AAP8470

TESIS
GSS 2002
L8

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
VICE-RECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POST-GRADO
POST-GRADO EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL RECURSO HUMANO MEDICO EN EL SECTOR PUBLICO DE SALUD

Autora:
Dra. María Teresa Luna Aponte

Asesor:
Prof. Dr. Armando Cova B.

Caracas, Mayo de 2002

Dedicatoria

...Dedicado a mis colegas médicos
con la esperanza de comunicarles la importancia
de nuestra labor de servicio hacia la comunidad
y la necesidad y obligación de mejorarla cada día....

AGRADECIMIENTO

A mis profesores de postgrado, muy especialmente a la Lic. Myriam Rodríguez profesora de Administración de Recursos Humanos, quien por su entusiasmo y vehemencia al dictar sus clases, me inspiró en la realización de este trabajo.

A mi profesor, tutor y asesor, Dr. Armando R. Cova B. por su apoyo académico, moral y espiritual, que me instó a continuar trabajando para alcanzar los objetivos propuestos.

A mis colegas, compañeras y amigas Grecia, Julia y Tibaire por su tolerancia, sugerencias y comentarios.

A todos ellos, mi reconocimiento y agradecimiento.

INDICE DE CONTENIDO

Resumen, vii
Introducción, viii

PRIMERA PARTE
ORIENTACIONES TEÓRICAS BASICAS

Capítulo I: Consideraciones Generales, 1

Antecedentes Históricos, p.1
Definición de Evaluación del Desempeño Humano, p.2
Objetivos de la Evaluación del Desempeño Humano, p.3
Beneficios de la Evaluación del Desempeño Humano, p.3
Deficiencias de los Sistemas de Evaluación del Desempeño Humano, p.4
Criterios de desempeño, p.5

Capítulo II: Elementos constitutivos de la Evaluación del desempeño Humano , p.7

Selección de las personas evaluadoras , p.7
Oportunidad y frecuencia de la evaluación, p.8
Definición del cargo, p.9

Capitulo III: Instrumentos para la evaluación del desempeño del Recurso humano, p.11

Métodos que califican las características de una persona, p.11
Escala Gráfica de Calificación, p.11
Método de alternancia en la calificación, p.11
Método de comparación de pares, p.11
Método de elección forzada, p.11
Métodos que califican el comportamiento de las personas, p.12
Método de Incidentes Críticos, p.12
Escala de Expectativas conductuales, p.12
Métodos que califican o evalúan los resultados obtenido, p.13
Dirección por Objetivos, p.13
Retroalimentación, p.13

Capítulo VI. Problemas y dificultades en la Evaluación del Desempeño Humano, p.16

Capítulo V. Nuevas Tendencias en la Evaluación del Desempeño Humano, p.18

SEGUNDA PARTE
EL DESEMPEÑO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN MEDICINA Y SU EVALUACION

Capitulo VI: Características estructurales y administrativas del trabajo en el sector salud, p.21

Capítulo VII: Recursos Humanos en el Sector Salud, p.24

Los Recursos Humanos son vitales, p. 24
Importancia de la Gestión de los Recursos Humanos, p.25

Capítulo VIII: El Recurso Humano y la Calidad de Atención Médica, p.27

Capítulo IX: Evaluación del desempeño del personal médico, p.29

Evaluación del Juicio Clínico del Médico, p.29
Evaluación de la Calidad de Atención. Método de Auditoria Médica, p.31
Evaluación de las Prácticas Médicas. Valoración de la Tecnología, p.34
Evaluación de las Prácticas Quirúrgicas, p.34
Evaluación del Desempeño basado en Competencias, p.36

Capítulo X: Problemas y Dificultades en la evaluación del desempeño del médico, p.39

Conclusiones, p.43

Bibliografía, p.48

Anexos: ANEXO I. GLOSARIO, p.50
ANEXO II. FIGURAS, p.52
ANEXO III. TABLAS, p.62

TABLAS Y FIGURAS

1. FIGURA Nº 1. Procesos y subprocesos de la Administración de Recursos Humanos, p.52

2. FIGURA Nº 2. Tipo de Validez para determinar la aceptabilidad de los criterios para evaluar el desempeño humano, p.53

3. FIGURA Nº 3. Profundidad y Alcance del puesto de trabajo, p.54

4. FIGURA Nº 4. Escala Gráfica con puntos, p.55

5. FIGURA Nº 5. Método de Incidentes Críticos, p.56

6. FIGURA Nº 6. Método de Dirección por resultados, p.57

7. FIGURA Nº 7. Ventajas y Desventajas de las diferentes herramientas de evaluación del desempeño humano, p.58

8. FIGURA Nº 8. Evaluación del desempeño como elemento integrador de las prácticas de la ARH, p.59

9. TABLA Nº 1. Tiempo estándar y las equivalencias de herniorrafia según el tipo de intervención, p.62

10. TABLA Nº 2. Cálculo del total de equivalencia de Herniorrafia (EH), p.63

11. FIGURA Nº 9. Formulario de muestra para evaluación del desempeño basado en competencias (1), p.60

12. FIGURA Nº 10. Formulario de muestra para evaluación del desempeño basado en competencias (2), p.61

RESUMEN

Es evidente que siendo los servicios de salud, servicios de personas para personas, el principal factor de calidad de la atención está constituido por la disponibilidad, la actitud, el conocimiento y el desempeño de los trabajadores de salud. Sea que se trate de servicios personales hospitalarios o desconcentrados, simples o complejos, preventivos o recuperativos, la calidad de estos servicios no será mayor que la calidad de la gente que trabaja en ellos. De allí la importancia de mejorar el desempeño de los trabajadores de salud; y para ello es absolutamente necesario conocer cuál es el nivel de desempeño, tener una evaluación permanente del mismo para identificar las fallas y proponer las soluciones, utilizar más eficientemente los recursos humanos, desarrollar políticas para la gestión de recursos humanos orientadas a incrementar la productividad y la calidad de atención médica.

El presente trabajo expone una investigación documental exhaustiva sobre la evaluación del desempeño de los recursos humanos médicos en forma individual y en equipo, en el ámbito mundial; describiendo los múltiples métodos tradicionales de evaluación susceptibles de ser utilizados por la administración de recursos humanos en las empresas de salud, tales como métodos que califican las características de una persona, los que califican el comportamiento y los que califican o evalúan los resultados. Además métodos especiales para la evaluación del desempeño del personal médico, inherentes al conocimiento científico, destrezas y habilidades, experiencia y utilización eficiente de los recursos; como son: el juicio clínico, auditoria médica (evaluación del proceso de atención y/o el resultado), evaluación de las prácticas quirúrgicas (grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas), valoración tecnológica (utilización eficiente de métodos diagnósticos disponibles, especialmente los que son riesgosos o costosos) y por último la nueva tendencia para valorar el desempeño que se refiere a la gestión del desempeño basado en competencias.

Dividido en dos partes, la primera expone, orientaciones teóricas básicas sobre evaluación del desempeño, sus objetivos, beneficios, problemas y dificultades en su realización; la segunda, más específica, describe las características estructurales y administrativas del trabajo en el sector salud en el ámbito latinoamericano, la relación entre el recurso humano y la calidad de la atención médica, diferentes métodos de evaluación, problemas y dificultades en la evaluación del desempeño del médico relacionadas con el grado de especialización, experiencia y distribución del trabajo.

El aporte teórico de este trabajo nos permite sentar las bases para el diseño de un método de evaluación del desempeño del recurso humano médico, adaptado a nuestras características laborales, culturales, socioeconómicas y políticas; de manera de obtener resultados acordes a nuestra realidad y poder ofrecer soluciones y medidas mas eficientes y eficaces. Un programa de evaluación de desempeño bien planeado, coordinado y desarrollado proporciona beneficios a corto, mediano y largo plazo, en el individuo, el gerente, la institución y la comunidad. Permite determinar un estándar de desempeño que nos sirve de base para establecer objetivos y metas mas elevadas con el fin de mejorar nuestra calidad y ofrecer un servicio de salud de alto nivel equiparable a los mejores del mundo.

INTRODUCCION

Es de todos conocido la problemática de nuestros hospitales en cuanto a la deficiencia en la atención de salud. Es un problema multifactorial el cual podríamos resumir en tres grandes causas: Infraestructura física inadecuada, escasa dotación de recursos materiales y técnicos, mala administración de los recursos materiales y humanos. Los interesados en resolver dicha problemática, se enfocan básicamente en las dos primeras, en hacer nuevos hospitales o centros de salud, en conseguir recursos; pero se olvidan tanto de la parte administrativa como del desempeño de los recursos humanos con que cuentan.

El desempeño de los profesionales de la salud, individual y en equipos, tiene tanto peso como los otros factores en la deficiencia en la atención de salud, sin embargo no existen modelos de evaluación de desempeño del profesional de salud en Venezuela; pudiéndose aducir que entre las principales causas están: que no nos gusta sentirnos evaluados, o que pensamos que nuestro trabajo no es susceptible de ser mejorado si no se mejoran las condiciones tanto físicas como de dotación de recursos de los hospitales; o que la evaluación del desempeño es considerada una medida coercitiva para perseguir al trabajador y tener elementos para despedirlo e impedirle avanzar en su carrera. Cualquiera que sea la razón; en la actualidad de nuestro país, con la Reforma de la Seguridad Social y la Acreditación de los Hospitales, se impone la necesidad de considerar la evaluación del desempeño como actividad habitual de la Administración de los recursos humanos para identificar las fallas y mejorar el desempeño con el fin de tener hospitales de alto nivel de exigencia, donde los méritos profesionales marquen la pauta para los ascensos y reconocimientos.

Observamos con profundo pesar la creciente demanda de empleos en el área de salud y la poca oferta de los mismos, ocupados muchas veces, por personas que por razones políticas trabajan en diferentes hospitales y no se desempeñan eficientemente en ninguno de ellos. Se requiere un cambio y el momento es oportuno y pertinente, debemos mejorar nuestra calidad para ofrecer un servicio de salud digno, eficiente y de alto nivel a nuestra comunidad.

Para desarrollar un método de evaluación del desempeño del personal médico, necesitamos conocer los diferentes métodos tradicionales de evaluación, factibles de ser utilizado en el recurso humano médico y aquellos creados específicamente para ese fin; asimismo,

las características estructurales, administrativas y culturales del trabajo en el sector salud de nuestro país, en el contexto socioeconómico y político que le es propio y compartimos con la mayoría de los países latinoamericanos.

El objetivo principal de éste trabajo es realizar una investigación documental exhaustiva de los métodos de evaluación del desempeño del recurso humano médico, las ventajas y desventajas de dichos métodos y las nuevas tendencias actuales de evaluación producto de los cambios suscitados a nivel laboral debido a la globalización que presiona hacia la búsqueda de la excelencia como única manera de sobrevivir en un mundo competitivo y desafiante.

Por otro lado este trabajo nos permite contribuir con las bases teóricas para el diseño de un método de evaluación del desempeño del recurso humano médico adaptado a nuestras características laborales, socioeconómicas y culturales. Nos permite además, determinar en que dimensiones podemos mejorar el desempeño de acuerdo a nuestras posibilidades y proponer medidas y disposiciones orientadas a desarrollar una política de recursos humanos con la finalidad de mejorar la productividad y la calidad de atención médica.

Las prácticas de evaluación del desempeño no son nuevas; desde el momento que una persona emplea a otra, el trabajo de esta última pasa a ser evaluado en términos de costo y beneficios. Los sistemas formales de evaluación, que tampoco son recientes, fueron creados para ofrecer información sobre el desempeño en el trabajo del personal evaluado y también del personal evaluador. Es un medio que permite localizar problemas de supervisión de personal, integración del empleado a la organización o al cargo que ocupa en la actualidad, desacuerdos, motivación, etc. Según los problemas identificados, la evaluación del desempeño puede ayudar a determinar y desarrollar una política de recursos humanas adecuada a las necesidades de la organización. Un programa de evaluación de desempeño bien planeado, coordinado y desarrollado, proporciona beneficios a corto mediano y largo plazo, en el individuo, gerente, la organización y la comunidad.

El desempeño del cargo es situacional, varía de persona a persona y depende de innumerables factores condicionantes que influyen poderosamente. El primer paso en la evaluación del desempeño es preguntar, "¿en realidad que espero que haga esta persona?. Es casi imposible adoptar un sólo enfoque que encaje con cada puesto de trabajo, persona o necesidad. No es probable que se pueda hacer una aplicación universal de ningún sistema, técnica o filosofía en las organizaciones

laborales. Es importante elegir un procedimiento que reduzca los conflictos con los evaluados, que les proporcione la retroalimentación pertinente y que contribuya a la consecución de los objetivos empresariales.

Existen múltiples métodos tradicionales de evaluación susceptibles de ser utilizados por la administración de recursos humanos en las empresas de salud, tales como los métodos de calificación-clasificación (escala gráfica de calificación, método de comparación de pares) que permiten las comparaciones entre los empleados y son útiles en la toma de decisiones de remuneración, promoción y transferencia; y las formas narrativas (método de incidentes críticos) útiles para ofrecer ejemplos específicos de buen y mal desempeño.

De acuerdo con la política de recursos humanos adoptada por la organización, la responsabilidad por la evaluación del desempeño humano puede atribuirse al gerente, al equipo de trabajo, al mismo empleado, al órgano de gestión del personal o a un comité de evaluación del desempeño.

La globalización o apertura económica global presiona a las empresas a buscar la excelencia, ocasionando una serie de cambios a nivel de la estructura organizacional, que introduce nuevas tendencias en la evaluación del desempeño humano, individual o colectivo, desapareciendo gradualmente los complicados procesos estructurados y formalizados de evaluación y apareciendo una evaluación cualitativa y directa de las personas, con un sentido mas amplio, donde incluyen aspectos como: competencia personal, tecnológica, metodològica y social.

El análisis institucional de los servicios de salud es importante para poder diagnosticar situaciones problemáticas y aplicar exitosamente los proyectos de salud; en la medida que la evaluación es insuficiente estas situaciones no son identificadas y pueden llegar a configurar problemas críticos.

Los servicios de salud son estructuras sociales estratificadas y rígidas resultado de un proceso histórico de gestación colectiva de valores, cultura, saber y capacidades, que se producen y reproducen como prácticas en continuo movimiento.

El trabajo que se realiza en las instituciones de salud se caracteriza por su gran complejidad, heterogeneidad y fragmentación. Se ha dicho con razón que un hospital es una de las instituciones de mayor complejidad por la diversidad de profesiones,

profesionales, usuarios, tecnologías, relaciones sociales e interpersonales, formas de organización, espacios y ambientes que albergan. Pero es compleja esencialmente por la naturaleza de los procesos, salud, enfermedad, muerte; así como por las variables que entran en juego en las decisiones y acciones que esos procesos conllevan.

El orden laboral Taylorista, imperante en los servicios de salud, hace que la atención sanitaria sea un proceso sumamente fragmentado. Muchas de las personas que intervienen en su atención, no tienen idea del porqué de sus intervenciones y no pueden establecer el vínculo de su acción con el paciente y su problema de salud.

Los recursos humanos en salud, representan más del 60 % del gasto en salud. El desempeño de los sistemas de atención sanitaria dependen en última instancia de los conocimientos, las aptitudes y la motivación de las personas encargadas de prestar los servicios. El éxito de las acciones de salud dependen en importante medida de la efectividad y calidad de la gestión del desempeño del personal.

La evaluación del desempeño del personal médico suele limitarse principalmente al análisis y medición del cumplimiento de las actividades programadas, sin rescatar a esta actividad como una de tipo permanente y como un componente activo del proceso de auto-aprendizaje, tanto a nivel individual como grupal. En esas circunstancias no se analizan los procesos, ni las decisiones críticas, ni el abordaje metodológico empleado ni tampoco se investiga la relación entre los medios utilizados y los resultados obtenidos, lo que podrían contribuir a mejorar el desempeño, buscar nuevos enfoques, desechar prácticas y procedimientos o adoptar medidas educacionales.

Existen diferentes métodos para evaluar el desempeño del personal médico: como el juicio clínico y la auditoria médica (datos sobre rendimiento y / o sobre las consecuencias de la atención), basados en la norma del conocimiento y la práctica. Su validez depende del grado de concordancia sobre hechos y valores dentro de la profesión.

Evaluación de la productividad, rendimiento, utilización adecuada de los recursos, son métodos utilizados predominantemente en la evaluación del desempeño de los servicios de salud que indirectamente pueden hacer referencia al desempeño de los recursos humanos. Por ejemplo, el mal desempeño de los recursos

humanos, puede producir baja productividad y rendimiento del servicio, y por consiguiente deficiente desempeño de dicho servicio de salud que se traduciría en una baja calidad de la atención médica.

