumando así 1,180 funcionarios de un total de 1,301 que se tenían como meta. Aún no se ha evaluado el impacto logrado con estos cursos.

El Plan de Estudios para la Formación, Capacitación y Desarrollo del directivo médico de la seguridad social de 1993 incluye cuatro subprogramas: un diplomado, adiestramiento en servicio de Inducción al puesto, un curso en Administración de Servicios de salud y un seminario ejecutivo para el mejoramiento continuo. Entre sus contenidos se incluyen: políticas nacionales e internacionales de salud, economía de la salud, planeación estratégica, calidad, desarrollo organizacional, valores humanos, ética y deontología (IMSS, 1993).

La capacitación directiva también ha sido abordada por la Subdirección general administrativa con diversos programas, entre los que figura el de desarrollo de Directivos, único vigente a la fecha, compuesto por cursos que pueden tomarse en el siguiente orden:

1. Iniciando con administración básica es posible seguir con las siguientes opciones:

- 1.1. Administración orientada a resultados, continuada con cursos finales de toma de decisiones o manejo del conflicto;
- 1.2 Administración de Personal, seguida de manejo del Conflicto.
- 1.3 Efectividad Directiva, continuada por Administración del Tiempo, Liderazgo, Formación de Equipos de Trabajo o Mejoramiento del Clima Organizacional
2. Iniciando con Conocimiento del Ser Humano y continuando por alguna de las dos alternativas siguientes:
 - 2.1 Prácticas en Comunicación
 - 2.2 Estrategias de Motivación, seguidas de Liderazgo, Formación de Equipos de Trabajo o Manejo del Conflicto.

Los cursos van dirigidos a jefes y subjefes de servicio, delegados y subdelegados, directores, subdirectores y administradores de unidades médicas y jefes de departamento, con una duración promedio de 25 horas. Son programados en la Subjefatura de Normas de Capacitación y Desarrollo; además, operan en las delegaciones.

En 1995 se diseñó un diplomado en Desarrollo Directivo para ponerse en práctica una vez introducida la reforma de la institución, fundamentalmente la descentralización de las autoridades que hasta el momento se concentraban en el Distrito Federal. Este diplomado estaría dirigido tanto a los mandos medios directivos como a quienes quisieran capacitarse para futuras vacantes (siendo aparentemente voluntario), requiriéndose título profesional o tres años de antigüedad en un puesto directivo. Estaría respaldado por la UNAM en el Distrito Federal y por universidades de provincia en el interior. Entre sus contenidos técnico-administrativos figuraban: gestión operativa, cultura de calidad en los servicios, entorno económico, político y social, administración de procesos y mejora continua, diseño, gestión y evaluación de proyectos y programas, reingeniería de procesos, aplicaciones administrativas de sistemas informáticos, alianzas y convenios de cooperación, planeación y conducción efectiva de juntas de trabajo, trabajo en equipo, técnicas y destrezas del supervisor, de contratación y negociación y autocontrol del estrés.

Los programas del CIESS se dirigen a capacitar a los trabajadores actuales de la seguridad social y los aspirantes a serlo, pero también a los derechohabientes y a otras instituciones. Desde 1964 ha impartido ininterrumpidamente los cursos de Organización y Dirección de Servicios Médicos, que incluyen conceptos básicos, metodología administrativa y desarrollo gerencial. A partir de 1984 ha agregado a los temas tradicionales de planeación, programación, presupuestación y departamentalización, materias nuevas como Economía y Sociología de la Salud, imprescindibles para ubicarse en los periodos de crisis económica y social que se han atravesado. En la actualidad, incluyen temas como sistemas de información, fuerza de trabajo, modelos de atención médica, análisis de financiamiento, evaluación de servicios y mejoría continua de la calidad. Su duración es de cuatro semanas de tiempo completo. El CIESS imparte también diplomados como el de Administración de Hospitales, que contiene temas de administración participativa, administración de servicios, planeación estratégica, formación gerencial, formación tecnológica, etc. En 1992 ofreció 12 cursos en áreas administrativas con promedios de 20 alumnos y 135 dólares aproximados por curso, y al siguiente año impartió 15 cursos con un costo promedio de 128 dólares. Cuenta con la ventaja de ofrecer a los estudiantes del interior y exterior, alimentación y hospedaje a precios accesibles, en el mismo lugar donde se desarrollan los eventos académicos.