Un nuevo enfoque de gestión de desempeño de los recursos humanos basado en competencias, permite su aplicación en la evaluación del desempeño del personal médico en términos de las competencias particulares al cargo y aquellas vinculadas a la actividad básica de las instituciones de salud.

En la evaluación del desempeño humano pueden surgir diferentes problemas y dificultades inherentes al tipo de organización, al recurso humano médico y al método de evaluación del desempeño utilizado.

PRIMERA PARTE
ORIENTACIONES TEORICAS BASICAS

CAPITULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde la antigüedad se han encontrado sistemas formales de evaluación de desempeño. En la edad media, la Compañía de Jesús, fundada por San Ignacio de Loyola, utilizaba un sistema combinado de informes y notas de las actividades y del potencial de cada uno de los jesuitas que predicaban la religión en todo el mundo. El sistema se basaba en auto calificaciones hechas por los miembros de la orden, informes de cada supervisor acerca de las actividades de sus subordinados e informes especiales hechos por cualquier Jesuita que tuviera información acerca de su propio desempeño o el de sus compañeros.

En 1842, el Servicio Público Federal de los Estados Unidos implantó un sistema de informes anuales para evaluar el desempeño de los funcionarios; en 1880 el ejercito estadounidense adoptó el mismo sistema. (Chiavenato, 2000, p. 354-355) En 1918 General Motors desarrolló un sistema de evaluación para sus ejecutivos. No fue sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando comenzaron a popularizarse los sistemas de evaluación de desempeño en las empresas, enfocados hacia la eficiencia de la máquina para aumentar la productividad. (Ibíd.)

El enfoque se invirtió a partir de la escuela de las relaciones humanas, pues la preocupación principal de los administradores pasó a ser el hombre; se planteaban las siguientes interrogantes: ¿Cómo conocer y medir las potencialidades del hombre? ¿Cómo lograr que aplique totalmente ese potencial?. Frente a éstas interrogantes surgieron múltiples respuestas que determinaron la aparición de técnicas administrativas capaces de crear condiciones para un efectivo mejoramiento del desempeño humano dentro de la organización, y una gran cantidad de teorías sobre la motivación para trabajar. (Ibíd.)

DEFINICIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO HUMANO

La evaluación del desempeño humano es un subproceso de la Administración de Recursos Humanos.(Figura Nº 1) y se define como:

"La evaluación sistemática y formal del resultado del trabajo de un empleado y del potencial para su futuro desarrollo". (Gibson, 1996, p. 247).

"Es una apreciación sistemática del comportamiento de las personas en los cargos que ocupan". (Chiavenato, 2000).

Toda evaluación es un proceso para estimular o juzgar el valor, la excelencia, las cualidades de una persona. Esta puede realizarse utilizando varios enfoques, que reciben denominaciones como evaluación del desempeño, evaluación del mérito, evaluación de los empleados, informes de progreso, etc. El sistema de evaluación del desempeño se ha diseñado para ofrecer información sobre el desempeño en el trabajo del personal evaluado y también del personal evaluador. Intenta analizar el rendimiento de la persona en el trabajo, desde el punto de vista del que, el cómo, y el por qué, el trabajador se desempeña de una determinada manera en un determinado puesto de trabajo (Villegas, 1991, p. 145)

La evaluación de la actuación y la potencialidad de la persona son los puntos a partir de los cuales se inicia el programa de desarrollo que se debe diseñar para asegurar su progreso sostenido en la organización. Es un medio que permite localizar problemas de supervisión de personal, integración del empleado a la organización o al cargo que ocupa en la actualidad, desacuerdos, desaprovechamiento de empleados con potencial mas elevado al requerido por el cargo, motivación, etc. Según los problemas identificados, la evaluación del desempeño puede ayudar a determinar y desarrollar una política de recursos humanas adecuada a las necesidades de la organización.

El desempeño del cargo es situacional, varía de persona a persona y depende de innumerables factores condicionantes que influyen poderosamente. Los patrones de desempeño y calidad de los recursos humanos son muy complejos y diferenciados, y varía según el nivel jerárquico, el área de actividad, la tecnología aplicada y el tipo de tarea o

función. El control de calidad se hace desde el proceso inicial de selección del personal y se extiende al desempeño diario.

La evaluación del desempeño no es un fin en sí mismo, sino un instrumento, una herramienta para mejorar los resultados de los recursos humanos de la empresa. (Chiavenato, 2000, p. 354-355). En las organizaciones varía de una organización a otra porque cada una tiende a construir su propio sistema de evaluación.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO HUMANO:

Los principales objetivos del sistema son revisar el desempeño en el pasado, servir de fundamento para la toma de decisiones relacionadas con el salario, promoción, mantenimiento y terminación del contrato de trabajo, y proporcionar a los empleados una retroalimentación sobre su desempeño.

La evaluación del desempeño puede tener un carácter motivacional si proporciona a los evaluados una mayor comprensión de lo que se espera de ellos. La información obtenida de la evaluación permite determinar las necesidades de recursos humanos y de capacitación en la empresa. Esta evaluación también puede servir para probar la eficacia de las técnicas de selección y de ubicación del personal. Otro objetivo de la evaluación del desempeño es lograr que disminuya el favoritismo en la toma de decisiones relacionadas con las recompensas. A este respecto, es importante la capacitación del evaluador en el proceso de una eficaz valoración del desempeño.

BENEFICIOS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO HUMANO

Un programa de evaluación de desempeño bien planeado, coordinado y desarrollado, proporciona beneficios a corto mediano y largo plazo, en el individuo, gerente, la organización y la comunidad. (Chiavenato, 2000, p. 365-366).

Beneficios para la organización:

- Define la contribución de cada empleado al logro de los objetivos.
- Puede identificar los empleados que necesitan actualización o perfeccionamiento en determinadas áreas de actividad, y seleccionar

a los empleados que tienen condiciones para ascenderlos o transferirlos.

- Permite desarrollar políticas de recursos humanos que ofrezcan oportunidades a los empleados de progreso y desarrollo personal, estimulando la productividad y mejorando las relaciones humanas en el trabajo.

Beneficios para el jefe o supervisor:

- Evaluar de una manera más precisa el desempeño de los subordinados contando con un sistema de medición capaz de neutralizar la subjetividad.
- Proponer medidas y disposiciones orientadas a mejorar el estándar de desempeño de sus subordinados.
- Comunicarse con sus subordinados para que comprendan la mecánica de evaluación de desempeño como un sistema objetivo que le permite conocer cuál es su desempeño.

Beneficios para el subordinado:

- Conocer cuales son los aspectos del desempeño que más valora la empresa de sus empleados.
- Conocer cuales son las expectativas de su jefe acerca de su desempeño, sus fortalezas y debilidades a través de la evaluación del jefe.
- Programas de entrenamiento y capacitación para mejorar el desempeño, medidas tomadas por el jefe; mayor atención al trabajo, mayor esmero, medidas tomadas por el propio empleado.
- Auto evaluación y autocrítica.

DEFICIENCIAS DE LOS SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO HUMANO

Existe un consenso casi unánime en la apreciación de que existen deficiencias en éstos sistemas, en algunos casos más que otros. Deming ha denunciado las evaluaciones del desempeño como una de las siete enfermedades mortales que afligen al sistema de gestión en el mundo occidental. Deming identifica los siguientes problemas:

- Fomentan el desempeño a corto plazo y acaban con la planificación a largo plazo.
- Son destructivas para la persona objeto de valoración. Hacen que los evaluados se sientan abatidos, desolados ,inferiores y temerosos de tener un parecer divergente.

- Fomentan la rivalidad, la politiquería interna y el miedo, siendo perjudiciales para el trabajo en equipo.
- No premian los esfuerzos por mejorar el sistema o por asumir riesgos. Premian a los que se adaptan al sistema tradicional (coactan la creatividad).
- Las medidas utilizadas para evaluar el desempeño no son significativas, ya que tanto los supervisores como los subordinados se ven obligados a utilizar cifras.
- Las mediciones no fomentan la calidad.

Deming recomienda un control estadístico de la realidad y los métodos de retroalimentación para mejorar los procesos subyacentes que dan lugar a cambios en el desempeño. Es casi imposible adoptar un sólo enfoque que encaje con cada puesto de trabajo, persona o necesidad. No es probable que se pueda hacer una aplicación universal de ningún sistema, técnica o filosofía en las organizaciones laborales. Deming sugiere que en la medida de lo posible la evaluación del desempeño debería seguir las siguientes directrices:

1. Debería basarse en criterios
2. No se debería abusar de números y porcentajes.
3. Estas evaluaciones deberían abarcar la mayor parte posible del trabajo.
4. Deberían ser participativas . Los empleados habrían de desempeñar un papel en el desarrollo de las expectativas de desempeño para sus puestos de trabajo.
5. Los evaluadores deberían ser rigurosamente entrenados para administrar, impartir retroalimentación y realizar el seguimiento del sistema.
6. Incluir expectativas relacionadas con calidad.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO

En la evaluación de desempeño, *criterio es la medida dependiente o pronosticada para valorar la eficacia de un empleado individual*. (Gibson, 1996, p. 250).

Para que una variable pueda calificar como criterio de desempeño debe satisfacer determinados requisitos:

1. Debe ser pertinente para el individuo y la organización.
2. El criterio debe ser fiable, esto implica una concordancia entre las evaluaciones realizadas en diferentes períodos de tiempo. Si la coherencia entre dos evaluaciones es escasa

se producirá una cierta incertidumbre sobre la estabilidad del criterio aplicado.

3. Un criterio solo será útil si es capaz de discriminar entre ejecutantes buenos y ejecutantes deficientes.
4. El criterio debe ser practico. Ha de tener un significado para el evaluador y para el evaluado.

La selección de los criterios apropiados para evaluar el desempeño se complica aún más por el hecho de que los criterios suelen tener un carácter dinámico. Esto quiere decir , que los criterios que son válidos, fiables y prácticos en un determinado momento de la carrera profesional de un empleado puede convertirse inadecuado en el transcurso del tiempo. Por ejemplo la realización de procedimientos quirúrgicos de poca a mediana complejidad sin complicaciones puede ser una meta aceptable para un cirujano recién graduado; pero a medida que va adquiriendo experiencia, destreza, y aspiraciones en su carrera profesional, este nivel de desempeño es poco apropiado. (Figura Nº 2)

Cualquiera que sea el proceso utilizado, los gestores o evaluadores deben emitir juicios acerca de los evaluados, juicios que han de basarse en criterios científicos. Además de establecer criterios válidos de desempeño, el diseño de un sistema eficaz para evaluar el desempeño incluye la determinación de:

1. Quién evaluará el desempeño.
2. Cuando y con que frecuencia.
3. Qué técnicas de evaluación utilizarán

CAPÍTULO II: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

SELECCIÓN DE LAS PERSONAS EVALUADORAS

Pueden evaluar el desempeño de un empleado: el o los supervisores del mismo, sus compañeros, el mismo empleado o los subordinados.

Supervisor:

En los niveles inferiores e intermedios de una organización, el supervisor inmediato del empleado realiza aproximadamente el 95 % de todas las evaluaciones. Es el supervisor quien administra los premios o castigos derivados del proceso de evaluación. Muchos de los supervisores les desagrada la tarea de evaluación por falta de capacitación o porque no quieren tener conflicto con los subordinados a quienes le asignen calificaciones bajas.

Compañeros de trabajo:

De acuerdo con las investigaciones, las calificaciones que realizan los compañeros de trabajo muestran mayor estabilidad en el tiempo y suelen tener mayor validez predictiva que las realizadas por los supervisores, ya que las calificaciones de los iguales suelen ser precisamente las que mejor se centran en el desempeño y en el output del evaluado. Sin embargo las evaluaciones por los iguales rara vez se utilizan en las organizaciones, por el temor que tienen los gestores de que los compañeros de trabajo pueden ser demasiado sesgados en sus valoraciones y a que carezcan de la suficiente comprensión del trabajo evaluado que les permita realizar una valoración justa.

Empleado:

La autovaloración facilita el desarrollo personal de los empleados, enfocan su atención sobre su conducta y desempeño en el trabajo e identifican y analizan sus propias cualidades y deficiencias. Dada la tendencia de los empleados a aceptar los resultados de la autovaloración, se muestran más proclives a aprovechar y desarrollar las cualidades que han identificados en sí mismos y a mitigar sus deficiencias. Las autovaloraciones ayudan a aclarar las diferencias entre los pareceres del supervisor y del

subordinado en asuntos relativos a las demandas laborales del empleado y a su desempeño. Sin embargo, las autovaloraciones pueden verse obstaculizadas por exageraciones en beneficio propio en las calificaciones, cuando los empleados se sienten amenazados por el proceso y necesitan resguardar una imagen positiva de sí mismos. La concordancia entre las calificaciones del empleado y las del supervisor suelen ser escasas, por tal razón la autovaloración suele utilizarse con fines de desarrollo más que de evaluación.

Subordinados del empleado

Al estar en contacto directo con sus supervisores, los subordinados observan muchas formas de conducta que guardan relación con su desempeño, incluso ciertos aspectos de su conducta que el superior del gestor no llega a percibir. Las valoraciones de los subordinados no están carentes de problemas. Es frecuente que duden de las garantías recibidas de que su identidad y sus calificaciones permanecerán en el anonimato y, consecuentemente, proporcionan calificaciones desdibujadas, aunque positivas por lo general de sus jefes. Puede que los subordinados conspiren en grupo para descalificar a un superior por el que sienten desagrado. Por estas razones las valoraciones a cargo de los subordinados se han utilizado de forma casi exclusiva con fines de desarrollo del personal de gestión.

OPORTUNIDAD Y FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN

Muchas organizaciones las llevan a cabo en la fecha de aniversario del empleado, es decir en la fecha en que inició su trabajo en la empresa. Otras organizaciones realizan en un solo día , de forma simultánea todas las evaluaciones del personal, pero este sistema tiende a ser demasiado exigente con los evaluadores y puede incidir negativamente sobre sus calificaciones.

Debido a que la retroalimentación frecuente es muy útil para los empleados, se recomienda realizar con mayor frecuencia evaluaciones y sesiones de retroalimentación; pero el tiempo que requiere este proceso produce tensión en los evaluadores por lo que se recomienda que los gestores procuren una retroalimentación informal más frecuente y hagan un resumen de su valoración del desempeño, en términos formales , en el momento fijado para la evaluación.

DEFINICIÓN DEL CARGO

Los sistemas de evaluación deben estar directamente relacionados con el puesto y ser prácticos y confiables. Es necesario que tengan niveles de medición o estándares completamente verificables. Por directamente relacionados con el puesto se entiende que el sistema califica únicamente elementos de importancia vital para obtener éxito en el puesto. Si la evaluación no se relaciona con el puesto carece de validez.

La división del trabajo permite reducir el número de objetos sobre los cuales deben aplicarse la atención y el esfuerzo. Es el mejor medio de obtener el máximo provecho de los individuos y de las colectividades. (Henri Fayol, Principios y Elementos de Administración.)

Para describir un cargo es importante recoger información sobre tres aspectos referidos a los puestos de trabajo:

a. Contenido del puesto de trabajo: Son las actividades específicas que exige un puesto de trabajo. Funciones del trabajador, métodos y técnicas que emplea, herramientas y equipo que utiliza, productos , asuntos o servicios que produce.
b. Requisitos del puesto de trabajo: Aluden a los estudios, experiencias, títulos y otras características personales que se espera que posea la persona que debe ejecutar el contenido del puesto de trabajo. Identificar los conocimientos, capacidad y otras características personales exigidas para ejecutar el contenido del puesto de trabajo.
c. Contexto del puesto de trabajo: alude a factores como las exigencias físicas y las condiciones del mismo, su grado de responsabilidad, el grado de supervisión que ejerce o requiere y las consecuencias de los errores que se cometan en el desempeño del mismo.

Con el resultado de la información obtenida sobre estos tres aspectos (contenido, requisitos y contexto), podemos determinar el alcance, profundidad y relaciones de los puestos de trabajo. El alcance de un puesto de trabajo alude al número de tareas que su titular debe llevar a cabo; la profundidad del puesto de trabajo se refiere al grado de discreción con que cuenta su titular para decidir las actividades de su puesto de trabajo y los resultados del mismo.

El alcance y la profundidad distinguen a un puesto de trabajo de otro. Por ejemplo, los puestos de los científicos que investigan para una empresa, los jefes de departamento de cirugía de un hospital y los rectores de universidades suelen tener un gran alcance y profundidad. El cargo de cirujano-jefe tiene gran alcance, ya que supervisa y aconseja en

una amplia gama de asuntos relacionados con su especialidad. Además tiene la autoridad suficiente para influir en la política y los procedimientos quirúrgicos del hospital en el que presta sus servicios. Los anestesiólogo y profesores universitarios tienen puestos de trabajo con gran profundidad y escaso alcance. El trabajo del anestesiólogo es administrar anestesia a sus pacientes, puede decidir el tipo de anestesia que se administra en un caso concreto, decisión que indica que su trabajo tiene una considerable profundidad. (Figura Nº 3). Relaciones del puesto de trabajo, se refiere a la naturaleza y el alcance de las relaciones de los titulares de los puestos de trabajo individualmente y como parte de un grupo para alcanzar los objetivos que la organización se haya propuesto. Por ejemplo, las relaciones interpersonales entre los cirujanos y anestesiólogos que posibilitan la realización del trabajo, mientras mejor sea la comunicación entre ellos , hay mayor posibilidad de construir grupos de trabajo de gran cohesión.

Creer que el diseño de un puesto de trabajo se puede basar solo en los datos técnicos supone prescindir del importante papel que corresponde a quien lo desempeña. Existen grandes diferencias entre las personas, los empleados vienen a trabajar con diversos antecedentes, necesidades y motivaciones. Una vez en el trabajo, el entorno social en el que trabajan les afecta de formas muy especiales, de manera que diferentes personas perciban el trabajo de una forma también diferente. Un gestor no puede analizar las causas del rendimiento en un puesto de trabajo sin pensar en la diferencia que existe entre quienes lo ocupan (percepción personal, motivación, etc.) y el entorno social en que se ejecuta el trabajo.

CAPITULO III: INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL RECURSO HUMANO

Los gestores suelen elegir para evaluar el desempeño un procedimiento que reduzca los conflictos con los evaluados, que les proporcione la retroalimentación pertinente y que contribuya a la consecución de los objetivos empresariales.

Los métodos de evaluación pueden clasificarse en tres categorías:

1. Métodos que se basan en rasgos. Califica en base a las características de una persona.
2. Métodos basados en la conducta. Califica en base al comportamiento
3. Métodos basados en resultados. Califica o evalúa los resultados obtenidos por una persona o grupo.

MÉTODOS QUE CALIFICAN LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA:

a) Técnica de escala gráfica de calificación: (Dessler, 1991) Escala que enlista varias características (calidad y cantidad) y un rango de desempeño (desde insatisfactorio a excepcional) para cada una. A todos los subordinados se les califica marcando la calificación que mejor describe su nivel de desempeño. Posteriormente se suman y totalizan los valores asignados para cada característica. (Figura Nº 4)

b) Método de Alternancia en la clasificación: (Ibíd.) Consiste en clasificar a los empleados del mejor al peor con respecto a alguna característica. Se hace una lista con todos los subordinados que se van a calificar . Es necesario indicar cual es el empleado con mejor calificación en la característica que se evalúa y también la que obtiene la más baja, después se debe elegir al siguiente mejor y al siguiente más bajo, alternando entre los más altos y los más bajos hasta que se hayan clasificado a todos los empleados que se iban a calificar.

c) Método de comparación de pares: (Ibíd.) Por cada característica (calidad, cantidad del trabajo, etc.) todos los subordinados se comparan con todos los demás subordinados en pares. En este método se realiza una tabla de todos los posibles pares de empleados para cada característica. A continuación se indica quien es el mejor empleado de ese par con un + o un -. Posteriormente se suma el número de veces que un empleado resultó mejor.

d) Método de distribución forzada: (Ibíd.) Consiste en evaluar el desempeño de los individuos mediante frases descriptivas de

alternativas de tipos de desempeño individual. En cada bloque o conjunto compuesto de dos, cuatro o más frases, el evaluador debe elegir por fuerza solo una o dos , las que más se apliquen al desempeño del empleado evaluado. Naturaleza de las frases: a.- Se forman bloque de dos frases de significado positivo y dos de significado negativo. El evaluador elige la frase que más se ajusta y luego la que menos se ajusta al desempeño del evaluado. b.- Se forman bloques de solo cuatro frases de significado positivo. El evaluador elige la frase que más se ajusta al desempeño del evaluado. Las frases que conforman los conjuntos no se escogen al azar, sino que deben seleccionarse mediante un procedimiento estadístico tendiente a verificar su adecuación a los criterios existentes en la empresa y su capacidad de discriminación.

MÉTODOS QUE CALIFICAN EL COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS:

a) Método de incidentes críticos: (Dessler, 1991) El supervisor lleva para cada subordinado un registro de eventos poco frecuentes, buenos e indeseables de la conducta relacionada con el trabajo de esa persona. Posteriormente, cada seis meses aproximadamente el supervisor y el subordinado se reúnen para comentar el desempeño de éste utilizando los incidentes específicos como ejemplos. (Figura Nº 5)
b) Escalas de expectativas conductuales (EEC): (Ibíd.) Está diseñada para combinar los beneficios de la narrativa de incidentes críticos y las calificaciones cuantificadas con ejemplos específicos de buen o mal desempeño. Una vez identificadas y definidas las áreas importantes de actuación por parte de los empleados con conocimiento del trabajo, se utilizan las declaraciones de incidentes críticos como anclas para discriminar entre desempeños altos, moderados y bajos. La clasificación EEC suele cubrir de seis a diez dimensiones del desempeño definidas específicamente, cada una con varias anclas descriptiva. Cada dimensión se basa en conductas observables y tienen un significado para los empleados que son objeto de evaluación. La práctica de utilizar herramientas narrativas y de clasificación-calificación para evaluar el desempeño esencialmente se deriva del hecho de que cada una de ellas cumple con un propósito diferente. Los métodos de calificación-clasificación cuantificables permiten comparaciones de empleados y por lo tanto son útiles para tomar decisiones de remuneración, transferencia y promoción. Las narrativas por otra parte, son útiles para ofrecer ejemplos específicos de buen y mal desempeño.

MÉTODOS QUE CALIFICAN O EVALÚAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

a) Dirección por objetivos (DPO): (Gibson, 1996) Es un método de evaluación basado en el desempeño a futuro. Se centra en el desempeño venidero mediante el establecimiento de objetivos de desempeño. Enfoque orientado a los resultados. Un proceso por el cual el superior y el subordinado fijan conjuntamente los objetivos para un determinado período de tiempo y se reúnen más adelante para evaluar el desempeño del subordinado para la consecución de dichos objetivos. (Figura Nº 6).

RETROALIMENTACIÓN

Independientemente de cómo se obtiene la información relativa al desempeño individual en el trabajo, el evaluador deberá suministrar retroalimentación al evaluado, durante una entrevista formal para que el empleado pueda desarrollar sus cualidades y mejorar su desempeño. Una retroalimentación eficaz puede ser motivadora y capaz de impulsar el desarrollo de los evaluados cuando van tras las metas que ellos valoran.

Hay tres tipos de entrevistas de evaluación de acuerdo al resumen del desempeño del empleado. (Dessler, 1991,p. 573-574)

1. Satisfactorio- promovible: El objetivo es comentar los planes de carrera de la persona y desarrollar un plan de acción específico para el desarrollo educativo y profesional que necesita la persona para pasar al siguiente puesto.
2. Satisfactorio- no promovible: Para empleados cuyo desempeño es satisfactorio pero para quienes no es posible una promoción, debido a que la persona ya alcanzado su nivel de competencia o debido a que no hay mas lugar en la compañía. El objetivo aquí no es mejorar o promover sino mantener un desempeño satisfactorio y para ello es importante utilizar algunos motivadores que son importantes para la persona y que sean suficientes para mantener el desempeño satisfactorio. Ejemplo: tiempo libre extra, un pequeño bono, etc.
3. Insatisfactorio- corregible: El objetivo es elaborar un plan de acción para corregir el desempeño insatisfactorio. No es fácil decir a alguien que su desempeño no es satisfactorio por lo que esta entrevista de evaluación es la más difícil.

Cómo prepararse para la entrevista de evaluación:

Primero, reunir los datos. Estudiar la descripción del puesto de la persona, comparar el desempeño de los empleados con los estándares y revisar los archivos de las evaluaciones previas. Segundo, preparar al empleado. Es necesario darle por lo menos aviso una semana antes para revisar su trabajo, leer las descripciones de sus puestos, analizar problemas y preparar sus preguntas y comentarios. Destacar que la revisión de las evaluaciones es para ayudarles a conocer su actual posición. Tercero, elegir el momento y el lugar. Dejar suficiente tiempo libre para toda la entrevista. Hay que asegurarse que la entrevista se realiza en un lugar privado donde no habrá interrupciones.

Cómo realizar la entrevista:

1. Marcar el tono al inicio de la entrevista. Explicar cómo procederá la entrevista y hacer hincapié de que se trata de una conversación en dos sentidos. Aclarar que el empleado cuenta con toda la atención y que se dispone de tiempo suficiente para la entrevista.
2. Ser tan positivo como sea posible al evaluar los puntos fuertes y débiles del empleado. Evitar hablar sobre errores o fallas pasadas. Hacer hincapié en la solución de los problemas. Si es necesario criticar, critique el acto y no al subordinado.
3. Resuma los punto de vista del supervisor y del subordinado. Clarifíquese las áreas de desacuerdo y trate de resolver las diferencias al enfatizar por qué se piensa que el empleado debe mejorar.
4. Desarrollar un plan de acción entre el supervisor y el empleado. Fijar metas de mejoramiento específicas y prácticas junto con un calendario para alcanzarlas. Centrarse en dos o tres áreas más importantes en las que se desea mejoría, en lugar de todas las áreas identificadas en la evaluación.

Hay que proceder muy cuidadosamente. Cuando se acusa a una persona de mal desempeño, con frecuencia la primera reacción será negarlo y evita tener que cuestionar su competencia. Otros reaccionan con ira y agresión, que les ayuda a liberar la presión y posponer el enfrentar el problema en forma inmediata hasta que pueda solucionarlo; y otros reaccionan a las críticas replegándose en sí mismo.. En cualquier caso, entender y enfrentar la actitud defensiva es una importante habilidad del evaluador, quien debe entender que el comportamiento defensivo es normal, no debe atacar nunca las defensas de una persona y en caso de que la entrevista se torne agresiva posponer la acción.

Cuando son necesarias las críticas, deben hacerse en privado y deben ser constructivas, al ofrecer ejemplos de incidentes críticos y sugerencias específicas de lo que podría hacerse y por qué. Hay que aclarar los problemas relacionados con el puesto y marcar metas de mejoramiento así como un programa para alcanzarlas.

La retroalimentación, también puede hacerse mediante un informe confidencial sobre su desempeño dirigido a cada uno de los evaluados, donde adjuntan además datos medios correspondientes a otros evaluados que tienen actividades similares. Cada trabajador puede utilizar su informe para ver como se le compara con respecto a sus colegas y reconsiderar su desempeño.

Tal es el caso de *Intermountain Health Care de SALT Lake City, UTAH. Utiliza un modelo CUE (calidad, utilización y eficacia) de "unidades de cuidado". El estudio CUE sigue la pista de una dolencia específica y de su tratamiento por parte de doctores especializados en un hospital durante un determinado período de tiempo y acumula información con respecto a las unidades de cuidado utilizadas (tiempo en quirófano, medicación consumida, cantidad de cuidado intensivo de enfermería, etc.). Cada doctor recibe un informe confidencial sobre su desempeño, junto con los datos medios correspondientes a otros doctores que atienden unidades de cuidado similares. El médico puede utilizar su informe confidencial para ver como se le compara con respecto a sus colegas. Los doctores utilizan el sistema de retroalimentación del desempeño para reconsiderar su enfoque preferido o para modificar por completo su enfoque.* (Gibson, 1996, p. 265)

CAPÍTULO IV. PROBLEMAS Y DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Los problemas pueden surgir en cualquier etapa del proceso de evaluación.

Existen cinco problemas básicos que pueden socavar la eficacia de herramientas de evaluación tales como la escala gráfica de calificación:

- Estándares poco claros: esto se debe a que las características y grados de mérito quedan abiertas a la interpretación, por ejemplo, buen desempeño o excelente desempeño. Es importante definir en la escala que se entiende por estas características.
- Efecto halo: se refiere a que la calificación de un subordinado en una característica influye en la manera en que se califica a esa misma persona en otras características. Un empleado poco amigable será calificado insatisfactoriamente en todas las características y no solamente en su relación con sus compañeros.
- Tendencia central: Tendencia a calificar a todos en el nivel promedio, distorsión grave para la promoción, remuneración o asesorìa del empleado.
- Lenidad o rigidez: Tendencia de algunos supervisores a calificar a todos sus subordinados consistentemente alto o bajos. Cuando se trata de clasificar a los subordinados, el supervisor está forzado a distinguir entre quienes se desempeñan alto y bajo. Por lo tanto no es problema en el método de distribución forzada.
- Sesgo: Las diferencias individuales entre los subordinados en términos de características como edad, raza y sexo afectan las calificaciones que reciben, con frecuencia muy independientemente del desempeño real del empleado. El desempeño previo del empleado puede también afectar la evaluación que haga el supervisor de su desempeño actual.

Se debe elegir la técnica de evaluación adecuada. Cada una de las técnicas tienen sus ventajas y desventajas (Figura Nº 7). Los métodos de calificación gráfica y de clasificación son buenos para comparar a los empleados en las decisiones de remuneración y promoción. Se debe capacitar a los calificadores o evaluadores para eliminar los errores de calificación, sin olvidar que hay otros factores, tales como: las limitaciones de tiempo, la necesidad de justificar las calificaciones, que podrían influir en

las calificaciones que se otorgan. Los evaluadores deben tener un contacto cotidiano sustancial con el empleado que se evalúa. Siempre que sea posible, la evaluación debe realizarla mas de un evaluador, y todas las evaluaciones deben realizarse de manera independiente.

Algunas de las fallas que hay que evitar son:

1. Carencia de Estándares: Sin estándares no puede haber una evaluación objetiva de los resultados, solamente una apreciación subjetiva o sentimiento del desempeño.
2. Estándares irrelevantes o subjetivos. Los estándares se deben establecer mediante el análisis de la producción del puesto para asegurarse que éstos se relacionen con el trabajo. Análisis del puesto →Estándares de desempeño→Evaluación del desempeño.
3. Estándares poco realistas. Los estándares son metas con un potencial motivador, aquellos razonables pero que representan retos tienen el mayor potencial para motivar.
4. Evaluaciones fallidas del desempeño. La objetividad y la comparación requieren que puedan medirse los progresos hacia los estándares o el cumplimiento de los mismos.
5. Errores del evaluador. Comprenden sesgo o prejuicios del mismo, el efecto halo, el error de constante, lenidad/ rigidez, la tendencia central y el temor a la confrontación.
6. Mala retroalimentación hacia el empleado. Es necesario comunicarle los estándares y las calificaciones.
7. Comunicaciones negativas. El proceso de evaluación se ve afectado por la comunicación de actitudes negativas como inflexibilidad, actitud defensiva y un sistema contrario al desarrollo
8. Incapacidad para aplicar datos de evaluación. La incapacidad para utilizar las evaluaciones en la toma de decisiones de personal y el desarrollo del mismo niega el propósito básico de las mediciones del desempeño

CAPITULO V: NUEVAS TENDENCIAS EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

La globalización presiona a las empresas a buscar la excelencia como única manera de sobrevivir en un mundo complejo y desafiante. La excelencia es la base de la ganancia. Una de las consecuencias de la apertura económica global fue la reducción de los niveles jerárquicos, acortándose la distancia entre los jefes y subordinados. Esta aproximación introducida por la compresión jerárquica introdujo nuevas tendencias en la evaluación del desempeño del recurso humano individual y colectivo en las empresas. Los complicados procesos estructurados y formalizados de evaluación tienden a desaparecer y predomina la evaluación cualitativa y directa de las personas. Se ha buscado la excelencia mediante inversión en entrenamiento, capacitación y desarrollo de las personas. Pero no sirve de nada entrenar, capacitar y desarrollar a las personas si no existe un adecuado sistema de evaluación del desempeño que muestre el acierto o desacierto de las medidas tomadas y si conducirán a los objetivos deseados. La evaluación del desempeño se torna necesaria para verificar permanentemente el rumbo e introducir con el tiempo medidas correctivas.