En conclusión, en el caso de la SSA, si pensamos en el directivo en funciones, el mayor problema parece ser de accesibilidad, sobre todo si nos referimos a formación y a los cursos de educación continua más reconocidos por ellos mismos, debido a su concentración en el centro del país y su dispersión por instituciones. A ello, hay que agregar las críticas relativas a calidad y pertinencia de los contenidos que se imparten. Si pensamos, en cambio, en el directivo en formación, la oferta se vuelve incluso insuficiente. En el IMSS, aunque la perfección nunca es alcanzable, se percibe mayor concentración de los esfuerzos (a riesgo de su posible duplicación), lo que garantiza mayor control sobre los contenidos y formas en que se imparte la capacitación. En cuanto a contenidos, éstos cubren de manera más completa las preocupaciones esbozadas en cuanto al perfil ideal de un gerente social y, en relación con la forma en que este conocimiento se distribuye, considero más conveniente un esfuerzo de repetición de los mismos cursos

programados para el Distrito Federal en toda una región o delegación, que dejar que cada entidad realice su capacitación con recursos propios fundamentalmente la disponibilidad de instructores preparados para mantener el mismo nivel de calidad. Hay también mayor preocupación por ir preparando a los aspirantes a puestos directivos, aunque los problemas relativos a la insuficiente cantidad de programas de formación previa son compartidos con la SSA.

Conclusiones y propuestas

Analizadas las características de los perfiles ideal y real del personal directivo de los sistemas de salud de la SSA y el IMSS, de las necesidades y demandas de formación administrativa y, por otro lado, de la oferta de programas educativos correspondientes, resta por extraer algunas conclusiones y propuestas en cuanto a su compatibilidad.

- * Ante la ausencia, compartida por todas las investigaciones revisadas, de diagnósticos y pronósticos integrales sobre las necesidades de formación administrativa en el sector, suponemos que los programas actuales han sido diseñados, casi en su totalidad, sin un conocimiento claro de los vacíos que pretenden llenar, por lo que hay un enorme riesgo en la programación de contenidos y enfoque didáctico.
- * El diagnóstico desarrollado dentro de la investigación realizada en la SSA muestra que el perfil de los directivos está lejos de acercarse al planteado como deseable y que sólo 19.15% de los funcionarios encuestados se plantea la inquietud de estudiar una licenciatura o un posgrado. Únicamente para dicho porcentaje la oferta sería suficiente (salvo para doctorados donde se tiene conocimiento de los desarrollados por el INSP y la Universidad de Guadalajara), pero hay que agregar la demanda del IMSS, de otras organizaciones de salud y la necesidad de aquellos funcionarios que no perciben sus propias carencias, además de lo que podríamos llamar en posgrados una demanda independiente de los recién egresados de una licenciatura y que aún no son directivos de alguna institución. El problema mayor resulta ser la alta motivación del médico directivo y la inaccesibilidad a los cursos, provocados por su concentración geográfica, además de la insuficiencia en el tiempo y en los recursos y financieros. En

el caso del IMSS, no obtuvimos la información cuantitativa y cualitativa sobre la demanda, pero parece haber más preocupación institucional por motivar al médico directivo en áreas gerenciales y de facilitar su acceso a cursos.

- * Dentro de la insuficiente información disponible en relación con los planes de estudio, destaca la nula referencia al enfoque didáctico, la ausencia en algunos casos de prácticas de campo que sirvan para establecer el vínculo del estudiante con la realidad, la falta de fundamentación y definición de un perfil del egresado más acorde con las características de un gerente social. Lo anterior, aunado al desinterés por estudiar en varias de las instituciones de prestigio, manifestada por los encuestados en la SSA, hace pensar en una posible inadecuación a la demanda, aunque la distancia geográfica y la desinformación podrían ser otras razones explicativas.
- * En el caso de la SSA, en la investigación ya citada, se hizo un cálculo aproximado de 2,500 cursos de educación continua, suficientes para cubrir las necesidades; además se calculó que la oferta no pasaba de 400 eventos de esta naturaleza. Si consideramos las restantes demandas al sistema educativo y la oferta específica de la seguridad social para sus propios funcionarios, podemos cuantificar sin mayor exageración en 2,200 cursos el déficit anual de formación administrativa para el sector salud.