Se percibe una ausencia de indicadores de desempeño en muchas empresas o la utilización desordenada de varios indicadores dispersos y desconectados; por dos factores importantes: La sustitución gradual de la organización funcional y departamentalizada por la organización por procesos que altera los sistemas de indicadores y de mediciones de las empresas, y la participación de los trabajadores en los resultados de las empresas que requiere de un sistema de mediciones e indicadores que permita negociaciones francas y objetivas entre las empresas y sus empleados. En base a esto, las principales tendencias en la evaluación del desempeño son:

1. Los indicadores tienden a ser sistémicos y se ve la empresa como un todo que conforma un conjunto homogéneo e integrado. Deben derivarse de la planeación estratégica de la compañía, que determinará que medir, cómo y cuándo. Si es posible los indicadores deben estar ligados a los diferentes procesos empresariales y deben centrarse en los clientes internos y externos.
2. Los indicadores tienden a escogerse y seleccionarse como criterios distintos de evaluación, bien sea para premiación, remuneración variable, participación en los resultados, ascensos, etc. Es necesario distinguir los indicadores adecuados para que sirva a cada uno de los criterios específicos.

3. Los indicadores tienden a ser escogidos en conjunto para evitar posibles distorsiones y para no descartar otros criterios de evaluación. Existen cuatro clases principales de indicadores:
    a. Indicadores financieros: Relacionados con aspectos financieros, como utilidades, relación costo / beneficio.
    b. Indicadores ligados al cliente: En estos se encuentra la satisfacción del cliente (interno o externo), franja de mercado cubierta, competitividad, tiempo de entrega, etc.
    c. Indicadores internos: En ellos se encuentran tiempo de proceso, índice de seguridad, etc.
    d. Indicadores de innovación: Desarrollo de nuevos procesos, mejoramiento continuo, calidad, investigación y desarrollo.
4. La empresa trata de identificar talentos que responderán solo por el resultado final global de sus unidades de negocios. De esta manera la evaluación continua del desempeño complementa el trabajo de los procesos de provisión de personal para seguir y localizar a las personas cuyas características sean adecuadas a los negocios de la empresa. En consecuencia, la evaluación del desempeño asume un papel integrador de las prácticas de la administración de recursos humanos. (Figura Nº 8).
5. La evaluación del desempeño tiende a la desburocratizaciòn , es un proceso sencillo, no estructurado. La evaluación no estructurada es flexible y, en general la realizan los ejecutivos de nivel inmediatamente más alto mediante contacto directo y cotidiano con las personas involucradas en el proceso. L a evaluación es producto de un acuerdo entre evaluador y evaluado, es casi una negociación porque ambos intercambian ideas e información, lo cual origina un compromiso conjunto que proporciona las condiciones necesarias para el crecimiento profesional y la consecución de determinados objetivos o resultados. Los cambios se presentan en la forma y contenido del proceso. De este modo se revalúan los antiguos métodos de escala gráfica, elección forzada, incidentes críticos, etc. Y se llega a una nueva configuración que cumple las nuevas exigencias.
6. La evaluación del desempeño constituye un poderoso instrumento de retroalimentación de la información, permite la orientación, auto evaluación, auto dirección, autocontrol, etc. Incluye nuevos aspectos como: **competencia personal** *-capacidad de aprendizaje de las personas y asimilación de nuevos y diferentes conocimientos y habilidades-* **competencia tecnológica** *–capacidad de asimilar el conocimiento de diversas técnicas necesarias para cumplir la multifuncionalidad y la generalidad-* **competencia metodològica** – capacidad de emprender actividades, e iniciativa para resolver problemas de distinta naturaleza- **competencia social** *–capacidad de*

relacionarse eficazmente con diversas personas y grupos, así como de realizar trabajos en equipos-. Las personas deben recibir retroalimentación relacionada con sus competencias.

7. La evaluación del desempeño requiere la medición y comparación de algunas variables individuales, grupales y organizacionales. La evaluación del desempeño se basa cada vez más en la adopción de índices objetivos de referencia que ayuden en el proceso; tales como: indicadores de desempeño global (empresa), de desempeño grupal (del equipo) y del desempeño individual.
8. La evaluación del desempeño hace cada vez más énfasis en los resultados, las metas y los objetivos alcanzados. Los fines se convierten el parámetro de la evaluación para recompensar el trabajo excelente, así como el desempeño eficaz y no solo eficiente. El énfasis en los resultados, las metas y los objetivos establecidos de modo claro, unívoco y sencillo permite observar tres vertientes: desburocratizaciòn, la evaluación hacia arriba (permite que el equipo evalúe a su gerente) y la auto evaluación (definir sus fortalezas y debilidades).

En conclusión, con todas estas tendencias, la evaluación del desempeño burocratizada, rutinaria, repetitiva y complaciente pasa a ser mas flexible, no estructurada con amplia libertad en la forma y el contenido.

SEGUNDA PARTE
EL DESEMPEÑO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN MEDICINA Y SU EVALUACIÓN

CAPITULO VI. CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y ADMINISTRATIVAS DEL TRABAJO EN EL SECTOR SALUD

El análisis institucional de los servicios de salud es importante para poder diagnosticar situaciones problemáticas y aplicar exitosamente los proyectos de salud; en la medida que la evaluación es insuficiente estas situaciones no son identificadas y pueden llegar a configurar problemas críticos.

En este análisis se deben resaltar las características organizativas del servicio, la característica del personal de salud en cuanto a fuerza laboral, el proceso tecnológico, las relaciones de trabajo que se establecen y rigen la vida institucional, y la cultura institucional tan peculiar no solo del sector, sino de cada institución. (hospital, ambulatorio, centro de salud). Adentrarse en ese microcosmo, es penetrar en la enorme complejidad de una organización donde confluyen infinidad de personas, saberes y tecnologías de salud muy diferenciados.

Los servicios de salud son una de las estructuras sociales mas estratificadas y más rígidas, en lo que a movilidad horizontal, y sobre todo vertical se refiere. Es una construcción social resultado de un proceso histórico de gestación colectiva de valores, cultura, saber y capacidades, que se producen y reproducen como prácticas en continuo movimiento.

Ese lugar es influido por un conjunto de determinaciones tan complejas como diversas, como son la tecnología, el financiamiento, las políticas sociales, el paradigma médico, las modalidades de formación de personal, el mercado de trabajo, la situación del empleo, etc.. Estos factores están experimentando vertiginosos e importantes cambios que afectan la arquitectura del sector y la existencia misma de los servicios.

El hospital o el ambulatorio deben ser comprendidos en su contexto, por su finalidad o su función social, pero también en la dimensión cultural. El servicio es un lugar de encuentro de personas. De unas que buscan satisfacción a determinadas enfermedades y de otras que están allí porque se han calificado y diferenciado social y técnicamente por su conocimiento y capacidad para contribuir a satisfacer esas necesidades.

El desarrollo de los comportamientos organizacionales presenta variaciones o cambios no previstos, a veces funcionales y otras no, surgidos en parte como consecuencia de la manera diferente que tienen las personas de desempeñarse en las funciones que les han sido asignadas. Esto a contribuido a conformar la denominada organización informal, que expresa los comportamientos, las relaciones de poder, las variaciones estructurales y funcionales que se producen en una organización y que han sido reconocidas como un lógico, real y efectivo complemento de la organización formal, entendida esta como aquella prevista, reglamentada y esperada

El espacio institucional contiene una estructura y una dinámica política de características especiales: por un lado, se trata de una poder compartido y disputado activamente; por otro lado, una parte importante de ese poder en disputa se refiere a un poder simbólico, derivado de la tenencia de determinado conocimiento relevante, el conocimiento médico. Mirado desde la sociología de las profesiones parece claro que son los médicos quienes detenta el poder de conducción de los servicios. Políticamente la estructura de poder formal no coincide con la informal y en la realidad, en muchos casos no son los directores quienes efectivamente dirigen los servicios. Esa desigualdad de distribución del poder construye estructuras piramidales de rígidas jerarquías que definen las reglas técnicas de funcionamiento de los servicios. Se configura así un territorio altamente conflictivo, complejo y de difícil gobernabilidad. En el estudio de las relaciones de poder en los servicios de salud debemos tener en cuenta no solo las relaciones jerárquicas de las organizaciones, sino la capacidad de extender las mismas relaciones hasta los pacientes colocados en situación de objeto, lo que es facilitado por su carácter de necesitado, desvalido, con reducida información y control de su proceso de recuperación.

La cuestión del poder institucional en salud nos lleva a considerar la gestión y sus estilos como otra variable importante en la conformación de las posibilidades y escollos para una estrategia de cambio que reubique al trabajador y al trabajo como elemento clave en la mejoría del servicio y su calidad.

El trabajo que se realiza en las instituciones de salud se caracteriza por su gran complejidad, heterogeneidad y fragmentación. Se ha dicho con razón que un hospital es una de las instituciones de mayor complejidad por la diversidad de profesiones, profesionales, usuarios, tecnologías, relaciones sociales e interpersonales, formas de organización, espacios y ambientes que albergan. Pero es compleja esencialmente por la naturaleza de los procesos, salud, enfermedad, muerte; así como por las variables que entran en juego en las decisiones y acciones que esos procesos conllevan.

En los hospitales, ambulatorios y centros de salud, el diseño de los puestos se ha construido sobre el criterio de la fragmentación y especialización como condición de la productividad; y los sindicatos en la práctica lo han incentivado. El orden laboral Taylorista, imperante en los servicios de salud, hace que la atención sanitaria sea un proceso sumamente fragmentado (conceptual, técnica y social). Muchas de las personas que intervienen en su atención, no tienen idea del porqué de sus intervenciones y no pueden establecer el vínculo de su acción con el paciente y su problema de salud.

Esa forma de organizar el trabajo (técnica, social y espacialmente), ha generado diversas modalidades de procesos de trabajo. Esto se refleja en la topología de servicios comúnmente aceptada por los hospitales: servicios finales o de atención directa, de apoyo técnico de diagnóstico y tratamiento, de apoyo logístico y de apoyo administrativo.

El papel de la tecnología en el trabajo en salud es determinante. Es el factor mas dinámico del desarrollo de la atención médica en el periodo reciente y una de las razones del incremento de los costos. La tecnología organiza y reorganiza el trabajo: genera nuevas competencias, especialidades y nuevas relaciones técnicas que luego se plasman en nuevas relaciones sociales. La tecnología es también un elemento estructurador de formas de atención y modalidades de práctica.

CAPITULO VII: RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

LOS RECURSOS HUMANOS SON VITALES

Los recursos humanos en salud, las diferentes clases de trabajadores clínicos y de apoyo que hacen realidad cada intervención individual o de salud pública son los insumos más importantes del sistema de salud. Representan más del 60 % del gasto en salud. El desempeño de los sistemas de atención sanitaria dependen en última instancia de los conocimientos, las aptitudes y la motivación de las personas encargadas de prestar los servicios.

Pero los individuos no podrían prestar servicio eficazmente sin capital de equipo –hospital y material- y bienes fungibles como las medicinas, que cumplen una función importante al aumentar la productividad de los recursos humanos.

Para el buen funcionamiento de un sistema de salud se requiere gran cantidad de mano de obra y personal calificado y experimentado. Debe haber un equilibrio entre los recursos humanos y los recursos materiales. A medida que se incrementa la cantidad de un determinado insumo en un sistema de salud, el valor agregado por cada unidad adicional de dicho insumo tiende a disminuir. Por ejemplo, cuando hay pocos médicos, la llegada de otro médico tiene un efecto positivo en la atención sanitaria; pero si hay demasiados médicos, por cada nuevo médico que se incorpore es mas probable que aumente los costos y no mejore la atención.

Aunque un sistema de salud tenga abundantes recursos humanos, con conocimientos y aptitudes excelentes, puede verse ante una crisis inminente si no se tiene en cuenta las necesidades sanitarias, futuras, las prioridades y los recursos disponibles. Por ejemplo cuando la formación y la capacitación de médicos y de personal de enfermería son deficiente, cabe esperar deficiencias futuras.

Si los establecimientos no funcionan adecuadamente y no se dispone de equipo de diagnóstico y medicamentos, poco importa que los conocimientos, las aptitudes y la dotación de personal sean altos, ya que de todos modos la prestación de servicios será deficiente. La falta de insumos complementarios también tendrá un efecto negativo en la motivación del personal, factor que influye en la capacidad de los recursos humanos. La motivación, sin embargo, no depende solamente de las condiciones de trabajo. Los incentivos financieros y la remuneración, es decir

los ingresos y otros beneficios también son importantes, como lo son la dirección general del personal y las posibilidades de progreso profesional.

Los recursos humanos de una institución de salud tienen simultáneamente una doble dimensión: un *medio de producción* que debe articularse en forma adecuada con otros elementos para producir las actividades de los servicios de salud, esto lleva necesariamente a reconocer la interdependencia de la planificación y administración del personal con otros aspectos de la gestión en salud. Y como el *factor estructural* del "que hacer" en salud, en cuanto a que el personal está constituido por sujetos pensantes que actuando colectivamente conforman las prácticas, establecen las formas de relación, definen los valores que son aceptados y en general organizan y desarrollan el proceso de trabajo, lo cual lleva a reconocerlos como actores inteligentes, clave en los procesos de cambio en los servicios de salud.

IMPORTANCIA DE LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS

El tema de los recursos humanos, ha estado ausente de las agendas de las reformas del sector salud, lo que se refleja en la persistencia de importantes problemas de distribución, migración, bajos salarios, inequidades y falta de articulación entre la formación de personal y las necesidades del sistema de servicios. En cualquier sistema de servicios de salud, los profesionales, técnicos y auxiliares, son quienes en ultima instancia definen los servicios que serán producidos, cuándo, donde y en que cantidad serán consumidos, y por lo tanto, que impacto tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas. El éxito de las acciones de salud dependen en importante medida de la efectividad y calidad de la gestión del desempeño del personal de salud.

La realidad muestra que los complejos problemas relativos al desempeño del personal de los servicios de salud –reconocidos como las organizaciones sociales mas complejas que existen- son insuficientemente enfrentados por las instituciones públicas del sector. Por lo regular estas instituciones padecen condiciones de escasez de recursos y experimentan cambios acelerados; por lo que otorgan escasa relevancia política al tema y desempeñan la gestión de recursos humanos en forma fragmentada y disminuida, relegando su acción a una oficina de administración de personal.

En los procesos de reforma sectorial se hacen evidentes problemas en el desempeño de los sistemas de salud por falta de definiciones políticas y técnicas de los recursos humanos, lo cual afecta las posibilidades de alcanzar los objetivos de tales reformas. Se confrontan también problemas de viabilidad de algunos cambios institucionales al no contar con la participación y el apoyo de los trabajadores de salud.

Se puede afirmar que ante los grandes desafíos que confrontan los sistemas de salud con las reformas sectoriales, la concepción vigente de recursos humanos y la capacidad institucional existente son deficientes para resolver los problemas que se presentan y para contribuir a mejorar la atención, lo que constituye un obstáculo para los cambios y avances en el sistema de salud.

En los servicios de salud ya no hay lugar para continuar solamente con una gestión limitada a la función de administración de personal consagrada al registro y control de los aspectos normativos del ciclo administrativo y de la carrera funcionaria de empleados propios y estables. Una situación común a muchos países del ámbito latinoamericano, es la debilidad de los sistemas de información sobre recursos humanos en todos los niveles de los sistemas de servicios de salud. Hay escasez de información pertinente, oportuna y de calidad, para tomar decisiones en la gestión de los recursos humanos en un contexto de gran complejidad de las relaciones entre el personal de salud, agencias gubernamentales, sindicatos, etc. Junto a esta situación se aprecia que existe poca capacidad técnica de las unidades responsables de esta función a todos los niveles. Esto refleja la baja prioridad que se otorga a las cuestiones y problemas de recursos humanos.

Es necesario promover la adopción de nuevos conceptos de recurso humano y de gestión de recursos humanos en los servicios de salud. El desempeño del recurso humano se basa en la aplicación del saber y la tecnología. Toda acción o intervención sanitaria se basa en el saber y tiene como protagonista al recurso humano calificado en la aplicación de dicho saber, por lo que se deberá considerar como base del capital intelectual de una organización o sistema de servicios de salud.

Las acciones dirigidas a la generación de nuevas políticas de ingreso de personal, el mejoramiento de las condiciones y el medio ambiente de trabajo, la búsqueda de sistemas e incentivos para elevar la productividad, la evaluación del desempeño individual y del equipo, etc., pueden ser acciones importantes para elevar la calidad del trabajo y del servicio.

CAPITULO VIII. EL RECURSO HUMANO Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA

Calidad de Atención Médica:

"Es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga mayor número de años de vida saludable y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados" (Malagòn Londoño, Galán y Pontón, 1996).

"La calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios". (Pabón, 1985).

En el proceso de prestación de un servicio de salud, intervienen por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico, y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantienen las condiciones que hacen posible la realización del acto. En el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico, tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínico, el otro más subjetivo, se refiere al trato recibido por los pacientes. El primer aspecto se llama la calidad técnica y el segundo la calidad humana, ambos conceptos dependen del acto médico y de la infraestructura administrativa.