Dada la trascendencia de las conclusiones anteriores, en un contexto caracterizado por una intención política manifiesta de profesionalizar la Administración Pública, buscando niveles de eficiencia similares a los que se atribuye a la actividad privada, y ante las importantes reformas en curso en el sector, parece lógico pensar que es indispensable cambiar las políticas de formación y capacitación de recursos humanos, así como las de contratación y promoción de los mismos.

Frente a esta situación, se propone:

- * Actualizar anualmente el diagnóstico de formación, capacitación y actualización a partir de una muestra representativa del personal directivo.

- * Proceder a la revisión y rediseño constantes de todos los programas con la participación de estudiantes, maestros, funcionarios y egresados.
- * Ampliar la oferta de programas de especialidad y maestría a cargo de las universidades de provincia con apoyo de las áreas de enseñanza, tanto centrales como del interior del país, del IMSS, la SSA e instituciones educativas centrales como el INSP. Específicamente, teniendo en cuenta las posibilidades socioeconómicas generales de los estados y sus condiciones educativas y sanitarias, se propone crear una especialidad en Villahermosa, Tabasco, y una maestría en Monterrey, Nuevo León, como forma de contribuir a la desconcentración de esfuerzos educativos en el centro, ampliando la oferta en el norte y en el sur del país.
- * Aprovechar la experiencia regionalizadora del IMSS, al ofrecer cursos de educación continua por delegación o en centros en que se agrupan varias delegaciones, ofreciendo cursos “en cascada” que se reproduzcan desde el centro hasta el nivel local. Los lugares concretos que se sugieren, combinando necesidades y posibilidades, serían: Hermosillo, Sonora; Monterrey, Nuevo León; Guadalajara, Jalisco; Cuernavaca, Morelos y Villahermosa, Tabasco.
- * Desarrollar otras opciones de educación continua, como los cursos vía satélite, o los de educación a distancia, basados en la elaboración de material didáctico adecuado a estas modalidades, recuperando la experiencia del IMSS y los éxitos de otras instituciones como el CIESS o Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (Cardozo, 1994).
- * Ampliar la información dirigida a los directivos de la salud, en cuanto al abanico de oportunidades que ofrecen los actuales programas, las posibilidades de obtener becas de financiamiento por parte de organismos nacionales e internacionales o de recibir apoyos institucionales por concepto de hospedaje. También es imprescindible buscar mecanismos que aumenten la motivación del funcionario por capacitarse, como la realización de concursos de oposición para ocupar puestos, promociones y retribuciones en que se valoren los conocimientos adquiridos o la posibilidad

de acumular créditos en educación continua para la obtención de un posgrado.

- * Aprovechar la experiencia acumulada por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en materia de cooperación técnica, para diseñar cursos especializados que, aunque tengan poca demanda nacional, se puedan justificar con el aprovechamiento de otros países.

Bibliografía

- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*, Washington D.C.: Banco Mundial.
- Cardozo B., Myriam (1994), *Formación administrativa de los funcionarios públicos del sector salud en los estados descentralizados en México*, informe final de investigación, México: Centro de Investigación y Docencia Económica, RIGEP-Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- _____ (1995), *Diagnóstico*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- _____ (1996), *La política de formación en gerencia social en México. Situación actual y perspectivas en el caso de los servicios descentralizados de salud* [en prensa].
- _____ (1997), *Formación gerencial para la descentralización de servicios de salud*, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- _____ (s/f), *Implicaciones de la reforma sectorial para la gestión pública de la salud*, (mimeo).
- _____ (1993), *Formación administrativa de recursos humanos para la descentralización en salud*, vol. II, núm. 4, E.U.A.: Association of University Programs in Health Administration.
- Cardozo B., Myriam *et al.* (1992), "Prospectiva de la educación en salud pública, 2002", en *Serie perspectivas en salud pública*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Falcao, Humberto (1997), *Administración pública gerencial y burocracia*, Venezuela: s/e.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1993), *Plan de estudios para la formación, capacitación y desarrollo del directivo médico de la seguridad social*, México: Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Educación Médica, Subjefatura de Capacitación y Desarrollo para el Personal de Salud.
- Kliksberg, Bernardo (1993), *Pobreza, un tema impostergable*, México: Fondo de Cultura Económica, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, PNUD.
- _____ (1997), *Repensando el estado para el desarrollo social*, Venezuela: s/e.
- Marín, José María (1995), *Marco de referencia actualizado para el desarrollo de la capacidad gerencial*, Guatemala: Organización Panamericana de la Salud.
- Medellín, Pedro (1996), "La gerencia pública en la perspectiva del cambio estructural", en *Revista Venezolana de Gerencia*, vol I, núm. 2, Venezuela: Universidad del Zulia.
- Motta, Paulo (1985), "El administrador público de la salud en tanto gerente público", en *Nuevos enfoques en la enseñanza de la administración de salud, Serie desarrollo de recursos humanos*, núm. 68, Río de Janeiro: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Formación Gerencial de los Directivos del Sector Salud

Oszlak, Oscar (1997a), *Gerencia social separando la paja del trigo*, en 2ª Conferencia Interamericana del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo para la Reforma del Estado y la Administración Pública, Venezuela.

_____ (1997b), "Hacia una gerencia social eficiente. Algunas cuestiones claves", en *Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, Reforma y Democracia*, núm. 8, Venezuela.

Ruelas et al. (1990 y 1991), *análisis de los problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias*, E.U.A.: The Journal of Health Administration Education, núms. 82, 83, 84 y 91.

Sotelo, Juan Manuel (1990), "El recurso humano para la salud pública en América Latina", en *Memoria de la XLIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud pública*, Morelia.

La Naturaleza y las Religiones de Origen Africano

Aníbal Argüelles Mederos

Estudios Sociorreligiosos. Habana, Cuba

Resumen: El presente texto es un trabajo exploratorio y expositivo acerca de las religiones de origen africano y su relación con la naturaleza. Se describe la cosmogonía de las religiones africanas, partiendo desde la explicación de los principios del mundo, hasta su relación con los seres humanos, la práctica de sus ceremonias y el uso de los elementos naturales como parte de su experiencia con los dioses.

Abstract: *This is an exploratory paper to expose the relationships between African religions and nature. It describes the ways that African religions understand the world and what are the associations that human beings establish among different natural elements, as part of a God's experience.*

El hombre negro africano, introducido forzosamente a Cuba durante la trata esclavista, fue la representación de diferentes grupos étnicos que bajo diversas denominaciones conformaron los dos grandes troncos etnoculturales de esos territorios: el *Congo* y el *Yoruba*.

De esos lugares llegaron las costumbres religiosas a Cuba, dando origen a las siguientes expresiones: regla *Ocha* (Santería), regla *Conga* o palo Monte *Mayombe* y la regla *Arará*, ambas en sus diferentes variantes. Las sociedades secretas masculinas *Abakuá* (*Ñanigos*), *Cangá Longobá* y *Lombafula*.

Ellas han heredado las representaciones sociorreligiosas, propias de las culturas africanas, acerca del origen del mundo, la naturaleza, la protección humana, por parte de entes sobrenaturales, a través de los mecanismos de adivinación para prevenir y conocer el futuro.

Rasgos comunes en esos pueblos son su pertenencia a una misma formación socioeconómica, la comunidad primitiva, que ya entraba en una fase de descomposición hacia estadios superiores de desarrollo, donde se conservaba la propiedad comunal sobre la

tierra, el trabajo colectivo, el culto a los antepasados, la madre naturaleza o las imprevisibles fuerzas naturales y a la madre tierra.

El culto a los antepasados ocupa un lugar importante por ser los propiciadores de la abundancia, la vida o la muerte, propietarios de las tierras, montes, aguas, e intermediarios entre los impotentes seres humanos y sus fuerzas protectoras. De los vínculos con ambos dependía la fertilidad, la procreación y la prosperidad, tanto individual como colectiva. Al igual que las deidades, ellos tenían sus altares y símbolos propios donde recibían ofrendas y sacrificios.

Entre los grupos étnicos localizados en el viejo *Calabar* existía la creencia de que todos los seres humanos tenían cuatro almas, una de las cuales vivía fuera del cuerpo en forma de una fiera en la selva; así, se pensaba que los muertos podían “vivir” en la figura de un animal mientras aguardaban su reencarnación en los hombres.

Este trabajo pretende ofrecer una visión panorámica acerca de la naturaleza de las religiones africanas. Para ello, nos apoyaremos en las concepciones presentes, en su mitología, acerca de las propiedades sobrenaturales atribuidas al reino vegetal y animal, así como las representaciones simbólicas manifiestas en historias y leyendas que acompañan a los orichas y los antepasados.