La calidad técnica se define en términos de cuatro variables:

- Integridad: Satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
- Contenidos: Hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
- Destreza: Hacer bien la que se debe hacer.
- Oportunidad: Hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.

Contenidos técnicos: Se refiere a la serie de criterios, conocimientos teóricos y prácticos, actitudes, habilidades, destrezas y elementos de trabajo que es necesario aplicar para diagnosticar y prestar tratamiento a las necesidades del usuario, en todas y cada una de las actividades requeridas en el proceso.

El servicio puede ser oportuno y el usuario puede salir satisfecho de consulta con un diagnóstico y un plan de tratamiento, pero el diagnóstico puede ser deficiente, el paciente puede seguir fielmente las instrucciones, pero la dosificación puede ser errónea, o el tratamiento no es el adecuado.

La definición de contenidos es un proceso dinámico que tiene que ver con la organización y división del trabajo de los proveedores, según la frecuencia y complejidad de las necesidades de los usuarios, el conocimiento, destreza, aparato tecnológico necesario para resolverlas y su costo.

En la división del trabajo unos niveles son mas fáciles de evaluar que otros, por ejemplo es mas fácil evaluar en general la mayoría de los servicios auxiliares de diagnóstico, porque hay estándares para juzgar decisiones técnicas y de procedimientos. Otros niveles son mas difíciles, por ejemplo evaluar la confiabilidad del diagnóstico y del tratamiento en cualquier especialidad (Médico internista, Pediatra, Cirujano, etc.) la supervisión no es admitida en forma individual pero se aceptan mecanismos llamados de auditoria clínica o médica que cumplen las funciones de supervisión, control, promoción y evaluación. Además se realiza investigación clínica y biomédica que introduce, refuerza o cambia los estándares de técnicas y procedimientos en el manejo de pacientes.

CAPITULO IX: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL MEDICO

En la eficiencia y competitividad del sector influyen por lo menos tres factores: el diseño organizacional o sea la estructura adoptada, los recursos físicos y tecnológicos, y quizás el más importante, el talento humano. La posibilidad de mejorar la eficiencia en los servicios de salud depende en gran medida de la calidad y disponibilidad del talento humano.

La evaluación del desempeño del personal médico suele limitarse principalmente al análisis y medición del cumplimiento de las actividades programadas, sin rescatar a esta actividad como una de tipo permanente y como un componente activo del proceso de auto-aprendizaje, tanto a nivel individual como grupal. En esas circunstancias no se analizan los procesos, ni las decisiones críticas, ni el abordaje metodológico empleado ni tampoco se investiga la relación entre los medios utilizados y los resultados obtenidos, lo que podrían contribuir a mejorar el desempeño, buscar nuevos enfoques, desechar prácticas y procedimientos o adoptar medidas educacionales.

EVALUACIÓN DEL JUICIO CLINICO DEL MEDICO

La calidad del juicio clínico emitido por un médico a un paciente que busca ayuda es quizás el principal factor determinante de la calidad de la atención que le va a prestar. Pese a su importancia existe mucha insatisfacción con los medios disponibles para evaluarla.

La evaluación de la competencia clínica entraña tres elementos de importancia crítica: medición, criterios y juicio. Es preciso considerar cada uno de ellos al evaluar los dos elementos distintos de la competencia: la eficiencia, medida desde el punto de vista del desempeño del médico, y la pericia, medida a partir de los resultados de ese desempeño observado en el paciente.

Para evaluar el juicio clínico se ha llegado a medir el alcance de la intervención de un médico con estudios de observación; por otra parte se ha evaluado el producto por medio de estudio de los resultados finales. Lamentablemente, esos métodos son muy costosos para uso general en la medición objetiva del proceso o del producto en la práctica clínica. En

sustitución existe la técnica de simulación de los problemas de los pacientes (*el método se deriva de la técnica basado en una prueba (tab-test) establecida por el ejercito de los Estados Unidos, introducida al campo de la medicina por la Junta Nacional de Examinadores Médicos*) que puede ser un medio práctico de estimar ambos elementos. (Williamson, 1965)

Simulación de los problemas de los pacientes

Consta de un folleto de prueba y de una hoja de registro de respuesta. El problema se presenta por medio de una breve descripción clínica del paciente, seguida de una larga lista de posibles intervenciones terapéuticas y de diagnóstico. Se le pide al médico que lea la descripción introductoria y que seleccione luego solo los procedimientos que estime conveniente, borrando la parte cubierta de la hoja de respuestas correspondiente al punto seleccionado. Al borrar obtiene datos de diagnóstico o respuestas terapéuticas que le pueden ayudar a adoptar decisiones posteriores.

Una vez que se hayan adoptado y registrado las decisiones de los médicos, el paso siguiente consiste en comparar el desempeño del médico con los criterios aceptados para poder juzgar la calidad. Los criterios son formulados por especialistas, que clasifican cada punto en una escala que va desde muy útil hasta muy perjudicial. Se usan solamente los puntos sobre los cuales hay un acuerdo definitivo en cuanto a clasificación

El juicio de la competencia se expresa comparando los puntos seleccionados por el sujeto con esta clasificación para establecer dos puntos básicos: Índice de eficiencia (IE) que permite estimar la calidad del proceso, definido como el porcentaje de los puntos útiles seleccionados por el médico, y un índice de pericia (IP), que permite estimar la calidad del producto, inferido del porcentaje que expresa el acuerdo con el grupo encargado de emitir criterios para seleccionar intervenciones beneficiosas y evitar las perjudiciales. La discrepancia entre el juicio del sujeto y el del grupo de referencia se expresa como porcentaje de omisión (procedimientos útiles no seleccionados) y de ejecución (procedimientos perjudiciales seleccionados). Luego con estos datos se puede estimar el índice de competencia (IC) que indica el porcentaje de acuerdo general con la manera de juzgar los criterios.

$$IC = \frac{IP \times IE/100 + IP}{2}$$

Por ejemplo, un médico que selecciona 7 puntos de una lista de 12 puntos útiles, selecciona dos puntos inútiles, no perjudiciales, un punto perjudicial para un total de 10 puntos. Los cómputos serían:

IE = 7/10*100 = 70 % IP = 7-1/12*100 = 50%

IC = 50 *70/100 + 50 / 2 = 43 %

Al emplear estos índices se puede analizar el desempeño del médico como individuo o integrante de un grupo; en el tratamiento de enfermedades o grupo de enfermedades; o en la intervención relativa a ciertas clases de funciones (historia clínica, examen físico, etc.). En el análisis de los resultados cuando se encuentran índices bajos o altos, es particularmente importante examinar los datos de análisis de cada punto para puntualizar los factores específicos a los que se le puede atribuir ese logro.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA: METODO DE AUDITORIA CLINICA

La evaluación de la calidad de la atención médica se ha centrado en el rendimiento del médico. Pocos estudios de evaluación han utilizado información sobre los resultados finales de la atención, aunque la finalidad de la atención médica es mantener o mejorar la salud, y por tanto parece lógico evaluar la atención basándose en el grado en que se consigue este objetivo.

La evaluación de la calidad de la atención basándose en el rendimiento del médico puede ser inadecuada porque no se ha comprobado que muchas de las acciones de los médicos estén relacionadas con una mejora de la salud. Sin embargo, la evaluación de la calidad de la atención basándose en los resultados de la misma también puede ser inadecuada, ya que los resultados de la atención no dependen solo de la atención médica recibida sino también de las características demográficas, sociales y económicas de la población de pacientes.

Se compararon cinco métodos de auditoria para evaluar la calidad de la atención médica, con el fin de dilucidar si se debe escoger y analizar información sobre el rendimiento del médico o sobre las consecuencias de la atención o de ambas. Los métodos de auditoria serían los siguientes: una evaluación con criterios implícitos del proceso; una evaluación con criterios implícitos del resultado; una evaluación con criterios implícitos del proceso y el resultado combinados; una evaluación con criterios

explícitos del proceso; y una evaluación con criterios explícitos del resultado. (Brook, Appel, 1973)

El **proceso** comprende todo lo que un médico hace con respecto a un paciente (pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas), los recursos de atención médica y el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

El **resultado** de la atención es la respuesta del paciente en términos de mortalidad, síntomas, capacidad de trabajar o llevar a cabo actividades rutinarias, y las mediciones fisiológicas.

Las **evaluaciones con criterios implícitos** se basan en la opinión subjetiva de cada evaluador, no se usan criterios predeterminados. Las **evaluaciones con criterios explícitos** se basan en criterios predeterminados establecido por acuerdo colectivo de los evaluadores.

El estudio se realizó en los hospitales de la ciudad de Baltimore. Todos lo médicos principales son profesores con dedicación exclusiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins Se revisó la atención de 296 pacientes con infecciones de vías urinarias, hipertensión, o lesiones ulcerosas gástricas o duodenales. (Ibíd.)

Para los tres métodos con criterios implícitos, los médicos que actuaron como evaluadores leyeron un resumen detallado de dos páginas, de cada caso, obtenido de la revisión de las historias y preparado por el investigador principal utilizando un formato estructurado después de revisar la literatura y consultar con expertos del Johns Hopkins hospital. Se realizó una entrevista con el paciente (realizada o supervisada por el investigador principal), para determinar el cumplimiento del tratamiento por el paciente y su estado al final del periodo de seguimiento y para averiguar si utilizó otros servicios médicos. Los médicos (10) que hicieron las evaluaciones eran profesores de los hospitales de la ciudad de Baltimore. Basándose en la información proporcionada en la primera página, tres médicos seleccionados aleatoriamente entre los 10 decidían por separado si el proceso de atención medica era adecuado o inadecuado(evaluación del proceso basada en criterios implícitos). Posteriormente el médico leía la evolución del paciente y respondía a tres preguntas adicionales. La primera se refería a si el resultado del paciente podría haber mejorado si el proceso de atención médica hubiera sido mejor (evaluación del resultado con criterios implícitos). La segunda pregunta era ¿fue la calidad de la atención recibida por el paciente aceptable o inaceptable (evaluación de la calidad de la

atención con criterios implícitos); y por último si la atención era aceptable, ¿había sido gracias al paciente o al sistema de atención médica?

Para los métodos con criterios explícitos, primero se elaboraron los criterios explícitos para evaluar el proceso de atención. Se pidió a los 10 médicos que seleccionaran para cada una de las tres enfermedades, los requisitos de una atención de buena calidad, que además tuviera un efecto importante en el resultado. Sólo para este método se seleccionó un segundo grupo de médicos, formado por un subgrupo de siete especialistas para cada una de las tres enfermedades estudiadas. Los criterios seleccionados por los siete médicos fueron aplicados por el equipo evaluador a cada caso para obtener una evaluación del proceso con criterios explícitos. Se comparan los resultados de los pacientes con los criterios elaborados.

En este estudio se encontraron importantes diferencias entre los métodos que utilizaban datos del proceso y los que utilizaban datos del resultado. Es evidente que los resultados de la evaluación de la calidad dependían del método utilizado. Los resultados variaban del 1,4 % al 63,2 % de los casos en los que la atención era aceptable.

Del análisis de los métodos con criterios implícitos pueden hacerse tres observaciones: apenas guarda relación con el resultado medido en el estudio de seguimiento; los tres métodos de evaluación con criterios implícitos, variaban significativamente con la enfermedad estudiada, lo que refleja que un método de evaluación de la calidad de la atención de un número limitado de enfermedades, como indicador de la calidad de atención que se presta a todas las enfermedades, puede estar sujeto a errores; la confiabilidad de los métodos con criterios implícitos no fue suficiente como para predecir correctamente si un paciente concreto recibió una atención aceptable, pero resultaban suficientes para evaluar un grupo de casos. Las conclusiones basadas en un solo caso serán erróneas debido a la limitada confiabilidad de las evaluaciones.

La evaluación de la atención mediante estimaciones del resultado del grupo resultó ser el método menos satisfactorio. Aunque desde el punto de vista clínico es el más lógico, ya que exige que el médico evalúe la atención en función de sus resultados, su ineficacia implica una crítica tanto a la educación como a la investigación médica.

Con los conocimientos actuales, los estudios basados en criterios explícitos, que ponen énfasis en los aspectos técnicos y científicos de la medicina, pueden ser inapropiados, ya que un gran componente del resultado del paciente depende probablemente de factores sociológicos y psicológicos.

EVALUACIÓN DE LAS PRACTICAS MEDICAS. VALORACIÓN DE LA TECNOLOGÍA.

Es necesario prestar mas atención a la evaluación sistemática de las practicas o tecnología médicas, especialmente las que son caras o peligrosas. Prácticas o tecnología médica se refiere a los diversos equipos, aparatos, métodos utilizados en la atención de los pacientes, incluye las inversiones de capital y personal necesarias para aplicarlas. Por tanto la evaluación de la tecnología médica se refiere a cuándo pedir una prueba, así como cuándo debe un hospital adquirir un nuevo aparato para hacer esa prueba. (Fineberg y Hiatt, 1979)

La evaluación de las prácticas médicas debe referirse a:

- Seguridad y eficacia de la tecnología.
- Costo de la tecnología, valor para la investigación, efectos en la organización y en la calidad de atención médica.
- Utilización racional de los recursos de salud.
- Consecuencias sociales y éticas.

Aunque la evaluación de la tecnología tiene que ver predominantemente con costo / beneficio, consecuencias a corto y a largo plazo de una nueva tecnología con repercusiones éticas y sociales, mejora de la calidad de atención médica, utilización racional de los recursos; indirectamente evalúa el desempeño del personal médico, basándose en su rendimiento, ya que el uso indiscriminado de estos recursos refleja desconocimiento de la práctica clínica. Por ejemplo, solicitar sistemáticamente Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen, a todos los paciente con dolor abdominal; o en caso contrario, la no utilización de este recurso en casos pertinentes reflejaría la falta de actualización en recursos tecnológicos.

EVALUACIÓN DE LAS PRACTICAS QUIRÚRGICAS

Tres conceptos de evaluación tienen que ver con la contribución del personal y los equipos a la prestación de los servicios: productividad, rendimiento y utilización. Se entiende por **productividad** como el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo. **Rendimiento** se define como el número de servicios o actividades producidas por unidad de recursos utilizado por unidad de tiempo. **Utilización** se define como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o un servicio por unidad de tiempo. (Pabón, 1985).

La diferencia entre productividad y rendimiento está en el denominador, esto es que el recurso disponible tiene un valor teórico (por ejemplo hora contratada) y un valor real (hora trabajada) y estos no son iguales particularmente en recursos de personal. Tanto el cálculo de productividad como de rendimiento depende de la complejidad y variedad de las actividades que realiza un recurso.

El cálculo de la productividad de un servicio de consulta externa, es relativamente mas fácil que un servicio de Cirugía. En cada caso es importante definir las unidades más representativas y comparables.

Los cirujanos realizan una gran variedad de intervenciones, que difieren entre ellas en complejidad y tiempo de realización, por lo que para no hacer cálculos de productividad para cada clase de intervención se debe buscar un denominador común de los distintos tipos de intervenciones para que se puedan representar todos en una sola cifra. Hay estudios que permiten convertir las distintas clases de intervenciones en un índice común. Para ello se utiliza el tiempo estándar de una herniorrafia y se le da un valor de 1.0 . Luego se calcula las equivalencias de herniorrafias para las otras intervenciones. (Tabla N° 1).

Se determina el número de intervenciones anuales realizadas por cada cirujano, si queremos calcular la productividad individual o por servicio si queremos calcularla por equipo. (Tabla N° 2). Una vez obtenido el total de equivalentes de herniorrafia , se divide entre el tiempo contratado de los cirujanos (individual o en equipo) y se obtiene la productividad individual o en equipo, según sea el caso. La productividad comparada en el tiempo o entre servicios similares permite emitir un juicio evaluativo.

Este método refleja la productividad real de cada cirujano o cada servicio. Por ejemplo, el servicio de Cirugía 2 pudo haber realizado 1000 intervenciones en un año y el de Cirugía 4, 700 intervenciones al año, esto no necesariamente significa que el servicio de Cirugía 2 sea mas productivo, ya que el servicio de Cirugía 4 pudo haber realizado intervenciones mas complejas, que requirieron mas tiempo y por lo tanto se efectuaron menos en la misma unidad de tiempo.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL MEDICO BASADO EN COMPETENCIAS

La teoría de la competencia fue formulada a comienzos del decenio de 1970 por David McClelland de la Universidad de Harvard. Señaló que las calificaciones académicas, los conocimientos, los grados y las certificaciones tradicionales no eran factores válidos de predicción del desempeño exitoso y eficaz en el trabajo y en otras situaciones de la vida. Afirmó McClelland que eran mas útiles las competencias, por ser factores mas seguros de predicción del éxito en el empleo. (Gestión del desempeño basado en competencias, 2000)

Competencias: "*Constituye el conjunto de habilidades, capacidades, conocimientos, patrones de comportamiento y clases de actitud que definen un desempeño superior*". (Ibíd.)