El naturalismo en las religiones africanas

Las religiones africanas postulan en su cosmovisión religiosa una interpretación naturalista del mundo. El universo visible es concebido como la concreción de la acción de las fuerzas que se encuentran en el universo invisible. El comportamiento del hombre ante esa unidad cósmica será objeto de una reglamentación ceremonial muy precisa, además de las variaciones que puedan ocurrir en dependencia de grupos étnicos o regiones.

Todos los elementos que forman parte de la naturaleza los consideran dotados de vida o fuerza. Las representaciones materiales de aquéllos tienen su doble en el mundo espiritual. El hombre es el elemento superior. Para Wande Abimbola, la creencia en la naturaleza por parte del africano está muy clara. Él considera que:

Una de las lecciones más importantes dadas por los orichas al mundo, es que la naturaleza de los seres humanos somos sólo una parte, es superior a nosotros. En ese sentido ella nos creó, nosotros somos sus hijos, nos sostiene y nos nutre como individuos de la sociedad. Es por ello que debemos

*inclinarnos ante esas fuerzas divinas y sagradas, sin las cuales nosotros no existiríamos, pero que sobrevive a toda la especie humana aun cuando desaparezca de la faz de la tierra.*¹

El naturalismo de las religiones africanas se expresa también a través de los *odú*² del sistema adivinatorio de *Ifá*. *Elliogbe* representa al día; *Oyeku meyi*, la noche; *Iwori meyi*, el aire; *Odi meyi*, el agua; *Ojuani meyi*, los minerales; *Oggunda meyi*, el fuego; *Osa meyi*, la luna y el sol. Estos juegan papeles diferentes en la creación del mundo e influyen en la vida de los creyentes en la misma medida en que se encuentran relacionados con el signo mítico individual.

Los reinos vegetal, animal y mineral se encuentran estrechamente relacionados. Se considera que ellos intervienen en la composición de los orichas y los seres humanos en su conducta y aptitud. Una alteración de esos componentes puede ocasionar cambios en las funciones que deben cumplir los mismos y alterar el normal movimiento de la vida de los creyentes.

Orichaoko representa a la tierra; *Oke*, las elevaciones sobre la tierra, la loma, es decir la cabeza. *Oggue* representa los tarros de buey y las plantas que se levantan sobre las lomas; *Osain*, el espíritu de las plantas; *Nana Buruku*, el de las aguas dulces; *Oddúa*, el tiempo y la longevidad; *Elegguá*, la vida en este mundo, etcétera.

Para una mejor comprensión de las concepciones acerca de la naturaleza se han escogido tres mitos cosmogónicos de las diferentes variables existentes de las religiones africanas. El primero del *candobe* brasileño y los restantes de la regla *Ocha* y religión *Yoruba*.

El mito *nagó* relata que al inicio del mundo sólo existía el aire, el cual era la representación de *Olorun*.³ Se dice que cuando él comenzó a moverse y a respirar, una parte de éste se transformó en agua. Aire y agua siguieron unidos hasta convertirse en lodo,

1 Conferencia de Wande Abimbola

2 Signos de *Ifá* con la explicación del mundo de la religión yoruba, cada uno se refiere a diferentes aspectos de la vida, en total son 256, su deidad principal es Orula.

3 Entidad suprema creadora de los Nagó, conocido también con *Olodumare* entre los yorubas. *Mawu-Lisa* por los dahomeyanos. *Simbi*, *Insambi*, *Sambia*, *Púnguele*, *Pungun*, *Sambia Mpungo* entre los congos, *Abasi* por los abakuá.

surgiendo así el primer cuerpo dotado de forma. *Olorun*, admirado ante ese cuerpo, le dio aliento de vida y lo denominó *Eshu*.⁴

Simbólicamente, el aire y el agua —aunque incoloro— fueron asociados con lo blanco y su representación fue *Osalá* (*Obatala*) la tierra, y el agua con *Odúduwá* (*Odduá*). Aun cuando los orichas carecen de sexo único, cada uno de ellos sería la representación de los antepasados machos y hembras, los cuales procrearon al resto de las divinidades. Para concluir la obra de la creación, *Olorun* encargó primero a *Obatalá* y después a *Odúduwá*, ambas deidades utilizaron para culminar su misión los elementos siguientes: un camaleón, una paloma, una gallina, tierra, agua y un caracol.

Se relata que en el lugar indicado sobre el agua, descendieron los orichas por medio de una larga cadena. Primero, lanzaron la tierra, después enviaron a la paloma para que la esparciera; como ésta demoraba mucho tiempo, le siguió la gallina provista de una pata con cinco dedos para concluir la labor y removerla en todas las direcciones. Al camaleón le correspondió comprobar la solidez del mundo terrenal, actividad que realizó con sumo cuidado. A partir de ese momento comenzó a descender el resto de los orichas.

En la mitología se menciona que al inicio los mundos visibles e invisibles no se encontraban separados, pero sí estaban bien definidos los lugares que correspondían a los orichas y a los seres humanos. Ambos se podían visitar entre sí. Se dice que la violación que un hombre hizo al tocar indebidamente al mundo invisible con las manos, provocó la irritación de *Olorun*, quien hizo que la atmósfera se transformara en cielo.

El mito *yoruba*, por su parte, narra que del cuerpo espiritual de *Olodumare* brotaron dieciséis príncipes divinos en forma de rayo de luz los cuales se esparcieron por todo el universo. A cada uno se le encomendó una tarea específica. El primero que emprendió el viaje a la tierra fue *bábá Ofun meyi*, quien se dedicó a esparcir por todas partes miles de almas que salían de su boca. Le siguió *bábá Ose meyi* e *Irete meyi*. El último fue *bábá Eyiogbé*, su misión fue poner en

4 Debe considerarse como el doble espiritual de Eleguá, suele vivir en la parte exterior de la vivienda, es mensajero distribuidor de las ofrendas y sacrificios que se les hacen a los orichas. Es potestativo de los babalawos.

orden todo lo creado, lo organizó según las especies que pertenecían a cada grupo y le dio un lugar de residencia; al finalizar trajo la luz, de esa forma se había creado la hermosa y enigmática naturaleza. (Betancourt, 1995: 30).

En la regla *Ocha* como figura central se encuentra *Olofin*.⁵

...al comienzo del mundo, no había tierra, ni plantas y animales, sólo existían rocas peladas y fuego. Las llamas despedían humo que se convertía en nube. Un día Olofin quiso que de las nubes brotara la lluvia y fue así. Las llamas en algunas partes dejaron ranuras profundas y en las rocas donde se concentró el agua fluvial, se formaron los océanos. De ahí nacieron los diferentes caminos de Yemayá. El fuego ahora se encuentra en el cielo e ilumina la tierra. Las rocas pulverizadas se convirtieron en una masa barrosa, es la tierra de Orichaoko.

La tierra comenzó a pudrirse y llegó a ser foco de epidemias y nació Babalú-ayé. Pasado el tiempo después de afirmarse la tierra nacieron las plantas y con ella Osain, de las elevaciones de la tierra Oke, de él surgió el volcán, el hierro utilizado por Oggún. Yemayá prosiguió la obra de la creación formando los ricos de la tierra. Pero el principal continuador de la obra de Olofin fue Obatalá creador del ser humano (Doenbach, s/f: 42).

Fuego-agua y aire-tierra son elementos míticos presentes en la obra de la creación de todos los pueblos antiguos, ellos actúan como pares de contrarios. De la tierra existe el convencimiento de que a través de ella se transmite toda la vida, es el recinto de todo lo que existe, de su gracia divina le proviene su fuerza mágica. Es el lugar donde descansa el cuerpo de los antepasados.

El agua, según las creencias africanas, se puede obtener con similares poderes sacro-mágico de la primera lluvia del mes de mayo y la que se obtiene del tronco de la *Ceiba*, la cual es además milagrosa y curativa. El poder del fuego permite actuar sobre diferentes objetos materiales y transformarlos, dotándolo de su fuerza espiritual.

El herrero tradicional es el depositario del secreto de las transmutaciones. Él es por excelencia el maestro del fuego. Los elementos de la forja están unidos a un simbolismo sexual, siendo éste último en sí mismo la expresión o reflejo, de un proceso cósmico de la creación. Cada función artesanal se refiere a un conocimiento esotérico, transmitido de generación en generación y que tiene su origen en una revelación inicial (Hampate, 1982: 201-202).