La teoría de competencia parte de tres hipótesis:

1. En cada empleo, determinadas personas tienen un desempeño mas eficiente que otras.
2. Las personas con desempeño superior utilizan diferentes métodos y patrones de comportamiento para realizar el trabajo en comparación con otras.
3. La mejor forma de identificar las competencias conducentes a un desempeño superior consiste en estudiar a las personas con desempeño superior que sirven de ejemplo para definir el éxito de la organización.

Este enfoque permite reconocer y evidenciar los objetivos de las ocupaciones, las unidades de competencia o funciones que son necesario desarrollar hacia el logro del objetivo y los criterios de desempeño y evaluación que se utilizan para juzgar sí el desempeño logrado

es adecuado. Cuando ya una ocupación se define en función de un objetivo, el conjunto de la organización empieza a ser definido; luego, las unidades de competencia son desagregadas en elementos de competencia, criterios de evaluación (como saber si la persona está cumpliendo con lo que de ella se espera) y campos de aplicación (especificar en qué espacio físico y organizacional se espera que se de el desempeño). De esta forma se obtiene un portafolio de competencias organizacionales que describen las funciones y lo que se espera que haga la gente, lo que puede ser usado para los programas de capacitación, para la evaluación del desempeño, etc.

El modelo de competencia se divide en dos tipos de competencia: Competencias centrales y competencias auxiliares. (Gestión del desempeño basado en competencias, 2000, OPS)

Las competencias centrales comunican los valores de la organización, definen el desempeño y están vinculadas a la actividad básica de la organización, se aplican universalmente a todo el personal, sin importar el nivel que ocupen en la organización, destacan los patrones del comportamiento, actitud, valores y rasgos de la organización. Ejercen mas influencia cuando se trata de distinguir el desempeño superior del desempeño promedio y suelen ser mas decisivas para el éxito alcanzado en trabajos complejos que las competencias auxiliares. Ejemplos de competencia central :Orientación hacia el cambio, Compromiso organizacional, orientación hacia la comunidad, etc.

Las competencias auxiliares representan, los conocimientos, habilidades y capacidades particulares que se necesitan para hacer el trabajo o desempeñar una función. Las competencias auxiliares se concentran en diferentes tareas y se pueden observar y medir mejor que las competencias centrales. Ejemplos de competencia auxiliar: Conocimientos técnicos, seguridad clínica, creatividad, etc.

Por las condiciones particulares del trabajo en salud, se requieren reforzar habilidades y comportamientos propios de la interacción social, del trabajo en equipo, de la comunicación, de la negociación y de la participación.

Antes de elaborar el modelo correspondiente, una organización debe determinar cómo se aplicará y cuál será el sistema de gestión del desempeño basado en competencias:

- ¿se empleará para integrar todos los sistemas y prácticas de recursos humano?
- ¿se vinculará el desempeño a la remuneración del personal?
- ¿se utilizará el modelo de base para el sistema de evaluación del desempeño?

Casi todas las competencias tienen de 4 a 6 niveles de desempeño. El primer nivel representa el nivel elemental de competencia básica, en tanto que el último guardaría una correlación con el máximo nivel de habilidad, conocimiento o capacidad.

Se puede emplear la descripción de los puestos o cargos para identificar las competencias y el nivel de desempeño que exige cada puesto en la organización. Y con ello puede describirse los puestos en base a competencia en lugar de una simple lista de tareas y responsabilidades.

Las competencias son indispensables para la gestión eficiente del desempeño y son de particular valor para observar, orientar y evaluar el desempeño del personal. Se realiza un formulario que muestre las competencias centrales y auxiliares del cargo desempeñado por el trabajador a evaluar y se determina si necesita mejorar en alguna competencia, cumple con los requisitos o pasa de los requisitos. (Figuras Nº 9 y 10).

CAPITULO X. PROBLEMAS Y DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL MEDICO

Los problemas y dificultades que se pueden presentar en la evaluación del desempeño pueden ser inherentes al tipo de organización, al recurso humano médico y al método de evaluación del desempeño utilizado.

Tipo de organización: Para evaluar a un trabajador es necesario que éste conozca cuales son sus funciones y que se espera de él, además de tener objetivos y metas definidas; en la práctica se producen interferencias e invasiones de los límites de responsabilidad entre distintas áreas y entre distintos puestos de trabajo. Los procesos de trabajo no están definidos, ni están articuladas las distintas relaciones entre las áreas involucradas en un proceso proveedor-cliente.

El proceso de supervisión es débil, los límites funcionales y de autoridad no están debidamente definidos, no existen programas de control de la productividad y el desempeño que permita evaluar y actuar en consecuencia y cuando los hay no lo ejecutan ni le dan seguimiento. En muchas ocasiones los directores son nombrados sin responder a las necesidades y especificaciones del puesto que van a desempeñar por lo que carecen de habilidades y destrezas para ejercer supervisión sobre su personal, los procesos de evaluación del desempeño se reducen a la evaluación punitiva del personal individualmente considerado y no se utiliza como insumo para el desarrollo del personal.

No hay planificación a mediano y largo plazo de las necesidades de personal, lo que condiciona que la oferta de nuevas plazas se decida de manera centralizada sin considerar el perfil epidemiológico y las necesidades que emergen de la reorganización de los servicios. Los perfiles de cargo no se discuten por lo cual se tornan inadecuados. Las necesidades de personal generalmente se definen de manera empírica y centrada en necesidades cuantitativas. Se desconoce la distribución actual, rendimiento, desempeño, y necesidades cualitativas del personal. Numerosos indicadores, tales como baja productividad, ausentismo laboral, problemas de disciplina, conflictos interprofesional, insatisfacción del usuario, mala práctica, etc, demuestran la no existencia de políticas ni procesos consistentes de evaluación del desempeño humano ni de utilización de incentivos para estimular a los trabajadores.

En lo que se refiere al recurso humano médico, muy pocas organizaciones tienen profesionales universitarios, la mayoría de ellos con postgrado, incluso con dos y tres postgrado, en la línea de producción. Esto explica porqué no se puede estructuralmente aplicar modelos de evaluación sin generar resistencia o conflicto larvado o manifiesto.

En cuanto al método de evaluación del desempeño humano utilizado, cabe destacar que los problemas pueden surgir en cualquier etapa del proceso de evaluación:

Fuente de información y método para obtenerla: *historias clínicas*, son los documentos de los que se parte para la mayoría de los estudios sobre el proceso de atención médica, adolecen de varias limitaciones, tales como carencia de registros adecuados, veracidad del contenido. *Observación directa de las actividades del médico por un colega calificado,* la principal limitación de éste método parece ser los cambios que probablemente se producirán en la actividad habitual del médico que sabe es objeto de observación; otro problema que se puede presentar es la percepción selectiva del observador, es muy posible que sus conocimientos y criterios influyan en su manera de percibir los hechos, lo que puede ocasionar una cierta distorsión de lo percibido (sesgo). (Donabedian, 1966)

Patrones de medición: la medición depende de formulación de patrones; los *patrones empíricos* se derivan de la práctica y se emplean en general para comparar la atención médica prestada en un ámbito con la de otro, son demostrables y por esta razón gozan de cierto grado de credibilidad y aceptabilidad. Los *patrones normativos* se derivan, en principio, de las fuentes que fijan legítimamente las normas del conocimiento y la práctica en el sistema de atención médica predominante, en la práctica son fijados por libros de texto, publicaciones, grupos de médicos, grupo de investigadores. Los patrones normativos pueden tener niveles muy altos y representar la mejor atención médica o tener un nivel modesto que representa un nivel de atención adecuado. Su característica distintiva se centra en que emana de un conjunto de conocimientos y valores legítimos que de ejemplos específicos de la práctica real. Su validez depende del grado de concordancia sobre hechos y valores dentro de la profesión. (Ibíd.)

Escala de medición: La capacidad de hacer una distinción entre los diferentes grados de desempeño depende de la escala de medición usada; puede ser un conjunto de categorías como excelente, buena, regular, mala; en este caso es importante definir en la escala que se entiende por estas características. (Ibíd.)

En el proceso de análisis es preciso reconocer la falta de *confiabilidad* de los métodos y datos clínicos y de las opiniones de los médicos respecto a los tratamientos indicados. Distintos médicos pueden discernir acerca de sus conclusiones al examinar un paciente. Tales diferencias de opinión reflejan el hecho de que no se puede confiar por completo en los métodos y datos clínicos.. Por otra parte, la escasa confiabilidad de las evaluaciones de la calidad de atención efectuadas por médicos sugiere que se debe aquilatar repetidamente la confiabilidad y exactitud del proceso de análisis en sí. (Koran, 1975)

La confiabilidad de las observaciones u opiniones no es lo mismo que exactitud. Las conclusiones de los exámenes practicados por dos médicos pueden coincidir (ser confiables) y sin embargo estar equivocadas si se comparan con una norma de exactitud independiente. Por ejemplo, dos médicos pueden coincidir que un paciente tiene una hepatomegalia, pero en la autopsia del paciente se descubre que ambos estaban equivocados. (Ibíd.)

El acuerdo entre dos o mas médicos se llama "acuerdo ínter observador". El acuerdo del medico con su propio pronóstico tras repetidas observaciones se denomina "acuerdo intra observador". El acuerdo general es la proporción de todos los pacientes sobre los cuales los observadores concuerdan respecto a la presencia o ausencia de una anormalidad. El acuerdo específico es la proporción de pacientes respecto a los cuales los observadores concuerdan indicando la presencia de una anormalidad. Lamentablemente es difícil compara las tasas de acuerdo general, ya que esta es la suma de los acuerdos sobre anormalidad y sobre normalidad; una tasa de acuerdo general de 80% puede significar que se concuerda en que 40% de los casos son anormales y el 40% restante son normales, o bien 75% son normales y 5 % son anormales. De igual modo, las tasas de acuerdo específico no dan información sobre las proporciones de casos normales y anormales en los cuales hubo coincidencia.

La mayoría de los estudios de acuerdo de médicos en la evaluación de la calidad de atención se basan en exámenes de registros hospitalarios (historia clínica) y no en entrevistas y exámenes de pacientes. Hay una tendencia general de renuencia a criticar a colegas médicos como fuente de discrepancia.

En estudios realizados sobre juicio clínico, (Koran, 1975) se sugiere algunos factores que influyen entre el acuerdo entre médicos:

1. Cuantos más médicos haya, tantas mas categorías de diagnóstico habrá que considerar.
2. Cuanto menos severa sea una anomalía, tanto menos acuerdo habrá entre los médicos.
3. Cuanto mas sujetos normales haya en la población estudiada, tanto mas alta será la tasa de acuerdo, porque el acuerdo sobre normalidad generalmente es mayor que el acuerdo sobre anormalidad.
4. Los acuerdos por juicios dicotómicos (presente / ausente) generalmente serán más que los juicios sobre variables continuas o cuantitativas.
5. Habrá acuerdo entre parejas de médicos más capacitados en la tarea con mas frecuencia que entre parejas de médicos menos capacitados.
6. El acuerdo intra observador sobre una tarea en particular será mayor que el acuerdo Ínter observadores para esa tarea.
7. Cuando los médicos evalúan la calidad de atención a partir de registros o resúmenes, el uso de criterios explícitos puede o no aumentar el acuerdo.

¿Cómo puede aumentarse la confiabilidad de los datos, métodos y juicios clínicos?

1. La terminología, los criterios y los formularios para registrar datos deben quedar claramente definidos y acordados.
2. Las técnicas de las entrevistas y los exámenes físicos deben ser observadas de manera que puedan corregirse las deficiencias.
3. Los juicios dicotómicos deben usarse siempre que lo permitan las exigencias clínicas.
4. Debe evitarse la fatiga de los médicos y de los pacientes.
5. Los diagnósticos se deben basar sobre varias fuentes de información (historia clínica, examen físico, laboratorio, estudios complementarios), antes de buscar acuerdos.

Aun cuando puede aumentar la confiabilidad, es muy poco probable que se logre una confiabilidad perfecta.

CONCLUSIONES

La evaluación del desempeño es un medio o herramienta que permite localizar problemas de supervisión de personal, integración del empleado a la organización o al cargo que ocupa, desacuerdos, motivación, etc.

La evaluación del desempeño sirve de fundamento para la toma de decisiones relacionadas con el salario, promoción, capacitación, mantenimiento o terminación del contrato; proporcionar al empleado retroalimentación sobre su desempeño. Podemos conocer la contribución de cada empleado en el logro de los objetivos de la organización. Permite desarrollar políticas de recursos humanos que ofrezcan oportunidades a los empleados de progreso y desarrollo de personal estimulando la productividad y mejorando las relaciones humanas.

Deben basarse en criterios y éstos deben ser pertinentes para el individuo y la organización, válidos, fiables y prácticos. Los criterios para la evaluación del desempeño deben ser seleccionados según el momento determinado de la carrera profesional del empleado ya que pueden convertirse inadecuados con el transcurso del tiempo , debido al carácter dinámico de los mismos.

Los sistemas de evaluación deben estar relacionado con el puesto, es necesario además que tengan niveles de medición verificables. Es importante tener una descripción clara del puesto, las actividades que exige, cuales son las funciones del trabajador, método y técnica que emplea, herramientas y equipos, servicios que produce. Estudios, experiencias y títulos que debe poseer el empleado, características personales exigidas para ejecutar el puesto, delimitar sus responsabilidades, el grado de supervisión que requiere o ejerce. Con esta información se puede determinar el alcance, profundidad y relaciones de los puestos de trabajo.

Los métodos tradicionales de evaluación del tipo clasificación – calificación, se basan en la evaluación del desempeño pasado que permite la comparación entre los empleados y son útiles para la toma de decisiones de remuneración, promoción, transferencia; las formas narrativas como el método de incidentes críticos proporciona ejemplos de mal y buen desempeño; y los métodos basados en desempeño futuro como el método de dirección por objetivos es un enfoque orientado a resultados.

Es importante la capacitación de los evaluadores en los procesos de una eficaz valoración del desempeño para eliminar los errores de calificación. Hay que resaltar que los sistemas de evaluación pueden ser un medio para determinar la capacidad de supervisión del evaluador.

La información obtenida por los diferentes métodos de evaluación, permiten al evaluador emitir un juicio y suministrar retroalimentación al evaluado, a través de una entrevista o un informe confidencial. Dependiendo del resultado del análisis de la información, el evaluador decidirá respecto a la promoción, transferencia, capacitación, corrección, motivación, etc., del empleado.

El acierto o desacierto de estas medidas y si conducen a los objetivos deseados se determinan a través de una nueva evaluación lo que ratifica el carácter permanente de la evaluación del desempeño que permite verificar el rumbo e introducir con tiempo medidas correctivas.

Las modificaciones que se realizan a nivel estructural y organizacional de una empresa introduce cambios a nivel de los sistemas de evaluación; lo importante es definir los indicadores y éstos deben derivarse de la planeación estratégica de la organización. Los indicadores deben estar ligados a los diferentes procesos empresariales. Tienden a escogerse y seleccionarse como criterios distintos de evaluación, bien sea para premiación, remuneración, ascensos, etc.

La evaluación del desempeño requiere la medición y comparación de algunas variables individuales, grupales y organizacionales. Esta debe basarse en la adopción de índices objetivos de referencia que ayuden en el proceso; tales como indicadores de desempeño global, de desempeño grupal y de desempeño individual.

Los complejos problemas relativos al desempeño del personal de los servicios de salud, están relacionados con la complejidad de la organización donde se desenvuelven, por lo tanto, es importante conocer las característica estructurales, administrativas y culturales de dicho servicio, las características del personal en cuanto a fuerza laboral, las relaciones que se establecen y rigen la vida institucional y su entorno político, económico y social.

Los servicios de salud son estructuras sociales estratificadas y rígidas, influidas por un conjunto de determinaciones tan

complejas como diversas, como son la tecnología, las políticas sociales, las modalidades de formación de personal, el mercado de trabajo, la situación de empleo (oferta / demanda), que afectan la arquitectura del sector y la calidad de los servicios.