5 Dueño del cielo, representación de Dios equivalente a Olódumare de los yorubas

No es de extrañar que el herrero tradicional al prepararse para la realización de su trabajo, lo haga acompañado de cantos rituales o palabras rítmicas sacramentales que permitan el paso de lo profano a lo sagrado.

La tradición también ha conservado la práctica religiosa relacionada con el sacrificio de animales. A ellos nos referiremos a continuación.

La muerte de uno es la vida de otro

En Cuba, el africano —ante la inexistencia de una fauna idéntica a la dejada por ellos en su país— necesitó sustituirla por la encontrada en nuestro territorio. Conservó en su recuerdo los animales usados en África: cirtrópodos, equinodermos, moluscos, anélidos y cordados, antes y ahora se retiene en la memoria de los creyentes los poderes sacro-mágicos atribuidos a los vertebrados e invertebrados, los que se utilizan en las ofrendas y sacrificios a sus orichas y antepasados.

En el *odú Irete meyi* del sistema adivinatorio de *Ifá*, se explican las razones por las cuales fueron sustituidos los sacrificios de los seres humanos por el de los animales. A *Orula* se le atribuye convocar a una reunión con todos los orichas para evitar el sacrificio de uno de sus hijos. En aquella oportunidad cada deidad escogió un animal para su alimentación. *Obatalá* prefirió la chiva, al igual que *Oyá*; *Yemeyá* escogió el pato, y el carnero fue el preferido de *Changó*, etcétera.

El sentido del sacrificio de vertebrados e invertebrados también se explica en la sentencia del signo de *Okanarán Osa* donde la muerte de uno es la vida de otro (Betancourt, 1995: 32). A través de los sacrificios los creyentes tratan de halagar a sus fuerzas protectoras. Esas ofrendas tranquilizará a quien lo ofrece y lo satisface como religioso, al no violar las orientaciones formuladas por sus antepasados y orichas.

La inmolación de los animales no siempre ocurre de la misma forma. Se debe realizar de acuerdo con el proceder acostumbrado para cada oricha y el tipo de ceremonia que se desea efectuar.⁶ Ella se ejecuta para transferir de un elemento natural a otro, fuerzas espirituales que están presentes en las diferentes especies animales, dado a la creencia de que toda la naturaleza orgánica se encuentra

animada por almas o espíritus individuales capaces de substituir después de la muerte.

En las creencias africanas, a los animales como seres vivos se les atribuyen características humanas como la de poseer la propiedad de hablar, para transmitir los mensajes a las fuerzas sobrenaturales. A los creyentes se les recomienda que deben comunicarles a las bestias las razones por las cuales se produce el sacrificio, también los deseos y aspiraciones para que estos se los informen a los orichas y antepasados. La magia en ese ritual ocupa un lugar importante, por ejemplo: el oficiante antes del sacrificio mastica varios granos de pimienta y algunos pedazos de coco. Según los devotos, su respiración y saliva favorecerán el diálogo con las fuerzas sobrenaturales.

La sangre obtenida de los sacrificios de aves, reptiles, anfibios, mamíferos y seres humanos, así como los líquidos que segregan determinados moluscos, e incluso las cenizas obtenidas de la incineración de ciertos animales, son elementos necesarios para sus ceremonias religiosas. Creen que ellos son portadores del *aché* de las fuerzas sobrenaturales. Igualmente consideran que esos elementos fortalecen a los antepasados y, que a través de esos atributos se posibilita “la materialización de su presencia”.

La sangre es uno de los ingredientes básicos de muchas medicinas y bebidas rituales, especialmente a aquellas que se les asignan propiedades purificadoras por ejemplo: la *kimbisa* y la *chamba* utilizada en la Regla Conga.

Entre los *Efik*, uno de los grupos étnicos de los que surgieron en Cuba una de las ramas de las Sociedades Secretas *Abakuá*

... era costumbre derramar sangre una gran piedra; la *etaingbe ekoi* (piedra leopardo) erguida ante el resguardo pilar del tronco o fuente de un monolito fálico representado a los antepasados, en cuya base colocaban piedras redondas (huevos de la tierra) para honrar a su segunda gran deidad (Sosa, 1982: 82).

6 En las ceremonias los sacrificios de los animales de plumas: palomas, gallinas, codornices, jicoteas, no se matan con cuchillos, se les arrancan las cabezas con un sólo movimiento.