Nuestras organizaciones de salud, son de tipo funcional y departamentalizada. El trabajo se caracteriza por su gran complejidad, heterogeneidad y fragmentación. Es compleja, por la diversidad de profesiones, profesionales, tecnologías, relaciones, espacios y ambientes que albergan; pero mas aún por la naturaleza de los procesos: salud – enfermedad – muerte. Los servicios de salud son un lugar de encuentro de personas. De unas que buscan satisfacción a determinadas enfermedades y de otras que están allí porque se han calificado y diferenciado social y técnicamente por su conocimiento y capacidad para contribuir a satisfacer esas necesidades.

Los recursos humanos en salud representan más del 60 % del gasto en salud. El desempeño de los sistemas de atención sanitaria dependen en gran medida del conocimiento, aptitud y motivación de estos recursos; claro está que los individuos no podrán prestar servicio eficazmente sin capital de equipo (infraestructura y recursos materiales) y bienes fungibles como las medicinas.

El recurso humano médico está constituido por sujetos pensantes que actuando colectivamente conforman las prácticas, establecen las formas de relación, definen los valores que son aceptados y en general organizan y desarrollan el proceso de trabajo. Pocas organizaciones cuentan con personal tan preparado académicamente, incluso con más de un postgrado, que las instituciones de salud.

Existen dificultades derivadas de la organización del trabajo, se producen interferencias e invasiones de los límites de responsabilidad entre distintas áreas y entre distintos puestos de trabajo. Los procesos de trabajo no están definidos ni articulados con las áreas involucradas en el proceso proveedor – cliente. Muchas de las personas que intervienen en la atención de salud, no tienen idea del porqué de sus intervenciones, obstaculizando el flujo del proceso de la atención médica.

Por otro lado, no existe ningún tipo de acción dirigida a motivar al personal hacia el logro de ciertos resultados, lo que hace que el trabajo se realice por inercia. Los directores no tienen posibilidades ni herramientas para desarrollar reconocimientos e incentivos al personal, ni

sistemas de control del desempeño, que permita evaluar al trabajador y actuar en consecuencia.

La evaluación del desempeño, cuando existe, está limitado al análisis y medición del cumplimiento de las actividades programadas. No se analizan los procesos , ni las decisiones críticas, ni el abordaje metodológico empleado, ni se investiga la relación entre los medios utilizados y los resultados obtenidos.

Existen métodos de evaluación del desempeño de los servicios de salud que pueden darnos una apreciación general del desempeño de los recursos humanos; si partimos de que éste es un factor determinante en la calidad de atención médica. Por ejemplo cuando determinamos la productividad de un servicio, estamos evaluando también el desempeño del personal ya que sin ellos es imposible prestar un servicio; pero si obtenemos una baja productividad , debemos considerar los otros factores determinantes de la calidad de atención médica, como la infraestructura administrativa y recursos materiales.

Si queremos medir la participación de cada empleado en el logro de los objetivos de la organización, así como diagnosticar las fallas del desempeño del personal, a quien aplicar los correctivos, investigar la relación entre los medios utilizados y resultados obtenidos, crear procesos mas eficientes, adoptar medidas de capacitación o educación permanente, promover el desarrollo profesional, debemos evaluar el desempeño del personal médico en forma individual.

Evaluación del juicio clínico, se realiza a través de estudios de observación para medir el alcance de la intervención de un médico, se busca determinar la calidad del proceso y la calidad del resultado de su intervención, basados en criterios científicos formulados por especialistas. La evaluación se puede realizar bajo observación directa de las actividades del médico por un colega calificado. Limitaciones: Sesgo por parte del observador, cambios en la actividad habitual del médico evaluado durante la evaluación. Otra forma sería presentar un caso clínico y evaluar los pasos seguidos para realizar el diagnostico y posibles intervenciones terapéuticas.

Método de auditoria clínica o médica, se define como la evaluación retrospectiva de la atención médica por medio de análisis de registros clínicos (historias clínicas). Limitaciones: carencia de registros adecuados y veracidad del contenido. Con este método se puede evaluar el proceso de atención, el resultado o ambos. Las evaluaciones de la calidad de

atención médica basadas en el rendimiento del médico resultan inadecuadas ya que no se ha comprobado que las acciones de los médicos estén relacionados con la mejora de salud; la evaluación de la atención basada en los resultados también es inadecuada ya que los resultados de la atención no dependen exclusivamente de la atención médica recibida.

Un nuevo sistema de gestión del desempeño basado en competencias permite que la organización defina y enfoque el desempeño en términos de las competencias particulares de la organización, su misión y sus metas. Como resultado se puede esperar mejor calidad y mayor productividad y una mejora considerable del uso de los recursos humanos, financieros y otros de la organización.

BIBLIOGRAFIA

1. BALESTRINI ACUÑA, Mirian, (2001), *Cómo se elabora el proyecto de investigación,* quinta edición.
2. BRITO, Pedro; Roschke, María; Oteiro de, Eliana, *Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicios de salud.* Capítulo II de la Serie Desarrollo de RRHH Nº 100. Educación permanente de Personal de Salud-EPS, 1994. Editores: Jorge Hadad Q, María Alice Roschke y Marìa Cristina Davini.
3. BROOK, R Y APPEL, F (1973), *Evaluación de la Calidad de la Atención: Selección de un método de Auditoria,* p. 535-545. Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología. Editores: Kerr L. White., Julio Frenk, Cosme Ordóñez, José Maria Paganini, publicación científica Nº 534. OPS – OMS.
4. CHIAVENATO, Idalberto (2000), *Administración de Recursos Humanos,* McGraw- Hill, quinta edición.
5. CHIAVENATO, Idalberto (1999), *Introducción a la Teoría General de la Administración,* McGraw- Hill, quinta edición.
6. DAVID, Fred (1988), *La Gerencia Estratégica.* Fondo editorial Legis, novena reimpresión.
7. DESSLER, Gary (1991) *Administración de personal.* México, Englewood Cliffs, Prentice-Hall Hispanoamericana, cuarta edición en español.
8. DONABEDIAN , Avedis, (1966), *Evaluación de la calidad de atención médica.* p. 382-400. Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología. Editores: Kerr L. White., Julio Frenk, Cosme Ordóñez, José Maria Paganini, publicación científica Nº 534. OPS – OMS.
9. DONABEDIAN , Avedis, *Evaluating physician competence. Bull World Health Organ 2000;* 78(6): 857-860.
10. FINEBERG, H. Y HIATT, H (1979), *Evaluación de la Prácticas Médicas: Argumentos para la Valoración de la Tecnología,* p. 742-749. Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología. Editores: Kerr L. White., Julio Frenk, Cosme Ordóñez, José Maria Paganini, publicación científica Nº 534. OPS – OMS.
11. GARCIA SERVEN, J.R. (1993) *Indicadores de Gestión para establecimientos de Atención Médica.* Disinlimed.
12. GIBSON, Ivancevich, Donnely (1996), *Las Organizaciones* , McGraw-Hill/Irwin, octava edición.
13. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, (1999) Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio, *Metodología de la investigación,* segunda edición.
14. KORAN, Lorrin, (1975), *Confiabilidad de los métodos, datos y juicios clínicos.* p. 649-665. Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología. Editores: Kerr L. White., Julio Frenk, Cosme Ordóñez, José Maria Paganini, publicación científica Nº 534. OPS – OMS.

15. PABÓN, Hipólito, (1985), *Evaluación de los Servicios de Salud,* Editorial XYZ, segunda edición.
16. ROVERE, Mario, *Gestión estratégica de la Educación permanente en salud.* Capítulo III de la Serie Desarrollo de RRHH Nº 100. Educación permanente de Personal de Salud-EPS, 1994. Editores: Jorge Hadad Q, María Alice Roschke y Marìa Cristina Davini.
17. TAMAYO Y TAMAYO, Mario (2001), *El proceso de la Investigación científica,* Editorial Limusa, cuarta edición.
18. VILLEGAS, José Manuel, (1991), *Desarrollo Gerencial, Enfoque conceptual y metodológico,* Ediciones Vega, primera edición.
19. WILLIAMSON, John (1965), *Evaluación del Juicio Clínico. P.* 374-380 Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología. Editores: Kerr L. White., Julio Frenk, Cosme Ordóñez, José Maria Paganini, publicación científica Nº 534. OPS – OMS.
20. ..... *Gestión del desempeño basado en Competencias,* Guía para Gerentes. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud Nº 42. OPS.
21. ..... *El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud.* Serie Desarrollo de RRHH Nº 11. Julio 1998. OPS – OMS.
22. .....*Hacia un nuevo abordaje en Administración de Personal de Salud.* Serie Desarrollo de RRHH Nº 14. Noviembre 1998. OPS – OMS.
23. ..... *Desarrollo Y Fortalecimiento De La Gestión De Los Recursos Humanos en el sector Salud.* 53ª Sesión del Comité Regional, Washington, DC. Septiembre 2001. OPS-OMS.
24. ----------*Informe sobre la Salud en el mundo*, (2000), p. 87-93. OMS
25. *El pequeño Larousse, 2000*, Ediciones Larousse, Venezuela.

ANEXOS

ANEXO I. GLOSARIO

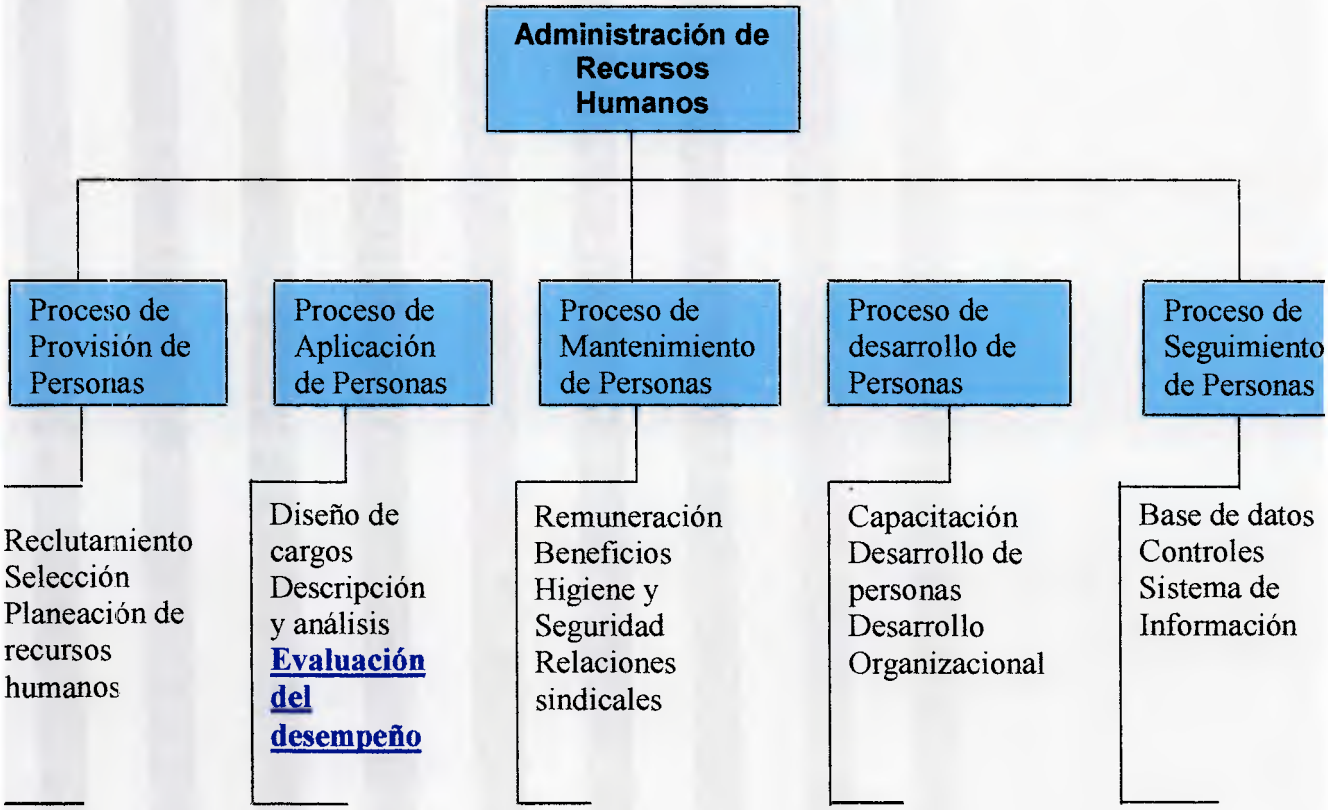
Auditoria: Proceso sistemático para la obtención y evaluación objetiva de evidencias con respecto a afirmaciones sobre hechos y acciones, para verificar el grado de correspondencia entre esas afirmaciones y los criterios establecidos. (David, 1988)
Cargo o puesto: Empleo u oficio. Es el conjunto de tareas ejecutadas de manera cíclica o repetitiva. Cada cargo tiene uno o mas ocupantes que ejecutan determinadas tareas específicas. Puede ser simple o complejo según el número de tareas. (Chiavenato, 1999)
Cohesión: La fuerza de los deseos de los miembros del grupo de permanecer en el grupo y su compromiso para con el mismo. (Gibson, 1996)
Criterio: Norma o prueba mediante la cual se juzga el desempeño.(Gibson, 1996)
Definición de variables: Es el enunciado de la variable a medir, en razón de sus dimensiones, indicadores e índices. (Tamayo y Tamayo, 1994)
Departamentalización: Proceso mediante el cual una organización se divide estructuralmente (por función, por producto, etc.) .(Gibson, 1996)
Desempeño: Resultados deseados de la conducta. (Gibson, 1996)
Dimensionar: Estimar, ponderar la magnitud de una situación o acontecimiento. (El pequeño Larousse, 2000).
Discriminar: Separar, distinguir una cosa de otra. (El pequeño Larousse, 2000)
Efecto de Halo: Se refiere a que la calificación de un subordinado en una característica influye en la manera en que se califica a esa misma persona en otras características. (Dessler, 1991)
Empleado: Trabajador en cuya labor predomina el esfuerzo intelectual. (Ley Orgánica del Trabajo, art. 41)
Escala: Agrupación progresiva de valores, cada uno de los cuales constituye un valor estándar, los cuales son utilizados para medir diversos tipos de datos. (Tamayo y Tamayo, 1994)
Estándar: Es una unidad de medida adoptada y aceptada comúnmente como criterio de referencia para la evaluación. (Chiavenato, 1999). Todo aquello que determina un modelo o guía respecto a un procedimiento y que es empleado como comparación y valoración cuantitativa de datos de la misma especie. (Tamayo y Tamayo, 1994)
Evaluar: Es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre-establecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia. (Pabòn, 1985)
Evaluador: Quien realiza la evaluación. (El pequeño Larousse, 2000)

Globalización: La interdependencia del transporte, distribución, comunicación y de las redes económicas a través de las fronteras internacionales. (Gibson, 1996)
Incidentes críticos: Actividad humana observable que permite realizar inferencias y predicciones acerca de la persona que lleva a cabo el trabajo. (Gibson, 1996)
Instrumento: Ayuda o elementos que el investigador construye para la recolección de datos a fin de facilitar la medición de los mismos. (Tamayo y Tamayo, 1994)
Lenidad / rigidez: Tendencia a calificar a todos los subordinados ya sea muy alto o muy bajo. (Dessler, 1991)
Método: Manera determinada de procedimientos para ordenar la actividad a fin de lograr un objetivo. (Tamayo y Tamayo, 1994)
Modelo: Aproximación teórica a lo real, por medio del cual los postulados y suposiciones conceptuales pueden ser aplicados a la realidad. (Tamayo y Tamayo, 1994)
Pertinente: Oportuno, adecuado. (El pequeño Larousse, 2000)
Poder: Capacidad para hacer las cosas como uno desea que se haga. (Gibson, 1996)
Recurso: Bienes que se utilizan para producir y proveer los servicios. (Pabòn, 1985)
Retroalimentación: Es un sistema de comunicación de retorno proporcionado por la salida del sistema a su entrada, para alterarla de alguna manera. (Chiavenato, 2000)
Sesgo: Distorsión en la representatividad de un resultado, bien en el proceso de estimación, bien en la selección o en el examen de la muestra. (El pequeño Larousse, 2000)
Subordinado: Que está sujeto a otro o bajo su dependencia, personal subordinado. (El pequeño Larousse, 2000)
Supervisor: Persona encargada de la supervisión de algo. (El pequeño Larousse, 2000)
Tendencia Central: Tendencia a clasificar a todos los empleados en la misma forma, evitando los valores altos y bajos y calificarlos todos en el nivel promedio. (Dessler, 1991)
Validez: Acuerdo entre el resultado de una prueba y la cosa que se supone medida. (Tamayo y Tamayo, 1994)
Variable: Aspecto o dimensión de un fenómeno que tiene como característica la capacidad de asumir distintos valores. (Tamayo y Tamayo, 1994)

ANEXO II. FIGURAS

FIGURA Nº 1

PROCESOS Y SUBPROCESOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS



Fuente: CHIAVENATO, Idalberto (2000), *Administración de Recursos Humanos,* editorial Mc Graw Hill, 5ª edición, p.161

FIGURA Nº 2
TIPO DE VALIDEZ PARA DETERMINAR LA ACEPTABILIDAD DE LOS CRITERIOS PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO

Tipo de Validez	Descripción
Concurrente	Correlación estadística entre un predictor y el desempeño actual en el trabajo
Contenido	Grado en que las puntuaciones o clasificaciones de la evaluación son una muestra representativa de todas las conductas laborales requeridas para realizar el trabajo
Relacionada con el criterio	Siempre que se usen mediciones de diferencias individuales, se debería examinar la validez relacionada con el criterio. Las puntuaciones o clasificaciones de la evaluación están relacionadas con algún criterio, p. ej. Juicio del experto.
Predictiva	La validez predictiva se orienta hacia el futuro
Constructiva	Medida en que las puntuaciones pueden interpretarse como una medición de una propiedad, como potencial, motivación o compromiso
Convergente	La correlación entre las mismas propiedades o características en cuanto calificadas por diferentes evaluadores difiere significativamente de cero.
Discriminante	La correlación entre las mismas propiedades o características en cuanto evaluadas por los mismos evaluadores debería ser más elevada que la de características diferentes en cuanto evaluada por los mismos evaluadores. La correlación entre las mismas propiedades o características en cuanto evaluadas por diferentes evaluadores debería ser mayor que la de características diferentes en cuanto evaluadas por diferentes evaluadores

Fuente: GIBSON, Ivancevich (1996), *Las Organizaciones*, McGraw Hill / Irwin, 8ª edición, p. 253

FIGURA Nº 3
PROFUNDIDAD Y ALCANCE DEL PUESTO DE TRABAJO

MUCHA

PROFUNDIDAD DEL PUESTO DE TRABAJO

Profesores Universitarios Anestesistas de hospitales Mecánicos de máquinas envasadoras	Rectores de universidades Jefe de Cirugía de hospitales Investigadores industriales
Profesores ayudantes universitarios Contables de hospitales Trabajadores de línea de montaje	Jefe de departamentos universitarios Enfermeras de hospitales Trabajadores a cargo del mantenimiento

ESCASA

ESCASO MUCHO

ALCANCE DEL PUESTO DE TRABAJO

Fuente: GIBSON, Ivancevich (1996), *Las Organizaciones*, McGraw Hill / Irwin, 8ª edición, p. 579.

FIGURA Nº 4
ESCALA GRÁFICA CON PUNTOS

Código del empleado_____Fecha__/__/__

Equipo#_____Cargo_____

Considere cada uno de ellos por separado y asigne solo un grado a cada factor

Factores	Grado					Puntos
CALIDAD	1-2-3 Presenta muchas complicaciones. Poca dedicación. Mal servicio	4-5-6 Es descuidado, dilatorio, repercute negativamente en los pacientes	7-8-9 En general trabaja con cuidado	10-11-12 Siempre hace bien su trabajo	13-14-15 Se esmera en cumplir su trabajo, demuestra dedicación excepcional	
CONOCIMIENTOS	1-2-3 Bajos conocimientos	4-5-6 requiere actualizarse	7-8-9 Tiene conocimientos suficientes	10-11-12 Conoce lo necesario	13-14-15 Aumenta siempre sus conocimientos	
COOPERACIÒN	1-2-3 Poco dispuesto a cooperar.	4-5-6 Difícil de tratar poco colaborador. Hace lo mínimo necesario	7-8-9 Cumple de buena gana con su trabajo	10-11-12 Está dispuesto siempre a colaborar y ayudar a sus compañeros	13-14-15 Colabora al máximo. Siempre está dispuesto a ayudar	
CREATIVIDAD	1-2-3 Rutinario, carece de ideas propias	4-5-6 Tiene pocas ideas propias	7-8-9 Algunas veces hace sugerencias	10-11-12 Casi siempre tiene buenas ideas y proyectos	13-14-15 Tiene siempre ideas excelentes, es creativo y original	
CAPACIDAD DE REALIZACIÒN	1-2-3 Incapaz de llevar a cabo una idea o proyecto	4-5-6 Dificultad para concretar nuevos proyectos	7-8-9 Pone en práctica nuevas ideas esporádicamente	10-11-12 Pone en práctica nuevas ideas con habilidad satisfactoria	13-14-15 Constantemente pone en práctica ideas nuevas y proyectos	
RESPONSABILIDAD	1-2-3 Es imposible confiar en su servicios, falta con frecuencia	4-5-6 No produce siempre los resultados deseados	7-8-9 Puede confiarse en el si se ejerce cierta vigilancia	10-11-12 Es dedicado, conoce sus responsabilidades	13-14-15 Es extremadamente responsable, se puede confiar plenamente	
					Total de Puntos	

Fuente: CHIAVENATO, Idalberto (2000), *Administración de Recursos Humanos,* editorial Mc Graw Hill, 5ª edición, p.370. Modificado por la Autora

FIGURA Nº 5
MÉTODO DE INCIDENTES CRÍTICOS

Código del empleado_____ Periodo de consecución de los objetivos_____ Equipo # _____ Cargo_____		
Fecha de ocurrencia	Incidente critico negativo	Incidente crítico positivo
Total		

Lista de Incidentes críticos:

Incidentes Críticos Negativos	**Incidentes Críticos Positivos**
1.-Emplear tácticas dilatorias en la emergencia.	A.- Resolver habitualmente todos los casos de emergencia.
2.- Suspender una o mas intervenciones en su pabellón por razones personales	B.-Realizar todas las operaciones asignadas en el pabellón de electivas.
3.-Inasistencia a la consulta.	C.-Evaluar cada uno de los casos que van a ser hospitalizados.
4.-Desatender sus pacientes complicados delegándolos en su totalidad a los residentes.	D.-Atender extra - horario sus pacientes complicados.
5.- Abandonar la guardia antes de que termine su horario.	E.- Esperar su relevo aún después de terminada su guardia.
6.-Delegar la toma de decisiones en sus residentes y no asume responsabilidades	F.- Realizar evaluación de los pacientes que van a ser operados junto con los residentes a manera de enseñanza
7.-Negarse a realizar procedimientos electivos que no son de su gusto.	G.-Colaborar con los residentes en la enseñanza de procedimientos quirúrgicos inclusive de aquellos menos agradables.
8.-Utilizar tácticas dilatorias en pacientes de emergencia en horas cercanas a la culminación de sus actividades	H.-Resolver los casos de emergencia inclusive aquellos que llegan pocos minutos antes de terminar sus actividades, quedándose por lo tanto horas extras.
9.-Negarse a colaborar con la docencia	I.-Disposición a la enseñanza, de manera espontánea.
10.-Presentar alto índice de complicaciones	J.-Presentar el menor índice de complicaciones

Fuente: Aporte de la Autora

FIGURA Nº 6
MÉTODO DE DIRECCIÓN POR RESULTADOS

Código del empleado_____Período de consecución de los objetivos_____ Equipo # _____Cargo_____Fecha__/__/___					
Actividad Prioritaria		Resultados esperados	Escala %	Resultados obtenidos	Puntos
1	*				
2					
3					
4					

*Los objetivos deben ser fijados conjuntamente entre el supervisor y el subordinado para un periodo determinado de tiempo. Por ejemplo, si las proyecciones de operaciones anuales (año x) de un servicio es de 1400 intervenciones; entre 7 especialista da un promedio de 200 intervenciones por adjunto, en un periodo de 6 meses cada adjunto debe haber participado en 100 intervenciones aproximadamente, haciendo las observaciones por supuesto en caso de no alcanzar los objetivos, respecto a ausencia por vacaciones, por reposo medico, por permiso en dicho periodo.

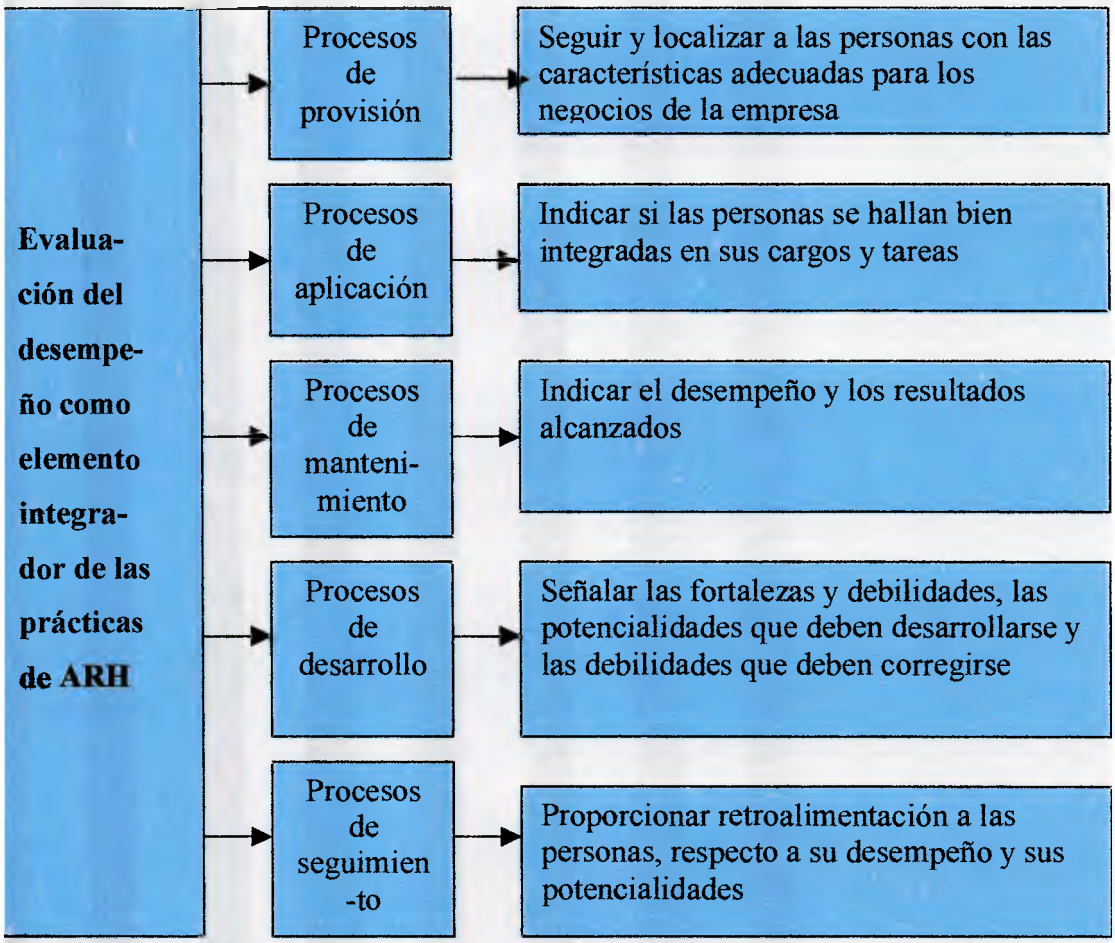
Fuente: Aporte de la Autora

FIGURA Nº 7
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS DIFERENTES HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Herramienta de Evaluación	Ventajas	Desventajas
Escala Gráfica de Calificación	Fácil comprensión y aplicación. Ofrece una calificación cuantitativa para cada empleado.	Poco flexible. Sujeto a interferencias personales de los evaluadores. Efecto halo, lenidad y sesgo podrían ser un problema. Procedimientos estadísticos para corregir distorsiones
Alternancia de la clasificación	Fácil aplicación. Evita la tendencia central de la anterior	Puede ser injusta si todos los empleados son excelentes
Comparación por pares	Proceso sencillo	Poco eficiente
Elección forzada	Fácil aplicación. Resultados confiables y exentos de influencias subjetivas	Elaboración compleja. Método comparativo y discriminatorio, resultados globales. Sólo distingue entre buenos, medios e insuficientes
Método de Incidentes Críticos	Especifica que es correcto e incorrecto sobre el desempeño de los empleados. Supervisión constante	Dificulta la calificación o clasificación de los empleados con relación a los demás.
Escala de Expectativas conductuales	Ofrece anclas de comportamiento. Es muy precisa	Elevado costo de realización. No toca todos los aspectos del trabajo
Dirección por objetivos	Se sustituyen características subjetivas por resultados observables y mensurables	Requiere preparación de los evaluadores

Fuente: DESSLER, Gary (1991) *Administración de Personal.* México, Englewood Cliffs, Prentce-Hall Hispanoamericana, 4ª edición, p.567

FIGURA Nº 8
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO COMO ELEMENTO INTEGRADOR DE LAS PRÁCTICAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS



Fuente: CHIAVENATO, Idalberto (2000), *Administración de Recursos Humanos*, editorial Mc Graw Hill, 5ª edición, p.385.

FIGURA Nº 9
FORMULARIO DE MUESTRA PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO(1)

Competencia Central	**Necesita mejorar**		**Cumple con los requisitos**	**Pasa de los requisitos**	
Cambio de orientación	O	O	**O**	O	O
Compromiso y dedicación	O	O	**O**	O	O
Enfoque en la comunidad	O	O	**O**	O	O
Creatividad	O	O	**O**	O	O
Enfoque en el usuario	O	O	**O**	O	O
Liderazgo	O	O	**O**	O	O
Pro-actividad / iniciativa	O	O	**O**	O	O
Orientación hacia el aprendizaje	O	O	**O**	O	O
Orientación hacia la formación de equipos	O	O	**O**	O	O
Comentarios del supervisor y ejemplos documentados para corroborar la clasificación del desempeño superior o inferior a la columna "cumple con los requisitos"					

Fuente: *Gestión del desempeño basado en competencias*, p. 34, OPS

FIGURA Nº 10
FORMULARIO DE MUESTRA PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO(2)

Competencias Auxiliares	**Necesita mejorar**		**Cumple con los requisitos**	**Pasa de los requisitos**	
Empleo / conocimiento técnico	O	O	**O**	O	O
Manejo de computadoras	O	O	**O**	O	O
Uso de equipos , maquinarias	O	O	**O**	O	O
Comunicación oral	O	O	**O**	O	O
Comunicación escrita	O	O	**O**	O	O
Planificación / ejecución	O	O	**O**	O	O
Toma de decisiones	O	O	**O**	O	O
Resolución de problemas	O	O	**O**	O	O
Creatividad / iniciativa	O	O	**O**	O	O
Comentarios del supervisor y ejemplos documentados para corroborar la clasificación del desempeño superior o inferior a la columna "cumple con los requisitos"					

Fuente: *Gestión del desempeño basado en competencias*, p. 35, OPS

ANEXO. III

TABLA Nº 1

EL TIEMPO ESTANDAR Y LAS EQUIVALENCIAS DE HERNIORRAFIA SEGÚN EL TIPO DE INTERVENCION

Tipo de Intervención	Tiempo estándar (minutos)	Equivalencia de Herniorrafia
Herniorrafia	50.2	1.0
Safenectomìa	100.1	2.0
Colecistectomia	146.5	2.9
Tiroidectomía	120.0	2.4
Quiste Pilonidal	50.0	1.0
Hemorroidectomìa	39.0	0.8
Mastectomìa	179.8	3.6
Apendicetomía	79.5	1.6
Eventración	93.0	1.9
Laparotomía	93.0	1.9
Vaguectomìa	170.8	3.4
Gastrectomía	214.0	4.3
Exploración V.B	176.4	3.5
Otros	125.4	2.5

Fuente: PABÓN, Hipólito, (1985), *Evaluación de los Servicios de Salud*, Editorial XYZ, 2ª edición, p. 128.

TABLA Nº 2
CALCULO DEL TOTAL DE EQUIVALENCIAS DE HERNIORRAFIAS

Tipo de Intervención	Frecuencia (1)	E.H Unitario (2)	E.H Total (1)*(2)=(3)
Herniorrafia	503	1.0	503
Safenectomìa	116	2.0	232
Colecistectomia	48	2.9	139
Tiroidectomía	33	2.4	79
Quiste Pilonidal	30	1.0	30
Hemorroidectomìa	28	0.8	22
Mastectomìa	24	3.6	86
Apendicetomía	23	1.6	37
Eventración	17	1.9	32
Laparotomía	13	1.9	25
Vaguectomìa	6	3.4	20
Gastrectomía	10	4.3	43
Exploración V.B	5	3.5	18
Otros	67	2.5	168
TOTAL			1434

Fuente: PABÓN, Hipólito, (1985), *Evaluación de los Servicios de Salud*, Editorial XYZ, 2ª edición, p. 129.